

18
24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
"ARAGON"

"LA PARTICIPACION POPULAR EN
EDUCACION PARA LA SALUD"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PEDAGOGIA

P R E S E N T A :

MARTHA GUTIERREZ ALVAREZ



San Juan de Aragón, Edo. de Méx.

1992

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

Pág.

INTRODUCCION	1
------------------------	---

CAPITULO 1

EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD EN EL CAPITALISMO

1.1 Salud-enfermedad como proceso histórico y social . .	12
1.2 La economía capitalista como factor determinante del proceso salud-enfermedad	28
1.2.1 Producción, distribución, cambio y consumo de la salud-enfermedad	29
1.2.2 Salud-enfermedad en la sociedad de clases . .	30
1.2.3 Salud-enfermedad individual y colectiva en la economía capitalista	34
1.3 Teorías económicas en la concepción de la salud- enfermedad	38
1.4 Economía y perspectivas de la salud-enfermedad . . .	41

CAPITULO 2

POLITICAS Y ESTRATEGIAS MUNDIALES DE SALUD

2.1 Salud Para Todos en el Año 2000	44
2.2 Estrategia de Extensión de Cobertura	46
2.3 Estrategia de Atención Primaria de Salud	50
2.4 Participación de la Comunidad	54
2.5 Situación de salud en América Latina y el Caribe durante las décadas 70' 80' en el marco de las políticas y estrategias mundiales de salud	57

**CAPITULO 3
ATENCION A LA SALUD EN MEXICO**

3.1 Modelo de atención a la salud en México	64
3.2 Sistema Nacional de Salud	68
3.3 Plan Nacional de Salud	70
3.4 Participación de la comunidad y educación para la salud en el Programa Nacional de Salud	72

**CAPITULO 4
EVOLUCION Y PROBLEMÁTICA DE LOS PROGRAMAS DE
EDUCACION PARA LA SALUD A TRAVES DE LA PARTICIPACION
DE LA COMUNIDAD EN MEXICO (1970-1989)**

4.1 Trayectoria de los programas gubernamentales de educación para la salud con participación de la comunidad en México de 1970 a 1989	85
4.2 Algunos alcances y limitaciones de la participación de la comunidad en educación para la salud	97

**CAPITULO 5
EDUCACION POPULAR**

5.1 Origen, trayectoria, características y tendencias de la educación popular	101
5.2 Educación popular en salud	115
5.3 Experiencias de educación popular en salud	117
5.3.1 El Proyecto Piaxtla	118
5.3.2 Programa de la Red de Grupos por la Salud de la Mujer y el Niño (REGSAMUNI)	119
5.3.3 Proyecto Salud Integral para la Mujer (SIPAM).	120
5.3.4 Comisión de Salud del Plenario de Mujeres de la Unión Popular Nueva Tenochtitlán (UPNT)	121
5.3.5 Área de Salud de la Unión Popular Centro Morelos (UPCHD)	121

5.3.6 Proyecto de Educación Popular de la UAM Xochimilco	123
5.3.7 Programa de Saneamiento del IMSS	124
5.3.8 Programa de Atención Primaria de Salud en el Estado de México	125

CAPITULO 6
PARTICIPACION POPULAR EN SALUD

6.1 Movimiento popular y salud	128
6.2 Participación popular	129
6.3 Participación popular en educación para la salud	133
6.4 Elementos del proceso educativo en educación para la salud basado en la participación popular	134
6.5 Investigación participativa en educación para la salud	139
 CONCLUSIONES	 144
 PRINCIPALES SIGLAS QUE APARECEN EN EL TRABAJO	 152
 APENDICE: DIRECTORIO DE ORGANIZACIONES QUE PROMUEVEN LA EDUCACION POPULAR EN SALUD EN MEXICO	 154
 FUENTES DE INFORMACION	 158

INTRODUCCION

El tema de la investigación que se presenta en este trabajo se circunscribe al ámbito de la educación popular. La tesis inicia una tarea de acercamiento a un objeto de estudio poco tratado: la participación de los sujetos en su propio proceso educativo en salud.

Problematizar la educación para la salud desde la participación popular, implica buscar la relación que guarda el objeto de estudio con las dimensiones económica, política, social, educativa y de salud-enfermedad, y abrir a la discusión una temática generalmente abordada por profesionales de la medicina.

La educación para la salud es un tópico actual. La mayoría de los Gobiernos del mundo contemplan dentro de sus políticas de salud programas educativos. Con miras a erradicar padecimientos prevenibles promueven, a través de

educación para la salud y acciones específicas, medidas higiénicas, vacunación, saneamiento del medio ambiente, detección oportuna de enfermedades, etc.

Desafortunadamente las estrategias al respecto, propuestas por Organismos Internacionales de Salud para países del Tercer Mundo, no han logrado incidir en la reducción de la morbi-mortalidad por estas causas. En América Latina, esta situación se ve agravada por la dependencia económico-política en la que viven las naciones de la Región. En México, a pesar de las campañas de educación para la salud, las enfermedades infecciosas y parasitarias "...ocasionan alrededor de la cuarta parte de las defunciones" 1; aún no se han erradicado enfermedades prevenibles por vacunación como: sarampión, tuberculosis, tosferina y poliomielitis; tampoco se ha logrado controlar por completo enfermedades endémicas como la oncocercosis, la brucelosis, el mal del pinto y el paludismo —incluso, en años anteriores esta última registró un repunte 2, y actualmente, el cólera—; y si en cambio, ha aumentado el

1 GONZALEZ de León, Deyanira. "Las condiciones de salud en México", *Revista Fem*, No. 35, agosto-septiembre 1984, p. 5.

2 Vid: La entrevista hecha al Dr. Manuel Ruiz de Chavez, Subsecretario de Planeación de la SSA en 1988. ALVAREZ, Rubén. "No es mala la calidad del servicio público de salud", *La Jornada*, 25 de enero de 1988, p. 7.

numero de enfermos por tabaquismo, alcoholismo, síndrome de inmunodeficiencia adquirida y padecimientos crónicos y degenerativos característicos de los países industrializados.

A simple vista los anteriores datos evidencian una fuerte problemática educativa y de salud. Este hecho ha provocado innumerables explicaciones de carácter médico, demográfico y social; no así, pedagógico. Por ello, iniciar un análisis de la educación para la salud desde su aspecto teórico-metodológico, implica emprender una tarea crítica y de cuestionamiento alrededor de interrogantes como las siguientes: ¿por que no han fructificado las estrategias de educación para la salud? ¿ hasta donde los aspectos económicos, políticos, sociales y culturales — y no solo los educativos— determinan el mejoramiento del nivel de salud de la población? ¿cómo influyen las concepciones y orientaciones de los programas gubernamentales y no gubernamentales de educación para la salud en la participación de los sectores sociales? y ¿existen alternativas educativas de carácter

3 Cabe aclarar que generalmente los estudios realizados en el área de la educación para la salud se centran en aspectos técnico-operativos y no en el pedagógico. Entendiendo a lo pedagógico como el conjunto de proposiciones teórico-metodológicas destinadas a la orientación y realización del proceso educativo. Tal como lo señala Juan Carlos Geneyro, en "Pedagogía o ciencias de la educación. Una polémica abierta y necesaria", Teoría y educación. En torno al carácter científico de la educación, pp. 84-85.

popular para enfrentar la situación de salud del país?

Como se señaló anteriormente, la participación en educación para la salud desde lo popular es un objeto poco teorizado. Durante el proceso técnico-metodológico de búsqueda de información bibliohemerográfica en diversas instituciones de investigación, educativas y de salud correspondiente a las décadas 70' y 80' respecto al tema, se encontró que los escasos trabajos de investigación realizados a través de tesis o tesinas de licenciatura y maestría, y los publicados en revistas médicas, reducen casi todos ellos su contenido a la visión propuesta por Organismos Internacionales de Salud; otros, enfatizan los aspectos técnico-didácticos para la instrumentación de programas educativos, generalmente son manuales, guías, compendios, etc., o bien, son propuestas de programas o estudios de caso. Los reportes que dan cuenta de experiencias de participación en procesos educativos en salud llevados a cabo por organizaciones populares, por lo regular, no se encuentran registrados en instituciones educativas ni de salud, sino en archivos de Organismos No Gubernamentales o en las propias

4 CEUTES*, CISE, ANUIES, DIE, UDUAL, CEE, Facultad de Filosofía y Letras-UNAM, ENEP Aragón, UAM Xochimilco, Escuela de Salud Pública de México, Centro Nacional de Información y Documentación en Salud-ESA, Instituto Nat. de Perinatología.

* Actualmente integrado al CISE.

Asociaciones Civiles, 5

En lo personal, la elección del tema de tesis se debió, fundamentalmente, a que gran parte de mi práctica laboral se ha desarrollado en el Sector Salud. En el transcurso de la misma me pude percatar de la verticalidad, incoherencia y parcialidad de los programas gubernamentales de educación para la salud dirigidos a la comunidad; de la falsa "oportunidad" que otorgan al sujeto o a los grupos para que "participen" en su propio proceso educativo en salud y del abismo entre lo propuesto y lo requerido por la población mayoritaria. En suma, de las contradicciones teórico-metodológicas de dichos programas, mismas que se han agrandado a partir de los años 70' en toda Latinoamérica a raíz de las crisis económicas que han afectado las políticas de salud.

Además, porque ante esa problemática, han surgido alternativas contrahegemónicas de programas de educación para la salud ligados a organizaciones populares, que sustentan una concepción ideológico-política opuesta a la oficial; dándole un carácter popular al proceso de participación en

5 Vid: Directorio al final del trabajo.

en salud. 6

La investigación tuvo como objetivos: realizar un acercamiento al espacio de la participación popular en educación para la salud, a través de la caracterización de los aspectos teórico-metodológicos propuestos en los programas gubernamentales y no gubernamentales de educación para la salud, a la luz de la educación popular; concretar un análisis de los factores que intervienen en el proceso de participación de los sujetos sociales en la educación para la salud, en las dimensiones económica, política, social, educativa y de salud-enfermedad con la finalidad de construir al objeto y; emprender una aproximación al quehacer teórico-práctico del pedagogo en la participación popular en educación para la salud.

En este trabajo se parte de que la teoría tiene como función esencial explicar y construir al objeto de investigación. 7 Tarea no lograda en la mayoría de las tesis

6 La educación para la salud como hecho educativo tiene implicaciones epistemológicas y pedagógicas. En este sentido, la propuesta de educación popular --en este caso en salud-- establece una relación epistemológica y una orientación pedagógica distinta a la tradicional. Vid: GAJARDO, Marcela, (COM). *Teoría y práctica de la educación popular*, pp. 41-55.

7 Para ampliar sobre este aspecto. Vid: "Pertinencia y uso del marco teórico en la investigación", en: ESPINOZA y Montes, Angel R. (COORD). *Construcción y elaboración del proyecto de tesis: elementos propuestas y críticas*, pp. 73-95.

de educación para la salud anteriormente aludidas. Estas, por basarse en supuestos e hipótesis causales, sólo aplican un cuerpo abstracto de conocimientos ya dados al problema observado y sus resultados no van más allá de la descripción, la verificación o la parcialización de la realidad. La teoría así empleada, no logra confrontar la realidad fenoménica ni recupera la empiria, no la tensa ni la critica, tampoco la explica o la construye. Por ello para poder acercarse a la participación popular y dilucidar las contradicciones, lagunas e incoherencias del objeto y lograr una pertinencia teórico-metodológica para el trabajo, se eligió la corriente pedagógica de la educación popular; teoría configurada desde los años 60' bajo la influencia de la pedagogía de la liberación de Paulo Freire, donde a los sectores populares se les confiere un papel fundamental en la transformación social. 8

Esta alternativa pedagógica encuentra coincidencias con otras corrientes críticas de la investigación en ciencias sociales, tal es el caso de la investigación participativa. Metodología que aporta al proceso educativo, elementos para la participación popular en lo que respecta a la detección de

8 Vid: Al respecto, la introducción de: GOMEZ, Marcela y PUIGROS, Adriana (COHPS), La educación popular en América Latina, Vol. 2, pp. 9-12.

necesidades y toma de decisiones. 9

La tendencia epistemológica en la que se inscribe esta investigación es, la dialéctica en su línea metodológica del constructivismo. Esta alternativa de abordaje, más que ser "... una metodología buena para toda ocasión ..." constituye un conjunto "... de criterios metodológicos abiertos" 10, opuestos al modelo positivista de investigación. Por lo que este trabajo no pretende reducir lo complejo a lo simple ni contrastar hipótesis como único paradigma ni explicar los fenómenos a través de leyes generales, sino tiende a transformar al objeto y generar teoría, mediante una ruptura con las preconcepciones creadas por el sentido común —tal como lo señalan Bourdieu, Chamboredon y Passeron en *El oficio de sociólogo*—, dar rigor y vigilancia epistemológica al objeto investigado. 11

El método elegido es el "concreto-abstracto-concreto", tal como lo plantea Enrique de la Garza. 12 Al utilizar la

9 Por la importancia de investigar en educación popular el trabajo incluye un apartado al respecto.

10 GARZA Toledo, Enrique M. de la (COMF). *Hacia una metodología de la reconstrucción. Fundamentos, crítica y alternativas a la metodología y técnicas de investigación social*, p. 18.

11 Cfr. BOURDIEU, Pierre; CHAMBOREDON, Jean-Claude y PASSERON, Jean-Claude, *El oficio de sociólogo*, pp. 51-52.

12 Cfr. GARZA Toledo, Enrique M. de la. *El método del concreto-abstracto-concreto (Ensayos de metodología marxista)*, Cuadernos de la ENEP Aragón No. 17. Y GARZA, op. cit.

estrategia de este circuito, se parte de un concreto real u objeto en relación de praxis-conocimiento con el sujeto (la participación en educación para la salud), el cual pasa por un proceso de descomposición conceptual (diferentes niveles de abstracción, análisis y crítica), llega a un concreto pensado (expresión de las experiencias populares de participación en educación para la salud), es decir, a una síntesis, explicación y reconstrucción del objeto.

La investigación está basada en fuentes documentales e incluye comentarios a algunas experiencias populares de participación en el área de educación para la salud, esto es con el propósito de hacer una aproximación a la práctica educativa del objeto de investigación y tratar de conformarlo en su totalidad.

Dado que la realidad se encuentra en constante movimiento en el tiempo y el espacio, y con ella los procesos educativos en salud, durante la exposición de la investigación, metodológicamente se tiende a cuestionar de continuo la teoría y la práctica de la educación popular en educación para la salud, a encaminar al objeto hacia una ruptura con lo aparente y a transformar su nivel teórico.

A continuación se expone la secuencia de los capítulos

que dan cuenta del proceso de investigación vivido.

Primero, se enmarca el proceso salud-enfermedad en las dimensiones económica y social del capitalismo, aspectos que se desarrollan en los dos primeros capítulos. En ellos se analiza la influencia de la economía capitalista y las políticas y orientaciones mundiales de los programas de salud en América Latina durante las décadas 70' y 80'.

En un tercer capítulo, se señalan los fundamentos políticos, legales y de organización que caracterizan la atención de la salud en México.

En el cuarto, se reseña la trayectoria de los programas de educación para la salud con participación de la comunidad en México desde 1970 hasta 1989, tanto gubernamentales como no gubernamentales, sus orientaciones, alcances y limitaciones.

Dar un panorama general de los enfoques teórico-metodológicos de la educación popular, sus orígenes, características y tendencias, así como su influencia y concreción en algunas experiencias de educación popular en salud, es el objeto del quinto capítulo.

En el sexto, se contempla reflexionar sobre la

participación popular y los elementos del proceso educativo en salud.

Por último, en las consideraciones finales se hace un recuento de la problemática del objeto investigado y se señala la participación del pedagogo en la educación popular en salud.

CAPITULO 1

EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD EN EL CAPITALISMO

1.1 Salud-enfermedad como proceso histórico y social.

Contextualizar el proceso salud-enfermedad en la economía capitalista desde la perspectiva metodológica de la dialéctica en la presentación de este primer capítulo, significa, de entrada, reconocer lo difícil que es para el pedagogo abordar una problemática de las ciencias de la salud. En particular, cuando al inicio del proceso de investigación el estudiante se enfrenta con una producción teórica reducida y limitante; centrada, fundamentalmente, en las clásicas definiciones de diccionario o de libro de texto y en los tan conocidos conceptos emitidos por Organismos Internacionales de Salud, que hacen más esforzado el análisis para la construcción del objeto.

Antes de iniciar la problematización de las políticas y

orientaciones de los programas de educación para la salud y la participación en ellos. como primer punto de partida se analizan las definiciones encontradas sobre salud-enfermedad y se presenta una caracterización de las corrientes médicas que actualmente debaten al respecto. para dar pie a la argumentación teórico-metodológica del porque la salud-enfermedad debe ser considerada como un proceso histórico y social. Posteriormente se analizan los rasgos del capitalismo y cómo algunos factores de este último han determinado la salud-enfermedad de los grupos humanos.

En el entendido de que los conceptos son —como lo señala Gabriel Gutiérrez— abstracciones, pensamientos en los que se reduce el mundo exterior. "... una forma articulada de identificar históricamente los objetos y poderlos comunicar." ; Las diferentes concepciones de salud-enfermedad son en este caso, una expresión ideológica ¹, un reflejo de

¹ GUTIERREZ Pantoja, Gabriel. *Metodología de las ciencias sociales*. Tomo 1, p. 91.

² Se entiende por expresión ideológica, las manifestaciones de la conciencia social acerca del mundo y la sociedad que se encuentran diluidas en todos los modos de apropiación de lo real. Estas conforman la llamada ideología: sistemas de ideas reales y ficticias presentes en la práctica social históricamente determinados. Basadas en las condiciones de vida material de la sociedad y reflejo del sistema económico. Cuando se convierten en discurso hegemónico, guían o justifican el comportamiento práctico de los hombres de acuerdo a los intereses de la clase dominante. Éstas fortalecen o transforman al sistema, por tanto su presencia en la realidad es dinámica y cambiante. Cfr. COVARRUBIAS Villa, Francisco. *El modo de apropiación de lo real*, p. 42. BARTRA, Roger. *Breve diccionario de*

la atención de la salud-enfermedad del momento histórico del cual se trate. A continuación se presentan algunas:

A la par de la evolución social, la evolución histórica del concepto salud-enfermedad en todas las culturas ha estado caracterizado por la ideología y práctica de de la atención de la salud y la curación de las enfermedades. En las sociedades primitivas e incluso en el mundo occidental antiguo, las sociedades teocráticas y las basadas en interpretaciones mágico-religiosas de su realidad, signaron la concepción de salud-enfermedad por la forma de pensar, vivir y morir. A la salud se le tiene como una recompensa y a la enfermedad como castigo divino. La curación de las enfermedades se encuentra fundamentada en la práctica y en la creencia del poder de fuerzas naturales y sobrenaturales.

En la medida que el hombre va conociendo empíricamente las causas biológicas y ambientales de la enfermedad, la explicación mágica pierde terreno; es así como en la Grecia Antigua (siglo V y VI a. C.), prevalece la idea platónica de "mente sana en cuerpo sano", la tendencia a la curación y, en otro momento, la búsqueda del equilibrio interno y externo del organismo. Entre la época de Hipócrates y la Era Cristiana los logros médicos fueron lentos, apoyados en la

sociología marxista, pp. 93-94. GUTIERREZ, op. cit. pp. 122-23.

observación y bajo la influencia de la filosofía aristotélica, los griegos hacen incapié en la función y las causas primeras y últimas de las enfermedades.

Desde el año 200 d. C., la cultura romana contribuyó con la organización de la práctica médica; crearon hospitales y desarrollaron la sanidad pública: "...por ejemplo, cloacas, acueductos, limpieza obligatoria de calles, baños públicos y privados." 3

Durante la Edad Media, los dogmas de la Iglesia Católica impiden la investigación médica científica y se retrocede hacia la explicación divina de la salud-enfermedad. Se abandonan las medidas de higiene pública; y las epidemias se generalizan.

Mientras tanto, en otros continentes el desarrollo de saberes y prácticas médicas estuvieron guiados por otras concepciones cosmogónicas, sus conocimientos lograron persistir ante la dominación y el colonialismo. Muestra de ello es la acupuntura en China y la herbolaria en Mesoamérica.

La medicina del siglo XV en Europa experimentó un gran

3 COE, Rodney M. *Sociología de la medicina*, pp. 202-203.

cambio, gracias al redescubrimiento de la literatura médica rescatada por los árabes y el desafío a la Iglesia Católica; el dogma cedió paso a la experimentación, la observación y la lógica del razonamiento, aunque persistieron el empirismo y la charlatanería.

Los grandes descubrimientos médicos producidos desde el siglo XVII y los realizados a raíz de la industrialización han llevado a la medicina a un rápido avance científico. En nuestros días existen fuertes confrontaciones teóricas y prácticas en la llamada medicina moderna, hay conceptos sobre salud-enfermedad distintos y contradictorios. Es así como en la actualidad coexisten dos corrientes médicas para la concepción de la salud-enfermedad: la biológica y la sociomédica. El predominio de una u otra tendencia y su problematización se ha hecho más evidente en el transcurso de estas dos últimas décadas. 4 En seguida se describe cada una de ellas.

Bajo la influencia del estructural-funcionalismo y con el auge de las ciencias naturales después de la Segunda Guerra Mundial, el predominio de la corriente biológica

4 Vid: ALAMADA Baq, Ignacio. "Salud pública: menos oficinosa, más civilista." *La Jornada*, p de octubre de 1968, p. 11.

generó un concepto de salud-enfermedad cerrado a otro tipo de argumentación para la explicación de la causalidad de la enfermedad que no fuera el biológico.

Con el esplendor de la microbiología, esta corriente conceptualiza a la salud-enfermedad como un problema biológico, individual, particular y unicausal.⁵ La enfermedad es atentoria a la salud, es resultado de la pérdida de una función orgánica o de la acción de un elemento dañino; generalmente de orden biológico: microorganismos, alteraciones genéticas, baja de defensas, carencias nutricionales, etc. Ejemplo de lo anterior se puede encontrar en la bibliografía de carácter médico, donde la constante que prevalece respecto a salud-enfermedad es, observarla como dos estados biológicos opuestos, separados e independientes de otros factores: salud es la ausencia de enfermedad o, es decir, aquel estado que existe cuando no están presentes las enfermedades físicas; y enfermedad, en esta línea es la ausencia de salud por la intervención de algún agente dañino. Estas "definiciones" por demás reducidas, sugieren un surgimiento azaroso de la salud y la enfermedad. Son resultado de un pensamiento superficial y negativo. Quienes han optado por esta conceptualización se han enfrentado con

⁵ Vid: TORRES García, Javier. Evolución del concepto salud-enfermedad. - (CHIMEO). pp. 22-ss.

⁶ Vid: GREENE, Walter H. y SIMONS-MORTON, Bruce C. Educación para la salud, pp. 4-d.

el problema de no poder precisar a qué se refieren con salud de una persona, a qué porción del individuo incluye la enfermedad, cuáles son las dimensiones que abarca la salud y cuáles son las causas no orgánicas que provocan la enfermedad. No obstante que esta idea de salud-enfermedad se aboca más a lo que se desea evitar (la enfermedad) que a lo que se necesita procurar (la salud), ésta sigue teniendo gran influencia en la presupuestación de programas de salud y encaminados paradójicamente, a curar las enfermedades.

Otras, bajo esta misma línea, consideran que el hombre está sujeto a factores del ambiente, por eso vive diferentes grados de adaptación a su entorno. Sostiene que la salud-enfermedad del individuo es parte del equilibrio ecológico. Los autores pertenecientes a ésta, ecologistas y ambientalistas, observan la salud-enfermedad desde el punto de vista de la adaptación; tal como lo afirma René Dubos en su obra *El hombre adaptado*, es "la expresión de éxito o fracaso sufrido por el organismo en su esfuerzo por responder, adaptándose, a los cambios del medio ambiente." 7 En suma, un individuo sano es aquel que muestra y demuestra una armonía física, mental y social con su ambiente, y salud un estado de equilibrio entre el medio interno y externo del individuo. Lo anterior lo encontramos en obras generales de

7 Vid: GREENE y SIMONS-MORTON, *Op. Cit.*, p. 5.

8 *Cit. por:* GREENE y SIMONS-MORTON, *Op. Cit.*, p. 11.

consulta, en ellas persiste la idea de salud como el "... estado del organismo en el que existe un funcionamiento equilibrado y armonioso de todos sus órganos." o Y enfermedad toda alteración que la salud pudiera tener, lo inhabitual o irregular, lo que impide al sujeto desarrollar sus capacidades, lo Incluso se llega a afirmar que: "... entre los estados de salud y enfermedad existe una escala de variación, con estados intermedios, que va de la adaptación 'perfecta' (difícil de obtener) hasta la desadaptación que llamamos enfermedad."¹¹ Pero en realidad, adaptación y equilibrio no son sinónimo de salud, puesto que el individuo puede estar adaptado y pero no ser sano; no manifestar alguna enfermedad y no haber equilibrio en él o en su relación con el medio ambiente.

Algunos investigadores se apoyan en el concepto de normalidad, donde las características orgánicas, funcionales, mentales y sociales de la mayoría de los individuos, están dentro de un margen de variación; quienes salen de este están enfermos. Las definiciones encontradas en diccionarios ¹², aducen generalmente lo siguiente: salud es el "estado normal

⁹ SANCHEZ Cerezo, Sergio (DIP). *Diccionario de las ciencias de la educación*, vol. II, p. 1273.

¹⁰ Cfr. *idem*.

¹¹ SAN MARTIN, Hernán. *Salud y enfermedad*, p. 8.

¹² En este aspecto se elige la utilización de diccionarios, para señalar cómo éstos refuerzan a través de su contenido una X concepción de la salud-enfermedad, sobretudo por la accesibilidad que tienen estos materiales al común de la población.

del ser orgánico." 13 Y enfermedad, "la alteración de la salud." 14 Utilizando la lógica deductiva para estas proposiciones, cualquiera podría decir que todo ser biológico que esté enfermo es anormal, y quien esté sano normal. 15

En contraste, algunos salubristas y epidemiólogos aceptan el papel del saneamiento del medio para el logro de la salud colectiva, de esta manera, indirectamente se acepta la participación de factores externos en la causalidad de la enfermedad.

Para investigadores estadounidenses seguidores de la teoría de la gestalt, la salud no debería ser vista como una colección suelta de componentes, sino como un estado integral del individuo, es decir, desde una perspectiva holística. 16 Ejemplo de ello es el neuropsiquiatra Kurt Goldstein, quien argumenta que el organismo no es la suma de las partes, por tanto no pueden estudiarse separadamente. El organismo viviente es un todo con una organización cualitativa, no es la adición de hechos individuales, de ahí

13 EDITORES MEXICANOS UNIDOS. *Diccionario en español Edimusa: Mexicanismos y americanismos*, p. 384.

14 *Ibid.*, p. 154.

15 Entrar en el campo de lo "normal" y lo "anormal", sobre todo en salud, ha generado largas discusiones en las que no entraremos en este trabajo. Pero cabe señalar, que normalidad no es un equivalente de salud ni anormalidad de enfermedad.

16 *Vid.*: GREENE y SIMONS-MORTON, *op. cit.*, p. 10.

que hay que estudiarlo en su totalidad. 17 19

O bien, la salud se plantea desde un referente filosófico, como lo señala el neopsicoanalista Erich Fromm: la salud es "...la capacidad de vivir la vida y no ser vivida por ella ..." 18. porque es la sociedad la que está enferma y no el individuo.

La definición oficial de salud pronunciada por la Organización Mundial de Salud (OMS) en 1947 y ratificada durante la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en 1978 en Alma Ata, ex URSS, expresa textualmente: salud es el "... estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades ..." 20. Es considerada como multicausal por incluir a la dimensión física, la mental y la

17 Vid: WOLMAN, Benjamin B. *Teorías y sistemas contemporáneos en psicología*, p. 110.

18 En el contexto de la definición, totalidad está entendida como el todo, y no como la totalidad concreta como es concebida en el constructivismo: "... articulación entre aspectos de lo real que expresan articulaciones entre procesos (...) un conjunto de criterios epistemológicos acerca de la explicación (...) un enfoque sobre la realidad. GARZA, Toledo Enrique M. de la (COMP). *Hacia una metodología de la reconstrucción. Fundamentos, críticas y alternativas a la metodología y técnicas de investigación social*, p. 24.

19 Cit. por: SOBERON, Guillermo; KUMATE, Jesús y LAGUNA, José (COMPs). *La salud en México: Testimonios 1988. Fundamentos del cambio estructural*, tomo I, p. 26.

20 OPS. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. 86, No. 3, 1969, p. 264.

social para el estudio del individuo, aspectos que antes de esas fechas no eran reconocidos oficialmente. Aunque para algunos sanitaristas como Howard Hovman, esta es incompleta. Según este autor anglosajón, a la definición de la OMS debería agregarse la dimensión espiritual, pues existen fuerzas espirituales y naturales que tienen efectos sobre los sujetos.²¹ Pero más allá de lo que a esta definición le pudiera faltar, lo cierto es que se caracteriza por ser una concepción estática, idealista y subjetiva del proceso salud-enfermedad. Estática, porque considera a la salud (por ende a la enfermedad) como un estado, y no como un proceso; es idealista, porque pretende el bienestar como una aspiración máxima, como prototipo, aun con las diferencias que caracterizan a cada tipo de sociedad y sectores sociales; y subjetiva, porque finalmente cada Gobierno ha interpretado el bienestar de manera distinta. Su lógica es fallida y su redacción vaga. Este significado de salud esconde las contradicciones que se generan en una sociedad, más bien se deduce por las actividades que realizan los trabajadores de la salud²² que por lo que se pretende cambiar con el término de bienestar, ya que para alcanzar esto último en sus tres dimensiones, resulta inmedible y coloca a los objetivos de la medicina en una posición insostenible.

²¹ Vid: GREENE y SIMONS-MORTON, op. cit., pp. 8-9.

²² Vid: *ibid.*, p. 7.

Algunos estudiosos en el tema consideran necesario hacer una definición de salud para cada tipo de sociedad, otros, sugieren prioritario que las Naciones pertenecientes a la OMS reconsideren la definición de salud, no sólo por la carga subjetiva e idealista, sino porque ha retrasado el cumplimiento de las metas propuestas: "Salud para Todos en el Año 2000" y porque ni siquiera es operativa para la planificación en salud.

Existen otras definiciones sobre salud-enfermedad que incluyen y entremezclan elementos —hasta contradictorios— de las anteriores. Esto no significa que la pretendida conciliación de aspectos dé lugar a una coherencia teórica; por eso se les ha llamado eclécticas.

Por otro lado, a final de los años 60', como resultado de la crisis económica, política y social suscitada en el mundo, al seno de la medicina se produce un cuestionamiento a la práctica médica y al carácter biologista de la enfermedad. Es así como surge una corriente contrapuesta: la sociomédica. Esta intenta explicar, entre otros aspectos, el proceso salud-enfermedad desde una perspectiva social. 23

Esta corriente afirma que la salud de cada individuo

23 Vid: LAURELL, Ana Cristina. "La salud-enfermedad como proceso social." *Revista Latinoamericana de salud*, No. 2, abril 1982, p. 7.

tiene relación con las características de cada lugar donde habita, donde a su vez, la salud colectiva se ve influenciada por las alteraciones que afectan a cada uno de sus integrantes. Salud-enfermedad son producto de la relación que el hombre establece con la naturaleza y como éste se la apropia y la transforma. Es un fenómeno colectivo en íntima relación con los procesos sociales.

La corriente sociomédica emplea categorías metodológicas del materialismo histórico-dialéctico, figuras abstractas, cuya función de apropiación de la realidad ²⁴, contribuyen al análisis del objeto de estudio desde una perspectiva totalizadora. Orillan a problematizar y explicar el proceso de desarrollo histórico de la salud-enfermedad y a descubrir la relación que guarda éste con lo económico, político, social, cultural y educativo. Las categorías utilizadas por esta corriente son: trabajo, clase social, proceso social, entre otras.

Esta corriente propone analizar la salud-enfermedad como un hecho social, histórico, colectivo, socialmente determinado por las fuerzas productivas y las relaciones sociales de producción y como proceso dinámico y cambiante. También, propone analizar los perfiles de incidencia en la

²⁴ Vid: COVARRUBIAS, *op. cit.*, p. 212.

enfermedad y muerte según la clase social y actividad laboral, sin excluir los momentos particulares y diferenciales de enfermedad. Mas que proponer una definición da criterios metodológicos para su análisis e insta a considerar todos los factores que intervienen en la variación y determinación de la salud-enfermedad; sean estos biológicos, ecológicos, sociales, culturales o psicológicos.

Acepta esta corriente la participación de los factores biológicos y la manifestación orgánica de la enfermedad, pero no en forma exclusiva o independiente, mas bien parte de que el proceso es cambiante, porque responde a un marco social determinado, en constante transformación y no a una dicotomía salud y enfermedad. 25

Al reconocer que la salud-enfermedad es un hecho social en constante cambio, una condición adquirida y condicionada por las relaciones sociales de producción del sistema económico del cual se trate, se está aceptando que la salud enfermedad es un hecho determinado por la evolución histórica. 26 Un proceso histórico porque el ser social ha

25 En este sentido, la declaración de la OMS no por su parte en su redacción los aspectos mentales y sociales está incluido en esta corriente, dado que su punto de partida es metodológicamente distinto.

26 Véase: TRONCOSO, Ramón. "Concepto de salud-enfermedad." (MINEC), p. 1.

sufrido y sufrirá cambios a través del tiempo y el espacio.

La división social del trabajo, la propiedad privada sobre los medios de producción, los grupos sociales antagonicos, la explotación y la enajenación han caracterizado en su momento, la forma de enfermar, morir y educar a los diferentes grupos humanos a lo largo de la historia; determinada ésta a su vez, por los diferentes modos de producción, en sus manifestaciones y matices.

Es decir, salud-enfermedad es un proceso dialéctico, un proceso no lineal. El sujeto pasa por crisis, polarizaciones, retrocesos, un pasar por salud-enfermedad. Este no está determinado solo por las características biológicas, sino también por las psico-socio-ambientales que rodean al hombre; es un proceso dinámico, histórico que desemboca en una transformación sucesiva.

Los seguidores de esta corriente afirman que:

No existen estados absolutos de salud o de enfermedad, sino procesos dinámicos, complejos, donde los factores biológicos de daño y recuperación quedan insertados en la vida social, que es donde se comprende, determina y actúa sobre el proceso, de acuerdo con las leyes propias de todo fenómeno social. 27

27 MORA Carrasco, Fernando y HERSCH Martínez, Paul. *Introducción a la medicina social y salud pública*, p. 25.

porque se integran elementos divergentes, de orden biológico y social en un ambiente cambiante y un momento histórico determinado.

Las anteriores interpretaciones de salud-enfermedad presentadas a través de los discursos teóricos de las corrientes biologista y sociomédica, son tan heterogéneas y contradictorias en sus planteamientos como lo son sus referentes para la apropiación del objeto (religión, sentido común, empiria, moral, filosofía, biología, sociología), todas ellas en su lugar y momento han representado una postura ante el fenómeno y han luchado por alcanzar o perpetuar la hegemonía. 28

Este trabajo de investigación adopta la postura de la

28 Hegemonía entendida como el poder que ejerce una clase social o fracción de ella en el orden social, sea en el terreno económico, político, ideológico u otros. En este caso se refiere a la hegemonía desarrollada en el plano ideológico donde algunos conjuntos de ideas no desaparecen al ser irrelevantes, sino solamente se encuentran subordinados.

Cfr. el concepto de hegemonía en: COVARRUBIAS, *Op. cit.*, pp. 49-50 y 202. Y COVARRUBIAS Villa, Francisco. *La construcción del conocimiento social desde la dialéctica crítica*, p. 251.

En este sentido las concepciones de tendencia mágico-religiosa, para interpretar la salud-enfermedad, poco han participado en el debate teórico, son más bien, la biologista y la sociomédica las que han alcanzado relevancia. Las primeras en la práctica no han desaparecido; existen grupos y sectores sociales donde continúan guiando la práctica curativa, por ejemplo, se tiene a la hechicería, el espiritismo, la charlatanería que conjugan los aspectos mágico-religiosos y son practicados en muchas regiones de nuestro país hoy en día.

corriente sociomédica para el análisis interpretativo del proceso salud-enfermedad. Su enfoque teórico-metodológico resulta pertinente a la metodología de construcción del objeto. No sería correspondiente a ella tener como punto de referencia concepciones fenomenicas como las biológicas descritas en párrafos anteriores, que en apariencia se presentan como ciertas pero su sustento epistemológico es parcelario, ambiguo y práctico-utilitario pero no problematizan al objeto en todas sus dimensiones.

1.2 La economía capitalista como factor determinante del proceso salud-enfermedad.

La salud-enfermedad como proceso histórico y social tiene relación con los demás procesos sociales, sobre todo con el productivo, "... se encuentra, por tanto, vinculado a la forma en que los seres humanos producen y se reproducen." ²⁰ en el sistema económico capitalista, la producción se basa en la extracción del trabajo excedente o también llamada plusvalía. Este sistema implica la existencia de dos grupos sociales antagónicos, cuya relación esta basada en la explotación de uno de ellos.

²⁰ ROJAS Soriano, Raúl. *Capitalismo y enfermedad*, p. 13.

En el sistema capitalista la fuerza de trabajo es considerada como mercancía, es comprada por el capitalista para generar ganancia, y lo que percibe el trabajador por ella es el salario; cantidad mínima para que él pueda seguir produciendo y a su vez se reproduzca. El dueño de los medios de producción en el sistema capitalista, en aras de obtener una mayor plusvalía, no le importa abreviar la vida del trabajador, de ahí que la fuerza de trabajo sea dividida durante el proceso productivo.

El origen y distribución de la salud-enfermedad se determina por el lugar que ocupa el sujeto en el proceso productivo, cualquiera que este sea: poseedor o no de los medios de producción.

1.2.1 Producción, distribución, cambio y consumo de la salud-enfermedad, .

Abordar la salud-enfermedad desde la perspectiva de la economía política en el sistema capitalista, y concretamente en el de tipo dependiente como el nuestro 30, implica estudiar

30 Vid: ROJAS, *op. cit.*, p. 49.

30 En el capitalismo --como lo afirma Theotonic Dos Santos-- "la dependencia es una situación en que un grupo de países tiene su economía condicionada por el desarrollo y la expansión de una economía (...), los países dominantes disponen así de su predominio tecnológico, comercial, de capital y sociopolítico sobre los países dependientes (con predominio de algunos aspectos en los varios

este proceso desde la pobreza y la riqueza.

Las condiciones generales de vida social, vivienda, alimentación, vestido, educación, salud, etc., se ven afectadas por las características de trabajo y empleo del sujeto. Salud-enfermedad son resultado directo e indirecto, mediato o inmediato del desgaste de energías dado en el proceso de trabajo del individuo. Pero la distribución social de la salud-enfermedad no se da de manera igual, es decir, los individuos de los diferentes grupos sociales no enferman y mueren por las mismas causas, porque tampoco la distribución social de los beneficios de la producción es igualitaria, como no es uniforme y equitativo el acceso a los servicios de salud.

De ahí que el origen del proceso morbido no está en la biología en sí misma, sino que es la consecuencia del modo de producción y de consumo de la sociedad, vale decir, de la forma en que el hombre transforma los recursos naturales para su consumo y la forma como establece sus relaciones de producción con otros hombres para producir y apropiarse del producto. 31

1.2.2 La salud-enfermedad en la sociedad de clases.

momentos históricos) que les permiten imponer las condiciones de explotación y extraerle parte de los excedentes producidos internamente. JAGUARIBE, Heitor; et. al.: *La dependencia política-económica de América Latina*, p. 180.

31 SAN MARTIN, Hernán y PASTOR, Vicente. *Economía de la salud*, p. 9.

La forma de enfermar y morir de los grupos humanos demuestra como la salud-enfermedad tiene tambien una naturaleza social. Como en un mismo momento historico diferentes sociedades presentan un distinto perfil epidemiologico. 32

La clase social, entendida como los grandes grupos de personas diferenciadas por el lugar que ocupan en el sistema productivo social e historicamente determinado, por el modo y la proporción en que se obtiene la parte de la riqueza social de que se dispone 33. Es la clase social un factor determinante para diferenciar que grupos tienen mayor riesgo de contraer ciertas enfermedades o morir, bien sea por el tipo de trabajo que se desempeña, por lo que se consume o como se vive.

32 Véase MERCADO Calderón, Francisco, et. al.: *Medicina para todos*, p. 13.

33 En la bibliografía médica por lo regular se utiliza el término de estratos sociales en vez del de clases sociales. Ya que el primero evoca a las capas sucesivamente colocadas una encima de otras, y que se mantienen así en forma estática e inercial. VILAR, Pierre. *Introducción al vocabulario del análisis histórico*, p. 110. Esto no se refiere a la función, antagonismo, contradicciones y movimiento como lo implica el de clases sociales. El empleo de estrato social esconde la división social de clases respecto a los medios de producción y se emplea más bien para referirse a las características circunstanciales como ingresos, escolaridad, calificación laboral, etc. Pero cabe señalar que este trabajo acepta que en la misma división de la sociedad se pueden encontrar: técnicos, administradores, comerciantes, profesionistas, que no están vinculados a la producción y no pertenecen propiamente a alguna de las clases sociales (burguesía y proletariado), son capas intermedias, sectores o grupos subordinados a la clase dominante. . . .

Los desiguales perfiles epidemiológicos que se presentan en los países ricos y en los llamados del Tercer Mundo, se han agudizado en las últimas décadas. Los padecimientos que han sido erradicados desde el siglo pasado en países industrializados, constituyen hoy en día las primeras causas de morbi-mortalidad en los países pobres. Por ejemplo la alta tasa de mortalidad materno-infantil, la prevalencia de enfermedades infecciosas, respiratorias y gastrointestinales, las prevenibles por vacunación y medidas higiénicas. Incluso, entre las distintas clases sociales de un mismo país la problemática de salud se ha hecho más crítica, y no sólo entre naciones. "Un buen ejemplo de esto podría ser la amebiasis (sic), afección que entre los pobres de México se presenta 30 veces más frecuente que en otros sectores sociales."³⁴ tomemos por caso la tuberculosis, "... en México, de cada 100 enfermos que la padecen 60 son campesinos, 30 son obreros no calificados y 9 son obreros calificados, estudiantes, comerciantes o profesionales,"³⁵ 0 como lo señala la Dra. Asa Cristina Laurell: "Cada formación social crea su propia patología,"³⁶

De igual forma, la esperanza de vida al nacer revela la

o bien, existen fracciones de clase que son los subgrupos en los que se puede descomponer una clase. Cfr. HARNECKER, Marta. *Los conceptos elementales del materialismo histórico*, pp. 175-178.

³⁴ ORTIZ Quezada, Federico, *Salud en la pobreza: el proceso salud-enfermedad en el Tercer Mundo*, p. 18.

³⁵ *Idem.*

³⁶ Cit. por: ORTIZ, op. cit., p. 19.

determinación social. Hoy en día el promedio de vida al nacer de los mexicanos es mayor que hace 50 años³⁷, pero, a que clase social pertenecen esos mexicanos que en realidad tienen mayores expectativas de vivir más años, cuando la justicia en el reparto de los beneficios económicos no ha alcanzado a las mayorías y ahora son mucho más que hace 50 años.

Cuántas de las enfermedades mencionadas anteriormente podrían haberse evitado, cuántas vidas prolongarse a través de medidas preventivas, higiénicas, de vacunación, de saneamiento ambiental, de información o de mayor escolaridad; por la elevación de la calidad de vida. Lo más preocupante, cuántos seres humanos se ven amenazados por las transformaciones de la relación hombre-trabajo-ambiente, por el "progreso tecnológico" y la guerra.

Analizar el proceso salud-enfermedad desde la categoría de clase social, implica explorar las condiciones específicas de trabajo y de existencia de la clase subordinada, reflexionar acerca del ingreso per cápita, del grado de escolaridad, el acceso a la vivienda digna y a la educación, la participación política y social de los sujetos, etc., como

³⁷ La esperanza de vida al nacer para 1930, fue de 34.9 años; para 1970, de 60.0 y en 1981, de 64.9. Vid: SOBERÓN, KUMATE y LAGUNA (COMPs), *op. cit.*, p. 26.

determinantes de clase, no como atributos o características individuales de las personas que sirvan para justificar las desigualdades sociales.

1.2.3 Salud-enfermedad individual y colectiva en la economía capitalista.

En el sistema capitalista se busca incrementar las tasas de ganancia aun a expensas del deterioro de la salud individual y colectiva con base en progreso técnico.³⁸ Ya que una de las condiciones para el crecimiento del capitalismo es lograrlo a través de la innovación técnica. Este sistema --y cualquier otro-- no puede existir sin la evolución permanente de los instrumentos de producción y por tanto de las relaciones sociales. Sólo que éste, busca una mayor ganancia a fuerza de insistir en la productividad del trabajador, la eficiencia y la eficacia para la aumentar la producción.³⁹ Aunque el aumento de la productividad no

³⁸ Véase TORRES, *Op. Cit.*, p. 21.

³⁹ Los términos: econométricos de productividad, eficacia y eficiencia los ha desarrollado profusamente la economía tradicional. El primero se refiere al incremento de la producción al aumentar uno de los factores que intervienen en el proceso. El segundo, a la coincidencia de lo evaluado con lo programado, si esta coincidencia no se da, se dice que no se cumplieron los objetivos; no hubo eficacia. El tercero es la capacidad de producir el máximo de eficacia, es decir resultados, sea a través de organización, funcionamiento, etc., con un mínimo de esfuerzos. *Cfr.* SAN MARTIN y PASTOR, *Op. Cit.*, p. XIX y XXI. Y SANCHEZ, *Op. Cit.*, Tomo I, p. 513 y Tomo II, p. 1150.

corresponda a la distribución de la riqueza generada. El llamado "progreso" propuesto en el capitalismo, de hecho, no resuelve las desigualdades sociales, sino más bien las perpetua y las profundiza, ejemplo de ello es el deterioro de la salud de las grandes mayorías.

El avance industrial del capitalismo no guarda relación con la distribución de los beneficios, tampoco el progreso de las fuerzas productivas está acorde con el adelanto de la ciencia. Son sólo las minorías las que tienen acceso al progreso técnico y logran a un mejor nivel de vida por contar con los recursos económicos; y las colectividades siguen padeciendo limitantes en su salud, cuando éstas son susceptibles de ser superadas. Esta situación se agudiza cada vez más para los habitantes pobres de zonas rurales y urbanas a quienes se les ha catalogado como sujetos que viven una situación de marginalidad. 40

40 Son diversos los estudios y enfoques latinoamericanos que han tratado la marginalidad. Aldo Solari, Rolando Franco y Joel Judkovitz señalan algunas de las concepciones al respecto: a) La concepción ecológica, donde la marginalidad sirve para describir los asentamientos improvisados o irregulares donde un grupo de personas vive. b) La social, referida a las condiciones de vida y de trabajo en que se encuentran los habitantes de barrios, ciudades perdidas y cinturones de miseria. c) La referida a la ciudadanía limitada, es decir, a los impedimentos y obstáculos que tienen aquellos habitantes para ejercer sus derechos y poder participar en el desarrollo económico, político o social, en ésta podemos encontrar a los migrantes, indocumentados, refugiados. d) Refiriéndose al ámbito rural, a los habitantes del campo campesinos pobres o grupos étnicos. e) La concepción cultural, de quienes viviendo en una zona marginada

Como se señaló en los apartados anteriores, la salud-enfermedad es un hecho social determinado por la pertenencia a una clase social, esta última refleja las condiciones de existencia de los individuos, pero a su vez, determina en lo general las condiciones colectivas de salud-enfermedad. Así como el estado de salud de las masas no son la suma de los fenómenos morbosos individuales, tampoco basta con resolver los problemas de enfermedad individual para solucionar de esta manera los colectivos.

Incluso se afirma que la disminución de las tasas de mortalidad por infecciones producidas por algunos virus y bacterias, no ha respondido precisamente a las campañas de vacunación, sino a las medidas sociales y ambientales como: la mejora en la alimentación, vivienda, empleo, educación, que protegen o evitan a la población de estas y otras enfermedades. «Lo anterior se vive actualmente con el cólera y otros padecimientos diarreicos.

viven la cultura de la pobreza. Independientemente de la corriente de los estudios, lo cierto es que cualquier situación de dependencia económica margina a ciertos sectores de la población, no sólo estructuralmente, sino también social, política, cultural, psicológica o democráticamente. La marginalidad es ... resultado de proceso de transformación socio-económica que desorganiza estructuras tradicionales de trabajo y de vida ... Vtd: CREFAL-Centro de Documentación e Investigación. Notas y comentarios en torno al artículo de Alain Touraine sobre la marginalidad urbana Revista: Educación de adultos, Vol. 1, No. 3, enero-marzo 1970, pp. 48-54.

41 Cfr. por.: MEXICO, COPLAMAR. Necesidades esenciales en México: Salud, Tomo 4, pp. 21-25.

Es un error manejar en forma individual los fenómenos de salud-enfermedad que tienen un origen social. No se trata de curar solamente enfermos, sino también eliminar riesgos colectivos y de proteger y fomentar la salud a través de intervenciones colectivas. Las políticas y servicios de salud han mostrado una ineficacia social para resolver esta problemática.

La salud colectiva es una exigencia que se cubre en la medida en que son satisfechas las necesidades básicas de los individuos en una sociedad, si esto no se da habrá salud sólo para unos cuantos.

Desde finales del siglo XIX, la salud-enfermedad de las colectividades ha llamado la atención de los Gobiernos. El surgimiento y auge de la salud pública y la medicina social en nuestros días han dado pie para analizar la problemática desde otro referente. Las acciones médico-sociales, incluidas las de educación para la salud, implementadas para erradicar las enfermedades de origen social en ocasiones sólo han resuelto problemas coyunturales o han tenido por objetivo paliar la situación y no necesariamente han influido en la estructura económico-social. Es posible que acciones de prevención de enfermedades como la vacunación, la planificación familiar y otras, tengan características de

ser masivas, pero esto no significa socializacion de la medicina o represente un beneficio social en salud,

1.3 Teorias economicas en la concepcion de la salud-enfermedad.

La teoria del "Capital Humano" en salud, tiene como primer exponente a L. J. Dublin (1923), quien señala que el capital humano es la mayor riqueza que se tiene y se debe de utilizar racionalmente.⁴² Posteriormente en 1951, J. J. Hanlon y C. C. Winslow, justifican la inversion en salud pública a través del costo o valor económico de la vida humana y de la reduccion en lo posible de las perdidas causadas por la muerte y la enfermedad.⁴³ Estos autores en su estudio no consideran las desigualdades sociales que hacen invalida la presentacion de valores promedio en una circunstancia social que es diferente de una clase social a otra. Bajo esta misma idea, otros autores tambien han asignado un valor económico a la salud, pero los planteamientos en la practica ha resultado falsos, porque a mayor número de servicios de salud o seguros sociales no se han eliminado los riesgos de enfermedad ni existe una mejor calidad de vida, tampoco los recursos destinados a los

⁴² Vid: Cit. Por: SAN MARTIN y PASTOR, op. cit. p. 206

⁴³ Vid: Ibid, p. 209

servicios de salud han mejorado substancialmente el nivel productivo o ha dejado de ser mercantilizadla salud.

Otra teoria del valor de la salud y de la vida humana es la que considera al ser humano como el que cumple una función social, cultural e histórica, como un ser creador con un fin en si mismo y no como un medio ni como una mercancía, ni el ni su salud.

Esta última idea no excluye la obligatoriedad de los Gobiernos de garantizar el derecho a la salud para toda la población, ni el riesgo de no poder hacerla efectiva a causa de las contradicciones sociales.

En el sistema capitalista existe la tendencia a valorar la salud-enfermedad como una mercancía más, como un objeto contable. Asimismo, la satisfacción de las necesidades de salud a través del Sector, suelen planificarse con políticas basadas en la generación de un mayor desarrollo económico para reducir los problemas de salud. 44

44 Los intentos por explicar el desarrollo económico en lo ideológico y metodológico han sido numerosos. Osvaldo Sunkel y Pedro Paz presentan una interesante clasificación de las principales tendencias al respecto: a) La que lo concibe como crecimiento. Ésta apunta definir el nivel de desarrollo en términos de ingreso por habitante, y el progreso de desarrollo equivalente a la tasa de crecimiento, estos indicadores sirven de parámetro de comparación (arbitrariamente) para definir cuáles países están desarrollados y cuáles subdesarrollados, esta teoría

Las políticas de salud no son resultado solamente de las intenciones de los ministerios de salud, sino que existen determinantes económicos que orientan ideológicamente la planificación de todo el Sector Salud. Los principales factores que intervienen son: el modelo de desarrollo económico y social, la estructura económica de la sociedad y las prioridades de salud que adopte el Sector, el concepto de salud-enfermedad y la orientación hacia la curación o la prevención, y en qué medida se elevan otros niveles de vida,

45

aplicada para los países pobres pone énfasis en la inversión para superar ese procedimiento del atraso a semejanza de los países industrializados, que se convierten en un modelo a imitar para alcanzar el capitalismo maduro. b) El desarrollo como una sucesión de etapas históricas, significa que para arribar al desarrollo como el de los países avanzados, las Naciones subdesarrolladas tienen que superar etapas económicas primitivas, de ahí los esfuerzos de los países subdesarrollados por alcanzar la modernización a través de programas de desarrollo de la comunidad para acabar con la marginalidad, reducir el gasto público e impulsar la productividad, llegar a ser una moderna sociedad industrial. Es a partir de estas teorías del desarrollo económico que los programas oficiales justifican la necesidad de salir del subdesarrollo. c) La última propone un análisis histórico estructural y totalizador del proceso de desarrollo. No piensa el subdesarrollo como un momento o como una continuidad de la evolución económica de la sociedad, el subdesarrollo es parte del proceso histórico global del desarrollo, ambos son dos caras de un mismo proceso histórico universal, simultáneas y vinculadas, interdependientes una del otro, que se dan entre y dentro de un país o región. Esta explicación propone el cambio social como proceso deliberado consistente con participación de los grupos sociales en calidad de sujetos actuantes. Vid: SUNKEL, Osvaldo y PAZ, Pedro, El subdesarrollo latinoamericano y la teoría del subdesarrollo, pp. 20-ss. Diferenciando un poco con esta última corriente, la marginalidad no equivale ni es condición al subdesarrollo en un mismo país, sino que es la expresión de una de tantas contradicciones que se dan en una sociedad dependiente. 45 Vid: SAN MARTIN y PASTOR, OP. Cit., pp. 102-103.

Si el objetivo de la política de salud de un país realmente fuera el mejoramiento de los niveles de salud de toda la población, las acciones para su cumplimiento deberían estar en función de actuar sobre las determinantes económicas y sociales para alcanzar la salud individual y colectiva y asegurar el derecho humano a la salud. Pero al parecer esa política de salud sólo se conceptualiza y concretiza como un proceso administrativo, de distribución de recursos para su sector.

La implementación de esas políticas de salud, inevitablemente en cualquiera de los modelos económicos de los que se trate, requieren de un proceso administrativo. Implica una cuidadosa planificación de las inversiones, financiamiento de los programas, plantear cuáles serán los beneficios que se esperan, qué servicios son prioritarios, donde se extenderá la cobertura, cuál será el grado de accesibilidad de los servicios (tanto en distancia como monetariamente). Pero esa planificación económica presenta características y orientaciones específicas de acuerdo a la ideología del desarrollo económico y del sistema social del cual se trate, que puede o no enfocarse a cubrir las necesidades de la población.

1.4 Economía y perspectivas de la salud-enfermedad.

A pesar de los esfuerzos de los Organismos Internacionales de Salud, la situación a nivel mundial es crítica. Los análisis hechos al respecto evidencian la relación que esta problemática tiene con la crisis económica y social de todo el orbe. Como creer que para el año 2000 se tendrá salud para todos, cuando actualmente el 75% de la población mundial vive en estado de pobreza o miseria absoluta, dominada por la dependencia económica de países ricos y que pesa sobre ella una deuda externa producto de los préstamos para el "desarrollo", el armamentismo obligado y la hegemonía científica y tecnológica.

Desafortunadamente la crisis en salud tiende a empeorar, las desigualdades sociales y económicas se hacen cada vez más profundas, tanto entre países como en una misma nación. El gasto del armamentismo, los desastres ecológicos deliberados y los cambios de hábitos humanos, llevan a pensar que las perspectivas de mejorar la salud son escasas. 46

El gasto en curación de la enfermedad sigue siendo más que el utilizado para la prevención, la preservación de las vidas en condiciones no óptimas es más costoso que brindar mejores condiciones de vida para las mayorías; la inversión en tecnología médica especializada cada vez es mayor que la

46 Vid: *ibid.*, pp. 200-209.

que se requiere para implementar acciones de educación para la salud y mejoramiento social,

La creación de condiciones favorables de salud social, sólo pueden ser impulsadas a través de aquellos que participan en la vida política y social de un país, de los que están insertos en el engranaje organizativo con la generación e impulso de políticas económicas basadas en la equidad y la democracia.

CAPITULO 2

POLITICAS Y ESTRATEGIAS MUNDIALES DE SALUD

2.1 Salud para Todos en el Año 2000.

En 1977, durante la Trigesima Asamblea Internacional de Salud, 166 Estados miembros de OMS aceptaron como meta social el concepto "Salud para Todos en el Año 2000", esto significa que "... todos los ciudadanos de mundo disfruten en el año 2000 de un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva." 1

En la medida que el año 2000 se acerca esta meta recibe más críticas, sobre todo en el Tercer Mundo donde aparece como inalcanzable y fuera de la realidad. Algunos estudiosos sugieren modificarla. Por ejemplo, Hernán San Martín plantea que más que desear salud para todos en ese año hay que

1 HELLBERG, Håkan. "Un proceso evolutivo." *Revista Salud Mundial*, enero-febrero de 1988, p. 7.

proponer: salud para la mayoría en forma relativa y acorde a las posibilidades económicas de cada país y de los recursos humanos preparados para actuar con eficiencia en las actividades de salud. Reformar los términos de la estrategia por la anterior propuesta no significa pugnar por cambios substanciales, solo haría más evidente la diferenciación de la atención de la salud entre países; los que cuentan con más recursos económicos para enfrentar la problemática y los que no. De aceptar esta forma conceptual, implicaría justificar el subdesarrollo de algunos países que de antemano se sabe nunca podrán contar con recursos y avances tecnológicos como los de las naciones industrializadas.

Aceptar "Salud para Todos en el Año 2000" conlleva, en teoría, a asumir el compromiso de hacer práctica la igualdad, la solidaridad y la justicia como base para promover una sociedad sana. Pero cada país, de acuerdo a sus estrategias de desarrollo económico concibe y pone en marcha sus políticas de salud, y no necesariamente responden a los planteamientos acordados por los Organismos Internacionales.

La meta "Salud para Todos en el Año 2000" tiene como ejes de acción los siguientes: a) Uso de tecnología apropiada, b) Compromiso político de cada nación para mejorar

2 Véase SAN MARTÍN, Hernán y PASTOR, Vicente. *Economía de la salud*, p. 59.

la salud de sus habitantes, c) Cooperación del Sector Salud con otros sectores claves del desarrollo, d) Intervención de la comunidad y de los individuos en los planes y programas de salud. 3 A su vez estos ejes se ven expresados en dos importantes directrices a seguir: La Estrategia de Extensión de Cobertura y la de Atención Primaria de Salud. Mismas que se describirán en los siguientes apartados.

2.2 Estrategia de Extensión de Cobertura.

La estrategia de extensión de los servicios de salud tiene como antecedente los programas de extensión agrícola implementados en América Latina en los años 40' y 50', ésta, inicialmente formó parte de los proyectos de educación básica, capacitación, desarrollo de la comunidad, o bien de la misma extensión agrícola. 4

Si bien esta estrategia para los programas de salud se inicia hasta la segunda mitad de los años 70', tiene gran influencia de los programas de extensión de los servicios agrícolas, desarrollados en nuestro continente desde años

3 Vid: MAHLER, Halldan. Salud para todos, todos para la salud. Revista Salud Mundial, enero-febrero de 1988, pp. 3-4.

4 Vid: LA BELLE, Thomas J. Educación no formal y cambio social en América Latina, p. 188.

antes bajo el auspicio de Organismos Internacionales encabezados por Estados Unidos de Norteamérica, en el marco del proyecto global de desarrollo "Alianza para el Progreso". 5

El muy criticado término de extensión en la teoría pedagógica de Paulo Freire es utilizado por la OMS para designar la extensión de los servicios, conocimientos y técnicas en salud hasta las áreas consideradas como prioritarias: comunidades rurales y urbano-marginadas. 6

La extensión de los servicios de salud a la población es una de las estrategias ideadas por la OMS para cumplir con la meta "Salud para Todos en el Año 2000". Teóricamente es el resultado de aceptar a la salud como un derecho y una responsabilidad fundamental de los individuos y los gobiernos.

La Extensión de Cobertura trata de poner en forma accesible, tanto geográfica, económica, cultural como

5 Véase: PUIGROS, Adriana. *Imperialismo y educación en América Latina*, p. 124.

6 Paulo Freire hace una fuerte crítica al término: extensión desde el campo lingüístico. Para él, extensión es la transmisión mecánica a quienes no tienen o no saben, por parte de quien sabe y tiene una visión del mundo diferente a los primeros y los es impuesto. Cfr. FREIRE, Paulo. *Extensión o comunicación? La concientización en el medio rural*, pp. 18-21. En este caso es la forma de concebir la salud-enfermedad a través de los servicios que se ofrecen.

funcionalmente, los servicios de salud, ofreciéndolos continua y sistemáticamente, adecuando la calidad y estructura de la prestación, promoviendo la aceptación y utilización de los mismos por la comunidad y facilitar el acceso a otros servicios. :

Debido a que la mayoría de los programas de la Estrategia de Extensión de Cobertura son de carácter preventivo, se considera esta como de efectos educativos, es decir, tiene que ver con el cómo se forma al sujeto respecto a sus hábitos, costumbres e ideas respecto a la salud-enfermedad. :

La estrategia propone ofrecer los servicios de salud a través de tres modelos de atención: El institucional, el tradicional y el de autoatención. :

Según informes de la Organización Panamericana de la Salud es el primer modelo el que han presentado problemas

7 Vid: OPS. Extensión de los servicios de salud con las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Año 50. Número especial, Vol. 83, No. 6, 1977, p. 484.

8 Vid: LA BELLE, Op. cit. p. 198.

9 Se entiende por modelo, la producción teórica que se tiene de la realidad. El modelo reproduce sólo algunos aspectos del objeto, por tanto es parcial, aproximativo e ideal. En este sentido, los modelos de atención a la salud son solamente un acercamiento a la realidad, su clasificación y caracterización en mucho es retardada por las particularidades de cada sociedad y sistema de salud.

para lograr la Extensión de Cobertura. El tradicional y el de autoatención por haber sido creados por las propias comunidades, de acuerdo a sus costumbres y tradiciones. Los individuos reconocen con facilidad al miembro de la localidad o de la familia como sanador o curandero. Los servicios prestados por agentes de salud externos no cuentan con la suficiente aceptación cuando recién se instalan en una comunidad. Además existen factores que han contribuido a que el modelo institucional presente una deficiente atención a la salud, principalmente es: por la falta de una visión global del Sector Salud para comprender la problemática; conceptualizar los servicios de salud como un fin en sí mismos; y el ser un sistema rígido, que no permite identificar y atender las necesidades reales de salud de la población.

El modelo institucional según análisis de la OPS se centra fundamentalmente en: la cuantificación o mercantilización —esto último se refiere a los servicios privados— y en muchos de los casos no hay un análisis de la problemática social específica; la inaccesibilidad física, social, cultural y económica de la población a las instituciones que prestan los servicios de salud —en mi opinión también existe una inaccesibilidad de las instituciones hacia la población—; la falta de participación

de la comunidad en las acciones de salud; un enfoque curativo de los servicios; la inadecuada capacitación del personal que desempeña funciones en el Sector; la indiscriminada utilización de tecnologías importadas que se prestan a la dependencia (sic) y; el aumento significativo de los costos de la atención médica. 10

Pero aun con deficiencias, no se puede negar la existencia de una estructura y un gran número de recursos de los que dispone el modelo institucional en comparación con los otros dos, sólo que bajo las políticas que lo orientan en la mayoría de los países, la Estrategia de Extensión de Cobertura no ha llegado en su totalidad a las zonas más necesitadas.

2.3 Estrategia de Atención Primaria de Salud.

Del 6 al 12 de septiembre de 1978, representantes de 140 naciones se reunieron en Alma Ata, Kazakstán, ex URSS, para asistir a la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. La Conferencia estuvo auspiciada por la OMS y la UNICEF, en el convencimiento de que las naciones vivían una disparidad en materia de salud y habría que dar un

10 Vid: OPS, "Extensión de los servicios ..." op. cit., pp. 482-483.

enfoque diferente a la satisfacción de necesidades de salud de las grandes mayorías. Durante la Conferencia se declara textualmente:

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.¹¹

En la Declaración de Alma Ata se exhorta a todos los países asistentes, en particular a los del Tercer Mundo, a impulsar y poner en práctica la Atención Primaria de Salud, a reorganizar los servicios de salud públicos y privados, preventivos y curativos en todos sus niveles y a colaborar internacional e intersectorialmente.

La Atención Primaria de Salud se da en el primer nivel de atención ¹², es el primer contacto de los individuos, la familia y la comunidad con un servicio de salud. Comprende

¹¹ OPS. "Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de salud." *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. 84, No. 3, 1979, p. 205.

¹² El primer nivel de atención se refiere al tipo de establecimiento en que se presta la atención médica: casa de salud, centro de salud o clínica de salud. El segundo nivel corresponde a las Unidades hospitalarias que atienden las especialidades básicas y el internamiento de los pacientes. Y el tercer nivel son los Hospitales encargados de atender áreas de especialización médica, por ejemplo los Institutos Nacionales en nuestro país.

actividades de educación para la salud; promoción, suministro de alimentos, nutrición, abastecimiento de agua potable y saneamiento básico; asistencia materno-infantil, planificación familiar; inmunización, cura y tratamiento de enfermedades endémicas y padecimientos comunes; y suministro de medicamentos básicos.

La Atención Primaria de Salud sólo puede accionar durante el estado de salud —convenientemente puede aplicarse durante las fases incipientes y tempranas de la enfermedad, cuando el daño puede ser reversible—. más bien se ocupa de los factores de riesgo, es anticipatoria, actúa por programación, requiere del autocuidado del sujeto y la participación de la comunidad conjuntamente del equipo de salud,

En algunas naciones la Atención Primaria de Salud no ha podido llevarse a cabo y ha funcionado como si fuera una atención hospitalaria; se ha ocupado más bien por reparar el daño. Ha sido espectante, ha actuado conforme a la demanda y bajo el concepto vertical médico-paciente.¹³ En otros países como Cuba, se han hecho esfuerzos considerables por aplicar la Atención Primaria de Salud; al grado que esta es

¹³ Vid: ALVAREZ Manilla, José Manuel. Atención primaria a la salud. - *Revista Salud Pública de México*, Vol. 30, No. 5, 1988, pp. 679-684.

considerada como prioritaria en sus sistemas de salud.

En realidad, cada país ha asumido la Atención Primaria de manera distinta, dada las características y situaciones que las naciones viven. Y de igual forma como sucede con la definición de salud emitida por la OMS, la de Atención Primaria de Salud se ha prestado a diversas interpretaciones, tales como confundirla con atención de segunda para países pobres por ofrecer servicios de bajo costo o concebirla como una actualización del lenguaje político en salud, o bien, de asociarla a lo acientífico, empirista o a la charlatanería. A la APS se le ha concretizado de tantas maneras como contextos socioeconómicos hay. Para el investigador mexicano Ricardo Loewe, estos contextos pueden agruparse en tres formas: a) Sociedades con cambios sociopolíticos orientados hacia una redistribución más equitativa de los recursos que viven procesos de independencia, revolución social o transformación radical del régimen, b) Los que se implantan en situaciones de poco cambio social, es decir de un cambio relativo, c) Los que se imponen en ámbitos políticos orientados hacia una redistribución de los beneficios sociales a las clases pobres.¹⁴ En general quedan incluidos todos aquellos países que viven una situación de dependencia económica ante naciones industrializadas y que se les ha impuesto alcanzar

¹⁴ Véase: LOEWE, Ricardo. "Atención primaria a la salud: revisión conceptual." *Revista Salud Pública de México*, op. cit., pp. 007-008.

el "desarrollo" como meta, un desarrollo que en estas circunstancias sería dependiente.

2.4 Participación de la Comunidad.

En los años 70' debido al estancamiento económico y las crisis recurrentes a nivel mundial, se plantean nuevas políticas económicas para alcanzar el desarrollo, hecho que provocó la disminución de los recursos financieros destinados a los programas de bienestar social, entre ellos el de salud. Los países más afectados fueron los del Tercer Mundo. En América Latina, sobre los mismos reformados planteamientos político-ideológicos de la "Alianza para el Progreso", se implementan programas y estrategias tendientes a incrementar u optimizar todos los recursos existentes.¹⁵ Es así como, en salud se propone la Participación de la Comunidad como estrategia principal para llevar a cabo la Atención Primaria de Salud.

En 1977, los ministros de salud reconocieron como fundamental la participación de la comunidad para llevar a efecto los programas de salud. Entendiendo por comunidad al:

¹⁵ Vid: LA BELLE, *op. cit.*, pp. 180-82.

... grupo de personas que habita un territorio geográfico definido, que tiene intereses comunes y un sentido de pertenencia y que posee algún grado de organización, con instituciones y líderes que la representan. El número de personas en una comunidad puede ser de cincuenta a dos mil. En un medio urbano se identifican para los programas de salud como barrios y como aldeas en un medio rural. Este concepto se conoce también como comunidad de base. 16

Cuando se trata de definir las políticas y elaborar los programas, los planificadores se han enfrentado con una realidad diferente. Estos grupos de personas pueden tener orígenes étnicos y culturales diferentes y valores políticos y religiosos distintos. La comunidad o comunidades que se interrelacionan llegan a tener no sólo intereses divergentes sino hasta contradictorios, pudiendo no compartir un mismo objetivo para una actividad. 17

Y por participación se ha entendido "...al proceso de autotransformación de los individuos, en función de sus propias necesidades y las de su comunidad ..." 18

En el documento de Alma Ata anteriormente mencionado se hace el siguiente señalamiento:

16 GALLARDO, Leonel D. Algunas tendencias de la educación y participación comunitaria en salud en América Latina. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 09, No. 4, 1964, p. 315.

17 LÓPEZ LOEWE, Ricardo. Panorama de la educación para la salud en México. Serie: Materiales de apoyo No. 2. UAM Nochimilco, p. 2.

18 OPS. Extensión de los servicios ... op. cit. p. 486.

El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud (...) exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrollar mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar;" 10

Por ello para la OMS, la Estrategia de Participación de la Comunidad tiene como objetivo desarrollar un sentido de responsabilidad ante la salud individual y colectiva e incidir en el desarrollo en forma consciente y constructiva.

El interés de las Naciones Unidas por reconocer la participación comunitaria —aunque paradójicamente las comunidades han participado siempre de una u otra forma en la atención y cuidado de su salud— se centra en la necesidad de encontrar medios para sistematizarla, conocer a las comunidades y hacer que éstas se identifiquen con los servicios de salud y participen en la transformación de su propia comunidad a través de métodos innovadores, con ésto, evitar rechazo a modelos externos impuestos hasta entonces.

El discurso internacional otorga a todos los pueblos el derecho y el deber de participar en acciones de salud, sin

10 OMS. "Conferencia Internacional sobre ..." Op. Cit., p. 246

embargo no todos los países miembros de la OMS han desarrollado la democracia sanitaria, bien sea porque las condiciones socio-económicas han imposibilitado el ejercicio o porque las instituciones jurídico-políticas y la ideología del sistema han tenido como intencionalidad no permitirle o facilitarla. 20

2.5 Situación de salud en América Latina y el Caribe durante las décadas 70' y 80' en el marco de las políticas y estrategias mundiales de salud.

Las estrategias mundiales de salud han tenido diferentes resultados en los distintos países del orbe. En la Región de las Américas, los reportes cualitativos de 1978 demuestran que a pesar de los esfuerzos realizados, para esas fechas no se había logrado alcanzar las metas propuestas. 21

América Latina presenta una situación de salud muy diversa, incluso dentro de cada país los indicadores en la

20 Recordemos que la superestructura, si bien descansa en lo económico, también repercute en la infraestructura. Ésta juega un papel fundamental en el desarrollo de la sociedad. La ideología, a la vez que conlleva una relativa autonomía se encuentra articulada a los niveles económico y jurídico-político, ésta cohesiono las funciones y relaciones sociales e invade lo económico y lo político. está al servicio de la clase en el poder para preservar y reproducir las relaciones sociales. Vid: HARNECKER, Marta. *Los conceptos elementales del materialismo histórico*, pp. 87-95.

21 Vid: OPS, "Atención Primaria de salud en la Región de las Américas" *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. 84, No. 2, 1979, pp. 247-260.

materia tienen marcadas diferencias, debido a la clase social o a la región a la que pertenecen los habitantes. Además, cabe considerar que las estadísticas en algunos casos no son confiables o se encuentran incompletas, o bien, no son equiparables las fuentes de obtención de los datos en relación a las de otros países; algunas proceden de Registros Poblacionales y otras del Sector Salud,

Durante la década de los 70', La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en coordinación con la OMS impulsó el Plan Decenal de Salud, éste contenía propuestas para la reducción de incidencia de las principales enfermedades en América Latina, encontrándose para 1980 éxitos y fracasos, avances y retrocesos en relación a lo planteado, 22

Por ejemplo, países como "Costa Rica, Chile, Cuba, Panamá, Venezuela y el Caribe de habla inglesa ya habían logrado desde los años 60' importantes reducciones en los índices de mortalidad infantil", tendencia que continuó durante la década de los 80', 23

El caso más notable es Cuba, quien logró eliminar

22 Vid: DAHER, Ricardo (DIR). Anuario Latinoamericano: Liberación. Todo el año. 1983, p. H-5.

23 KLINGER, Irene. "Pobres y salud. Reflexiones sobre América Latina." Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol. 107, No. 5, noviembre de 1980, p. 459.

enfermedades como la poliomielitis y el paludismo en los años 70', y bajó considerablemente la incidencia de enfermedades como el tétanos, la gastroenteritis, la tuberculosis y el sarampión.²⁴ La conquista más grande de ese país hasta 1991, es haber alcanzado la reducción de la mortalidad infantil a 6 por cada mil nacidos vivos,²⁵ a diferencia de 1958, que era de 6 por cada cien nacidos vivos.²⁶

En contra parte, este mismo indicador en Perú en 1989 fue de 15 por mil en los barrios más ricos de la capital, pero llegó hasta 500 por mil en las comunidades de la región andina.²⁷

En Argentina, en 1976 la mortalidad infantil en la capital fue de 63 por cada mil nacidos vivos, pero en el interior fue de 200 por cada mil nacidos vivos.²⁸

Si bien es cierto que en algunos países la mortalidad infantil disminuyó durante el inicio de la década de los 80' --caso de Nicaragua--, las contradicciones políticas y sociales han provocado tendencias al aumento en los índices de morbi-mortalidad hacia finales de esa década.

²⁴ Vid: PRENSA LATINA. *Los países no alineados*, p. 217.

²⁵ Vid: S/A. "Cuba país del primer mundo en medicina. Afirma Fidel Castro." *La Jornada*, 10 de marzo de 1991, p. 29.

²⁶ Vid: PRENSA LATINA, *op. cit.*, pp. 217-218.

²⁷ Vid: KLINGER, *op. cit.*, p. 459.

²⁸ Vid: PRENSA LATINA *op. cit.*, p. 93.

La esperanza de vida al nacer también se vio aumentada en América Latina. en la década de los 70' era de 58,7 años, y en los 80' de 62,5. En México, como se anotó en el capítulo I, la esperanza de vida al nacer para 1981 era de 64,9 años, pero en Bolivia fue de 46 años. 20 Pero si esta cifra se se compara con la de América del Norte las diferencias son significativas: 70,6 y 73,0 para esas mismas décadas. 20

En lo que respecta a enfermedades prevenibles por vacunación, los países de América Latina y el Caribe continúan dando impulso y prioridad a "... la cobertura con vacuna DTP (difteria, tétanos y pertussis), por ejemplo, aumento de 17 a 52 % entre 1978 y 1986." 21

Pero las defunciones infantiles en América Latina causadas por enfermedades diarreicas es 42 veces más que en América del Norte en niños de 1 a 4 años; 74 000 niños, todas ellas muertes evitables. 22

El anterior indicador está estrechamente relacionado con otros dos: la desnutrición y el abastecimiento de agua potable y saneamiento básico. En el primero las disparidades

20 *Vid: Ibid.*, p. 121.

30 *Vid: DAHER, op. cit.*, p. H-6.

31 *KLINGER, op. cit.*, p. 400.

22 *DAHER, op. cit.*, p. H-7.

son grandes entre países, pero en general — como lo señala el informe de la OPS: *Las Condiciones de Salud en las Américas 1977-80*, 33 — sólo el 48 % de los niños menores de 5 años de América Latina tiene el estado nutricional "normal". De igual manera las deficiencias alimenticias, la anemia aguda presentada en mujeres embarazadas se calcula alrededor del mismo porcentaje. 34 Respecto al agua potable y al saneamiento básico, las diferencias en acceso e inversión en obras son más distantes entre el medio rural y el urbano. Pero a grandes rasgos, no poseían un retrete 4 de cada 5 viviendas en Honduras; 3 de cada 5 en Perú, El Salvador y México; una de 2 en Venezuela; y 2 de cada 5 en Chile, Brasil o Colombia. 35 Incluso en 1980 —según el informe antes mencionado— tres cuartas partes de la población latinoamericana no contaba con alcantarillado, es decir, 260 millones de personas; y 142 millones no tenían toma de agua domiciliaria ni fácil acceso al vital líquido. 36 Y ni que agregar sobre la epidemia de cólera que afecta a casi todos los países del continente, y su estrecha relación con los factores mencionados anteriormente.

Aunado a estos problemas de salud persiste la carencia de médicos por habitante y la desigual distribución de éstos

33 *Cit. por.:* DAHER, *op. cit.*, p. H-8.

34 *Vid.:* *Ibid.*, p. H-9.

35 *Vid.:* *Ibid.*, p. H-10

36 *Cit. por.:* *Idem.*

en las áreas rurales y urbanas y el costo de los servicios de salud,

La situación que viven algunas islas del Caribe, como Haití, Jamaica, Granada, Trinidad y Tobago, en estos renglones, es todavía más grave.

Los problemas de salud que enfrenta América Latina y el Caribe desde hace más de dos décadas, como se vio en párrafos anteriores son serios e indudablemente van de la mano con los problemas económicos y sociales que vive cada nación. Ya desde finales de los años 60' los planes económicos de desarrollo propuestos por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) fallaron en su intento por favorecer la redistribución del ingreso y lograr un crecimiento económico y con esto aumentar el nivel de vida de la población. Pero la crisis económica mundial, los desequilibrios internos y externos, la inestabilidad de precios, el desempleo, los bajos salarios, etc., fueron obstáculos insalvables que impidieron lograrlo. El ingreso per cápita anual se redujo de 1933 a 1782 dólares durante el periodo de 1980-1985, complicando aun más al problema.

Lo más grave es que pesa sobre los gobiernos de América Latina una gran deuda externa que los ha obligado a poner en

37 Véase KLINGER, *op. cit.*, p. 458.

marcha políticas financieras de ajuste o estabilización; reduciendo el gasto público y las inversiones, no hubo aumento significativo al salario, provocando un detrimento de la salud, vivienda, nutrición, educación etc. 38

No obstante que los indicadores son solamente datos, constituyen una forma de relación entre el sujeto y la realidad en el momento histórico y son, con todas sus limitantes, la evidencia empírica del éxito o fracaso de los programas encaminados a desarrollar las comunidades. En este sentido, es importante cuestionar las políticas propuestas para lograr las metas en salud en América Latina y el Caribe y considerar las estrategias para alcanzarlas. Y también reflexionar acerca de los efectos de estas sobre los programas de educación para la salud en el marco social y económico de la dependencia.

38 Vid: *Idem.*

CAPITULO 3 ATENCIÓN A LA SALUD EN MEXICO

3.1 Modelo de atención a la salud en México.

La organización de la atención a la salud en cada país se ve influenciada por los cambios políticos, económicos y sociales internacionales y por las particularidades de su proceso histórico. Pero independientemente de la estructura económica desarrollada por cada nación, metodológicamente, la organización de la salud se puede explicar a partir de tres diferentes modelos médicos: a) Modelo médico hegemónico. b) Modelo alternativo subordinado. c) Modelo de autoatención. Estos, en cada Sistema Nacional de Salud se encuentran

1 Compartimos con el antropólogo Eduardo Meréndez, la idea de que los modelos médicos son ... aquellas construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales suponen la consideración no sólo de la producción teórica, técnica e ideológica de las instituciones específicas --incluidas las curadoras--, sino también la participación en todas estas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento. MENENDEZ, Eduardo. *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*, pp. 84-85.

relacionados y articulados entre sí y no son excluyentes, aunque el primero de ellos es el predominante. Estos corresponden respectivamente a los mencionados en páginas anteriores; el institucional, el tradicional y el de autoatención.

Desde la corriente biológica, el modelo médico hegemónico es el reflejo social de entender la salud-enfermedad, es "... el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de entender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado." 2

Este modelo reconoce tres submodelos: el médico corporativo público (SSA, DIF, ISSSTE, Servicios médicos del DDF); el médico corporativo privado (IMSS, PEMEX, Servicios médicos de Ferrocarriles Nacionales, etc.); y el individual privado (clínicas y hospitales particulares). Equivalentes respectivamente a las instituciones asistenciales públicas, a organismos de seguridad social y a las instituciones privadas

2 MENENDEZ, *op. cit.*, p. 83

con caracter lucrativo. 3

Estos submodelos segun Menéndez, se caracterizan por presentar rasgos estructurales como: biologicistas, positivistas, de ahistoricidad, asocialidad e individualismo; tiende a la eficiencia pragmática, a la mercantilización (directa o indirecta), a la curación y la medicalización; practica la participación subordinada y pasiva de los consumidores; concibe al usuario de los servicios como ignorante; no acepta otras practicas curativas; tiene una estructura jerarquizada, burocrática y tiende a la centralización. 4

El segundo modelo, el médico alternativo subordinado, integra las practicas tradicionales de atención a la salud u otras como la homeopatía, quiropráctica, acupuntura, herbolaria, cuarandería, dianética, espiritismo, etc. Tiene una concepción global de los padecimientos y problemas, tiende al pragmatismo y a la ahistoricidad, practica una asimetría en la relación curador-paciente, pero tiende a la subordinación, y está legitimada en la comunidad. Estas practicas son opciones a cargo regularmente de grupos más o menos organizados en salud y algunos reciben apoyo de

3 Vid: MEXICO, COPLAMAR. *Necesidades esenciales en México: Salud*. Tomo 4, pp. 41-42.

4 Vid: MENENDEZ, *op. cit.* p. 87.

Organismos No Gubernamentales, pero existe una tendencia a la mercantilización y a ser subordinadas ideológicamente al modelo médico hegemónico, y cumplen una función alternativa y en ocasiones son de carácter complementario, 5

El último modelo, el de autoatención, es el realizado por la propia persona, familiares o algún miembro de la comunidad para prevenir, diagnosticar o atender la enfermedad. Es pragmático, existe una relación simétrica y homogeneizante entre el enfermo y el curador, tiene legitimación grupal y comunal basada en la experiencia. Las acciones que desarrolla este modelo van desde "no hacer nada" hasta la utilización de equipo de cierta complejidad. Este se practica en todas las sociedades; se puede decir que es realmente el primer nivel de atención, 6 es el establecimiento de acciones inmediatas para la solución de problemas médicos, por lo menos en forma provisoria. 7 En él se encuentran los grupos de autoayuda como Alcohólicos Anónimos, Neurotícos Anónimos, y otros de carácter terapéutico y rehabilitatorio.

5 Vid: *Ibid.*, pp. 88-89.

6 Vid: MENENDEZ, C.S. *Op. Cit.*, pp 89-90.

7 El modelo médico hegemónico cuestiona las prácticas de autoatención, como argumento para descalificar la autoatención. De alguna manera este hecho reduce la posibilidad de que los sujetos ejerzan una participación activa en la atención de su salud-enfermedad en la Atención Primaria, de esta manera se refuerza la tendencia hegemónica del modelo.

El primer modelo descrito, el médico hegemónico con sus tres submodelos, es el que predomina en América Latina para la atención de la salud-enfermedad. coexiste con los otros dos, es decir, el primero mantiene un dominio, los otros dos son alternativos. En México el modelo médico hegemónico es el característico.

3.2 Sistema Nacional de Salud.

El actual modelo de atención a la salud en México se define más claramente durante las décadas 70' y 80' como una respuesta a los procesos políticos mundiales de reordenar los recursos económicos y sociales incluidos los de salud,

No obstante el desarrollo acelerado y paralelo de servicios médicos con diferentes orígenes, directrices y universos a atender, nuestro Sistema Nacional de Salud queda conformado en 1985 por:

... las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local, y las personas físicas y morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, que 'tienen' por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud ..." 8

8 LOPEZ Acuña, Daniel. El Sistema Nacional de Salud de México y su marco de referencia. ¿Que es el Sistema Nacional de Salud?. Serie: Materiales de apoyo No. 5. UAM. Xochimilco, p. 27.

y evitar dispersiones, hacer más equitativa la prestación de los servicios de salud y legitimar el papel del Estado.

Este compromiso adquiere su sustento en la Ley General de Salud. La Secretaría de Salud queda como encargada de coordinar los sectores y vigilar el desarrollo del Sistema Nacional de Salud, de hacer efectiva la coordinación de actividades, la descentralización de los servicios y la modernización administrativa. Este Sistema, sostiene Cuauhtémoc Valdes Olmedo --Coordinador de estudios y proyectos de la Subsecretaría de Planeación de la Secretaría de Salud en 1985-- hará efectivo el derecho a la salud en la medida, entre otros aspectos, que se de una mayor participación de las comunidades en la planeación, prestación y evaluación de los servicios en función de sus necesidades específicas, o 10

p. 102. VALDES Olmedo, Cuauhtémoc. "Avances y perspectivas del Sistema Nacional de Salud. ¿Qué es el Sistema Nacional...?", op. cit., p. 37

10 El 3 de febrero de 1983 fue elevado a rango constitucional el derecho a la atención a la salud, así queda asentado en el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Si las posibilidades de que este postulado se cumpla por decreto son remotas --por lo menos en ocho años no se ha hecho realidad--. Como entender que un Sistema Nacional de Salud con todo y sus programas, lo haga efectivo por una decisión unilateral tal vez sea sólo como proyecto, o como señas (truncadamente Arnaldo Kraus respecto a la salud: "... ¿sirven las definiciones? en el contexto de un artículo, si, como intento para enmarcar porque algunos conceptos son más papel que realidad también. En KRAUS, Arnaldo. Decretos y salud la salud de los decretos." La Jornada, 20 de mayo de 1991, p. 9.

En la actualidad, (1991), el Sistema Nacional de Salud se encuentra lejos de ser un sistema único de salud, igualitario y gratuito, pero más lejos se encuentra aun de incrementar la cobertura de los servicios de salud, propiciar la participación de la comunidad y mejorar la calidad de salud. Se afirma lo anterior porque la disparidad y divergencia de los submodelos de atención no se resuelve con integrarlos alrededor de programas normativos únicos, si los primeros no están articulados entre sí ni tienen los mismos objetivos para la población que atienden.

Además existe una tendencia a fortalecer la medicina privada, a debilitar la atención a la población abierta prestada por los servicios de salud corporativos públicos (SSA, DIF, etc.) y los de seguridad social estatal (ISSSTE, ISSEMYN) y a fortalecer la subrogación de servicios que prestan las instituciones de seguridad social (IMSS, PEMEX, etc.).

3.3 Plan Nacional de Salud.

En la décadas de los 70' y 80' se generó una serie de planes y programas. Surgen de la necesidad del Estado mexicano de conservar y favorecer las instituciones, vencer

la crisis económica y política. Intentan recuperar el crecimiento y lograr cambios, recobrar la credibilidad del pueblo y de esta manera legitimarse a través de este tipo de propuestas. Ejemplo de ello es el surgimiento del Plan Global de Desarrollo 1983-1988 y en salud los Planes Nacionales de 1974-1976 y 1977-1983.¹¹ Durante los años 70' las acciones de salud se desarrollan concomitantes a las metas para alcanzar el desarrollo económico y social del país. En los 80' surgen las iniciativas de coordinar los servicios de salud a través de un Sistema Nacional de Salud, como se vio anteriormente.

Las acciones técnicas y administrativas se concentraron en lo que fue el Programa Nacional de Salud 1984-1988. éste más elaborado que los anteriores, quedó estructurado en cuatro partes: diagnóstico general; objetivos, metas y estrategias; programas de acción; y proyectos estratégicos y vertientes de instrumentación. Todas ellas tienen como propósito fundamental, hacer efectivo "el derecho a la protección de la salud".¹²

Durante la gestión del Presidente Miguel de la Madrid Hurtado (1982-1988), la política de salud se enmarca en el propósito de alcanzar una sociedad "más justa e igualitaria"

¹¹ MEXICO, COPLAMAR. *Op. cit.* p. 120.

¹² Vid: SOBERON, Guillermo; KUMATE, Jesús y LAGUNA, José. (COHPS). *La salud en México: Testimonios 1988. Fundamentos del cambio estructural*, Tomo I. p. 78.

con base en la democracia, de ahí el interés de aplicar la Estrategia mundial de Extensión de Cobertura y la Participación Comunitaria dirigida a los grupos vulnerables y acompañada de una política demográfica para frenar, de alguna manera, las demandas sociales y económicas de ese momento.

A finales de los 80', la política de salud se fundamentó en reordenar los servicios nacionales de salud, se impulsaron los Sistemas Locales de Salud (SILOS), como un "... medio para generar una mayor eficacia y eficiencia de los servicios." 13 con base en una planificación financiera más cuidadosa, priorizando los problemas de salud para brindar una atención más equitativa y apoyados en la filosofía de la Atención Primaria de Salud, Algunos Estados de la República como el Estado de México, han avanzado en el fortalecimiento de los SILOS, creando Jurisdicciones tipo o modelo; aunque actualmente se encuentran todavía en la fase de prueba.

3.4 Participación de la comunidad y educación para la salud en el Programa Nacional de Salud.

En el Programa Nacional de Salud la participación de la comunidad es considerada como una estrategia instrumental

13 KLINGER, Irene. Pobreza y salud. Reflexiones sobre América Latina. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol. 107, No. 5, noviembre 1987, p. 461.

para la consolidación del Sistema Nacional de Salud y poder cumplir con eficacia los programas del Sector Salud. Y a la educación para la salud, como un programa de acción para lograr la participación activa y consciente de los individuos en beneficio de su salud, la de su familia y de la comunidad. 14

Estas dos propuestas del Programa Nacional de Salud, fraguadas, una como estrategia y la otra como programa, engarzadas en todos los programas de salud, son los pilares fundamentales para la reflexión y análisis de este trabajo.

La Estrategia de Participación de la Comunidad dentro del Programa Nacional de Salud se conceptualiza como un instrumento técnico para lograr la aplicación de los demás programas de salud y poder fortalecer el Sistema Nacional de Salud. Esta consiste "... en procurar que la propia comunidad constituya un complemento operativo de los programas, asignándole tareas para que participe en la gestión de sus servicios con el fin de lograr un mejoramiento en su nivel de salud ..." 15 16 17 El programa afirma que cuando la

14. S&S: SOBERON, KUMATE Y LAGUNA, op. cit., pp. 27-28.

15. De hecho, durante el proceso de participación se usó se emplea instrumentos técnicos y administrativos para la ejecución de los programas, pero equiparar la función de la participación a una herramienta para alcanzar resultados, invita a pensar en la gran influencia que ejerce la idea de progreso técnico en todos los planos de la vida social desde finales de los años 60, y con ella la búsqueda de la

comunidad participa en la administración de los servicios de salud es posible obtener un mayor apoyo para ofrecerlos.

También se concibe a la participación de la comunidad como un proceso que debe ser promovido por las instituciones de salud mediante programas de organización de la comunidad, la capacitación de la población para el cuidado de su salud. El documento no aclara a cuáles programas de organización se refiere, pero bajo el contexto en el que está escrito el documento se infiere que son los programas de desarrollo de la comunidad, tendientes a mejorar las viviendas, carreteras, organizar servicios y promover acciones comunitarias. 10

eficiencia y la eficacia aplicada a los programas de salud.

16 Existen muchas divergencias respecto a qué se entiende por mejoramiento del nivel de salud. Algunos investigadores médicos continúan relacionándolo a los grados de salud o enfermedad. Otros se refieren sólo a las cifras generales promedio, como son la esperanza de vida al nacer o los indicadores de morbi-mortalidad. O bien, otros desde una perspectiva más amplia, lo analizan desde las formas de respuesta social al proceso de salud-enfermedad, al cómo se cubren las necesidades esenciales (vivienda, educación, salud, etc.), y que en conjunto éstas coadyuvan a elevar los niveles de vida, es decir, se conceptúa el nivel de salud como efecto cuantitativo y cualitativo de la forma de vida, con un origen multicausal e interrelacionado con otros factores.

17 Vid: MEXICO, COPLAMAR, *op. cit.*, p. [13].

18 Vid: MEXICO, PODER EJECUTIVO FEDERAL-SSA. Programa Nacional de Salud 1983-1988, p. 176.

19 Los programas de desarrollo de la comunidad serían aquellos que emplean una "... técnica social útil y eficaz para lograr ciertos objetivos tendientes a promover una nueva dinámica social que incorpore a la población como elemento activo en el proceso general de desarrollo." ANDER-EGG, Ezequiel, *Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad*, p. 48. Ciertamente dentro de estos mismos programas de desarrollo de la comunidad se produce un proceso de organización, en el que se promueven acciones

El Plan Nacional de Salud propone la organización de la comunidad como línea de acción "... obtener su colaboración para la construcción y mantenimiento de unidades de salud, y consolidar el carácter democrático de la gestión de los servicios." 20 Resulta interesante detenerse a analizar estos aspectos.

Respecto al primero, en México no es nueva la estrategia de organizar a la comunidad para que participe en la construcción de obras de beneficio social, especialmente de aquellas que utilizan la mano de obra de los habitantes de la comunidad. Es importante señalar y cuestionar cuales han sido los mecanismos utilizados para hacer que los miembros de una comunidad "participen" con su trabajo para la obtención de beneficios sociales y si efectivamente resultan suficientes los recursos de la comunidad para el mantenimiento de las instalaciones.

En relación al segundo punto, la consolidación de la democracia en la administración de los servicios de salud a través de la organización de la comunidad, tal vez pueda

colectivas, se reorientan instancias y capacita a líderes. No obstante para cumplir lo anterior, es necesario tomar en cuenta las necesidades de la población y proporcionar las condiciones materiales mínimas, técnicas y financieras para poder prestar mejores servicios de salud, extender las obras de saneamiento del medio y fomentar la educación para la salud.

20 MEXICO, PODER EJECUTIVO FEDERAL-SSA, *op. cit.*, p. 176.

entenderse de distintas maneras; como dejar que la población opine sobre algún aspecto del Centro de Salud, elegir a los promotores o directores del mismo, decidir sobre las cuotas de recuperación o la manera en que se va a colaborar para la construcción de la unidad de salud. Pero la organización de la comunidad no es un acto espontáneo ni se da solo mediante agentes externos, de hecho todas las comunidades cuentan con algún nivel de organización social, incluso las experiencias previas al respecto influyen en la toma de decisiones ante un nuevo programa.

En respuesta a estas líneas de acción las instituciones del Sector han creado comités de salud a cargo de promotores o clubes de madres en torno a centros de salud o clínicas. sus resultados no han sido los esperados como medio para agrupar a las comunidades en torno a objetivos de salud comunes, más bien estos se han concretado a ser el vehículo de introducción de programas de salud llamados prioritarios: planificación familiar, detección oportuna de enfermedades crónico-degenerativas y control de enfermedades transmisibles; que en no pocas ocasiones se han alejado del objetivo preventivo y de la participación y han tenido como único fin el de cumplir metas, sobre todo el de anticoncepción.

Por otro lado, en el planteamiento del Programa Nacional de Salud, respecto a la capacitación de la población para el cuidado de su salud, a esta actividad se le considera como una acción que "... permitira hacer frente a factores adversos a la salud mediante la modificación de la conducta individual y colectiva, a través de acciones simples efectuadas con recursos propios." 21 Para el cumplimiento de este se han promovido cursos entre la población a fin de prevenir, atender y curar padecimientos sencillos, o bien, se han dirigido a los comités de salud para que participen en actividades de salud y asistencia social bajo vigilancia de los promotores de salud de la comunidad. También se encuentran los innumerables cursos de capacitación a parteras empíricas del medio rural, Sin resultados convincentes.

Es importante resaltar el mecanismo propuesto para hacer frente a factores adversos a la salud: la modificación de conductas. El área de la salud no escapa a la influencia de la psicología conductista, el énfasis puesto en cambiar la conducta individual basado en métodos objetivos y programas prácticos, su reflejo en aspectos educativos se observa en la elaboración de planes técnicos rígidos y estructurales basados en objetivos operativos para lograr esa modificación de conductas no deseables, objetivos muchas de las veces

21 *Idem.*

desligados de las necesidades de la comunidad.

Incluso, hay programas de salud que excluyen el pensamiento reflexivo y crítico de la realidad social de los sujetos y las propias conductas tradicionales en salud que han sido benéficas para la comunidad; y en aras de alcanzar el cambio, son eliminadas en vez de rescatadas.

Junto con la capacitación de la población se encuentra la información a la misma, en esta última, el Programa pretende utilizar todos los medios de comunicación social para la divulgación de los aspectos de salud, desde las disposiciones legales hasta la información sobre la prestación de los servicios. A través de la información, impulsar la participación ciudadana para la detección de problemas de salud, planear, programar, ejecutar y evaluar los programas de salud mediante la consulta popular. ²² Implícitamente el Programa Nacional de Salud 1983-1988 otorga

²² Desde el Gobierno del Presidente Miguel de la Madrid, los Foros de Consulta Popular adquieren relevancia como medio para recoger los planteamientos y soluciones a los problemas de México y poder precisar las líneas de acción del Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988. Vid: MEXICO. PODER EJECUTIVO FEDERAL-SPP. *Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988*, p. 14. La campaña presidencial del Lic. Carlos Salinas de Gortari se fundamentó en esta práctica, para conocer los problemas y posibles soluciones del país, permitiendo a la población ejercer la democracia a través de la participación: exponiendo problemas, denunciando anomalías en el sistema burocrático, debatiendo, etc., como una forma de fortalecer el régimen político de México.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

a los ciudadanos el derecho a participar en los aspectos administrativos de salud, incluso a demandar más y mejores servicios.

El documento teóricamente no desarrolla qué tipo de participación podrán ejercer los sujetos. En los términos como se presenta, tal vez sea únicamente para resolver situaciones concretas ²³, pero a nivel macro, la participación de la comunidad es nula, no es la comunidad la que interviene en los aspectos de planeación, ejecución y evaluación de programas de salud y mucho menos participa en la toma de decisiones políticas en el área, o bien, ésta está limitada, condicionada o aparece como panacea para la solución de los problemas de salud.

Respecto a la educación para la salud, el Programa Nacional de Salud 1983-1988 señala que "... México no cuenta con una población suficientemente educada en salud," ²⁴ las acciones desarrolladas por las modalidades educativas formal y extraescolar no han sido suficientes para lograr una interacción entre la información y las prácticas individuales

²³ Tales como colocación de tomas colectivas de agua por parte de la comunidad, apoyo con trabajo para la construcción de algún Centro de Salud, asistencia a pláticas de promoción de la salud, uso de métodos anticonceptivos para planificar el número de hijos, etc.

²⁴ MEXICO, PODER EJECUTIVO FEDERAL-SSA, *Op. Cit.*, p. 207

y colectivas respecto a la salud. 25 26

A pesar del crecimiento en las tasas de escolaridad, el aumento considerable de los matriculados en todos los niveles educativos y el decrecimiento del analfabetismo en relación al total de la población en las dos últimas décadas 27, los mexicanos siguen padeciendo enfermedades cuyas causas son prevenibles, incluso con información básica en salud. Desde esta perspectiva a la escolarización y a las acciones educativas no formales se les asigna un papel fundamental en

25 *Vid: Idem.*

26 En este trabajo se entiende por modalidades educativas a aquellas formas a través de las cuales los individuos acceden a los conocimientos, habilidades, destrezas, valores y normas de la cultura. *Vid: LESA Hernández Cienarvan. "Acercas de la educación no formal." Revista Punto 21, No. 3, 1980, p. 28*

Retomando los conceptos de Esmeralda Ponco, se entiende por educación formal al: Proceso de enseñanza-aprendizaje planeado deliberadamente por el Estado a través de la política educativa y llevado a cabo por el sistema educativo público. Educación sistemática que se realiza en la escuela y que es ejecutada por el maestro, guiado por planes y programas. Educación no formal (sistemática) o extraescolar al: Proceso sistemático de enseñanza-aprendizaje, que se caracteriza por la planeación flexible y adecuada de los contenidos conceptuales y didácticos en relación con las características y necesidades de los educandos. No tiene una programación previa y general, se construye en relación con el grupo y sus necesidades. Y educación no formal (asistemática) o educación informal: "... al proceso espontáneo de enseñanza-aprendizaje que brota de la familia y la comunidad. Agentes esenciales son la familia y los medios de comunicación." *Vid: PONCE DE LEON Rosales, Esmeralda. Los marginados de la ciudad. La educación en la comunidad, pp. 124-125.*

27 *Vid: VALDES Olmedo, Cuauhtémoc y HAMUD Escarcega, Salomón. Salud y educación: Dos aspectos fundamentales del desarrollo nacional. Revista Salud Pública de México, vol. 28, No. 4, julio-agosto 1986, p. 308.*

la elevación de los niveles de salud. Ante esto las preguntas obligadas son: ¿por qué se da una imagen lineal de desarrollo a través de la educación? ¿Por qué a la educación formal y no formal (sistemática) se les hace responsables de asegurar en los individuos contar con elementos para el autocuidado de la salud? O bien ¿a quienes están dirigidos los programas de educación para la salud en la modalidad extraescolar?

El Programa Nacional de Salud no hace mención a las condiciones económicas, políticas y sociales donde se insertan los sujetos "insuficientemente" educados en salud, o quienes específicamente los que no tienen conocimientos e información sobre cómo cuidar su salud, menos aun, quienes no tienen las condiciones mínimas para vivir. En vista así la educación —léase escolaridad— sería un factor decisivo en la solución de los problemas sanitarios o una inversión. Pero la salud como otras necesidades son un producto determinado histórica y socialmente, y no un aspecto de la vida social que pueda ser cambiado mecánicamente con la elevación de un solo indicador.

Pareciera ser que los programas de educación para la

28 Según datos recolectados por el Consejo Consultivo del Programa Nacional de Solidaridad, en 1987 vivían en la pobreza extrema poco más de 17 millones de habitantes y otros 24 eran pobres. Es decir, la mitad de la población nacional no satisfacía ni siquiera el 60 por ciento de sus necesidades o no vivía con el bienestar mínimo. *La Jornada*, 5 de agosto de 1991, pp. 1 y 6.

la salud están dirigidos a grupos marginados a los "insuficientemente educados" en salud, a quienes la educación formal no alcanzó a "educar" o a quienes por su condición de clase no tuvieron la "oportunidad" de poner en práctica los "buenos hábitos" para vivir mejor, para poder disfrutar de salud.

En el Programa Nacional de Salud "... la creación de hábitos, costumbres y valores del individuo, promueve la formación de una conciencia de nuestros habitantes acerca de la importancia de su salud y la forma de preservarla a través de su participación individual, familiar y social." 20 Este carácter con el que aparecen los contenidos educativos de salud dan la idea de ser indispensables, neutrales, ajenos a alguna intencionalidad política e ideológica; quien podría objetar un objetivo para lograr salud. Justificados en una necesidad básica estos se deslizan hacia la imposición: cambiar conductas, prácticas e ideas de quienes no tienen comportamientos adecuados para vivir en salud, a quienes les falta conciencia sobre el valor de mantenerse en estado óptimo. Tal pareciera que la conciencia sólo se logra a través de aceptar sin objetar lo que los programas de educación para la salud dicen y hacerlo tal cual, como mero acto mecánico, irreflexivo descontextualizado, porque alguien

20 MEXICO, PODER EJECUTIVO FEDERAL-SSA, *Op. Cit.*, p. 207

dirige un mensaje, una orden en beneficio de todos. Si esto no sucede así, la responsabilidad recae sobre el sujeto, la familia o la comunidad por no haber participado, no haber aceptado esta condición para lograr salud; finalmente la educación para la salud cumplió su deber: decir el qué y como hacer, ofrecer un contenido de salud-enfermedad y haberlo transmitido.

También es característico de que en los documentos oficiales donde se plasman las políticas de salud se presenten como instancias autovalidadoras de sus discursos. Ejemplo de ello es la siguiente argumentación: la educación para la salud

...ha demostrado ser el único medio eficaz para alcanzar la autoprotección de la salud individual, familiar y colectiva, así como para optimizar el uso y aprovechamiento de los recursos que el Estado destina a tal fin. 30 31

Aunque a los programas de educación para la salud se les considere como el único medio para alcanzar salud y que de hecho juegan un papel importante para la elevación de los niveles de bienestar de la población y a la participación de la comunidad como fundamental para la la obtención de ese nivel de salud. 32

30 Las curativas son más.

31 *Ibidem*.

32 Vid: CHAVARRIA Morales, René. *Gaceta de la Facultad de Medicina*. Año XIV, julio 1968. p. 6.

La participación y la educación para la salud de la que habla el Plan Nacional de Salud de hecho contribuyen a fortalecer el modelo de atención a la salud en México. Y a pesar de las sugerencias para seguir una Atención Primaria de Salud persiste el rechazo a los saberes y formas tradicionales de atender la salud-enfermedad, e impera un tipo de educación directiva, vertical y tecnicada para alcanzar los objetivos de los programas en salud.

CAPITULO 4
EVOLUCION Y PROBLEMÁTICA DE LOS PROGRAMAS DE EDUCACION PARA
LA SALUD A TRAVES DE LA PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN
EN MEXICO (1970-1989)

4.1 Trayectoria de los programas gubernamentales de educación para la salud con participación de la comunidad en México de 1970 a 1989.

La educación para la salud ha estado ligada a la misma historia de la humanidad en su lucha por la supervivencia y por alcanzar mejores niveles de vida. También la forma de concebirla ha ido a la par del concepto de salud-enfermedad y del de educación en general. Su presencia en el capitalismo responde a la necesidad de la clase en el poder de atender la exigencias de salud de las grandes mayorías y de contar con un mecanismo ideológico mas, cuya influencia sobre ellas logre mantener y reproducir el sistema de producción dominante a través de la institución salud.

El contenido y orientaciones de la inicialmente llamada

educación higienica, años mas tarde educación sanitaria, y en nuestros dias educación para la salud. Tiene mucho que ver con el momento historico y el espacio concreto del sistema de relaciones sociales en el cual surge y se articula.

Durante las decadas 70' y 80', los programas gubernamentales de educación para la salud con participación de la comunidad se vieron influenciados por las políticas asumidas por el Fondo Monetario Internacional para el otorgamiento de creditos al país. Tanto en la presupuestación como en las directrices de los programas de salud. Los programas se vieron afectados por las medidas de reajuste en el gasto publico en salud, se dio prioridad a los que ayudaron a la reducción del crecimiento poblacional y se enfatizó en educar a la población en salud para alcanzar el desarrollo.

Acordes con lo propuesto por Organismos Internacionales de Salud surgen programas gubernamentales como los siguientes: Programa de Extensión de Cobertura de la SSA para

1. ERIC CARDACI Rodriguez, obra. Notas sobre la evolución histórica de la educación sanitaria en el capitalismo. Serie: Materiales de apoyo No. 3. UAM Xochimilco, pp. 4-ss.

2. Se entiende por programas gubernamentales de educación para la salud a aquellos en donde el Estado interviene financieramente y administrativamente determinando las orientaciones políticas de los programas. Serían instancias gubernamentales los servicios públicos de salud, los servicios de seguridad social y los servicios médicos afines a éstos, cuyo financiamiento en forma total o parcial es proporcionado por el presupuesto federal.

poblaciones de 500 a 2500 habitantes en 1971; Programa de Capacitación para Parteras Empíricas por el entonces IMPI entre 1970-1976; Programa de Desarrollo de la Comunidad del DIF en 1977; Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria IMSS-COPLAMAR con la formación de comités de salud y promotoras voluntarias; la implementación del Programa de Atención a la Salud a Población Marginada de las Grandes Urbes de la SSA en 1980; el Programa de Acción Sectorial en Materia de Medicina Preventiva y Medio Ambiente 1980-1985 ³; los programas de Educación Sexual y Salud Materno-infantil con énfasis en planificación familiar; Programa de Desarrollo Integral de Atención Primaria a la Salud en el Estado de México desde 1981; los programas dirigidos a trabajadores del Estado para capacitar promotores activos de salud promovidos por la Federación de Trabajadores al Servicio del Estado en 1985 ⁴; y los desarrollados en la campaña contra el SIDA y las adicciones.

En la educación formal, a raíz de la Reforma Educativa de 1975 y la Modernización Educativa iniciada en el presente sexenio, se integran contenidos en los libros de

³ Vid: SOBERÓN Guillermo; KUMATE, Jesús y LAGUNA, José (COHPS). *La salud en México: Testimonios 1988. Fundamentos del cambio estructural*, Tomo 1, p. 238.

⁴ Vid: GARZA Aquilar, Javier de la et. al. La participación de las instituciones del sector público en la educación para la salud. *Revista Higiene*, Tomo 2, No. 32, pp. 181-185.

texto gratuitos y en los programas escolares de todos los niveles. Con objeto de apoyar la resolución de problemas individuales y comunitarios en salud se incluyen temas específicos como prevención de enfermedades transmisibles, crecimiento y desarrollo, nutrición, higiene personal, farmacodependencia, educación sexual, saneamiento ambiental.

Los espacios de la educación para la salud no son solo geográficos: población rural o urbana que vive en comunidades o localidades que por su asentamiento fijo se facilita su agrupamiento para la participación en los programas; sino también sectoriales: población en riesgo o vulnerable por edad, clase social, actividad laboral, prácticas sexuales, etc. No obstante que toda la población tiene acceso a la educación para la salud, esta está dirigida a grupos marginados, oprimidos por el contexto de un país dependiente.

Qué se pretende lograr con educar en salud a estos

5 Véase: RANERO Juárez, Serato et. al. Investigación documental de educación para la salud en el sistema de enseñanza básica formal. Revista Síntesis de Investigación en Higiene escolar, Vol. 1, No. 2, pp. 159-182.

La educación para la salud en el ámbito educativo formal no constituye objeto de estudio en este trabajo pero se hace mención a ella por la gran importancia que reviste la escuela, junto con la familia, en el aprendizaje del cuidado de la salud y prevención de enfermedades, además porque el nivel formal lealtrina y refuerza la transmisión de contenidos, prácticas e ideología.

grupos y cómo se concibe su participación en ellos. Los mensajes de las campañas de los programas oficiales traducen una interesante gama ideológica de intenciones. Por ejemplo se asegura que la gente es sucia porque no está educada; que es necesario educar a la población para que lleve una vida sana; las personas se enferman porque son ignorantes. O bien. los mensajes de los medios de comunicación respecto a salud indican: "No tires basura, contamina"; "La salud es responsabilidad de todos, cuidémosla"; "pocos hijos para darles mucho"; entre otros. Incluso como señala en el capítulo anterior, se parte de que "... México no cuenta con una población suficientemente educada en salud ...". Si bien estas afirmaciones contienen elementos de verdad, cabe preguntar que se entiende por educar en salud.

Curiosamente la bibliografía sobre educación para la salud coincide con lo siguiente: el sanitarista Biocca afirma que "... educación para la salud es una especialización que persigue aplicar principios educativos para promover cambios de conducta con respecto a la salud en el individuo y la comunidad." a Manuel Sánchez Rosado al respecto señala: "... comprende los conocimientos y vivencias que determinan que

7 MEXICO, PODER EJECUTIVO FEDERAL-SSA. Programa Nacional de Salud 1984-1988. p. 207. *Ibid.* p. 79 de este trabajo.

8 FERRARA, Floreal A; ALEBAL, Eduardo y PAGANINI, José M. Medicina de la comunidad. Medicina preventiva. Medicina social. Medicina administrativa. p. 303.

las personas y los grupos humanos tomen conciencia sobre la salud y adopten conductas y hábitos favorables para la promoción, protección y restauración de la salud individual, familiar y colectiva." o La misma Norma Técnica de la Ley General de Salud en lo referente a educación para la salud la define como "... un proceso intencionado de enseñanza aprendizaje que promueve cambios en la conducta del individuo, la familia y la comunidad en beneficio de la salud

10

Ideas semejantes, ligadas a los programas de desarrollo de la comunidad, fueron las emitidas en la Reunión Técnica del Comité Regional de la OMS en 1981, que como parte de su marco conceptual define a la educación para la salud o educación comunitaria en salud como "... la serie de métodos, medios y técnicas dirigidos a obtener la amplia y decidida participación de los miembros de la comunidad para actuar en beneficio de su propia salud, la de su familia y la colectividad ..." 11. La tendencia que predomina en los medios internacionales de salud para definir a la educación de la comunidad en salud es como "... el conjunto de

9 SANCHEZ Rosado, Manuel. *Elementos de salud pública*. F. 157.

10 MEXICO, PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA. *Diario Oficial*, 18 de febrero de 1988, p. 00.

11 OPS. DISCUSIONES TECNICAS. "Educación comunitaria en salud: evaluación de los programas actuales, nuevas orientaciones y estrategias." *Boletín de Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. 90, No. 4, 1981, p. 290.

actividades de naturaleza educativa que se realiza en las comunidades como componente de los programas de salud y de desarrollo, para motivar a la población a participar en forma consciente en sus programas o actividades destinados a resolver los problemas que tienen tanto como como individuos o como grupo social." 12 O bien las que reciben influencia de la corriente estructural-funcionalista 13 y la definen operacionalmente como "... cualquier combinación de experiencias de aprendizaje diseñadas para facilitar las adaptaciones voluntarias de la conducta, que conduzcan a la salud." 14

El equívoco de dar definiciones conlleva a cerrar las posibilidades de entender las relaciones entre las abstracciones y la realidad, además se presta a ocultar con omisiones o ambigüedades los intereses de quien las emite. Las anteriores definiciones parten, implícitamente, de conceptos dados de salud y educación. Por un lado a la salud-enfermedad se le concibe como un fenómeno biológico y no como un hecho social e históricamente determinado y por otro, a la

12 Esta corriente metodológica al poner énfasis en las estructuras sociales y las instituciones, se orienta a explicar los hechos a partir de los fenómenos dentro del Orden existente y no en las contradicciones y conflictos de los hechos sociales como lo hace la corriente dialéctica.

13 GALLARDO, Leonel D. Algunas tendencias de la educación y participación comunitarias en salud en América Latina. *Boletín de Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. 06, No. 4, 1984, p. 315.

14 GREENE, Walter H. y SIMONS-MORTON, Bruce G. *Educación para la salud*, p. 30.

a la educación se tiene como un medio para cambiar conocimientos, prácticas y valores a través de ciertas técnicas, medios y recursos didácticos.

Educación en salud no equivale a brindar solamente información sobre el tema o a imponer conductas, hábitos y actitudes, sino a formar al individuo en y para la salud, preservar y fomentar las condiciones sociales para alcanzarla, orientar esfuerzos individuales y colectivos para transformar hechos y pensamientos que la obstaculicen o limiten.

En educación para la salud oficial, quienes dictan las orientaciones de los programas seleccionan el qué y a quiénes se les va a transmitir los contenidos en salud, perfilan a los sujetos idóneos para realizar la labor educativa, diseñan las actividades de participación en los programas, eligen a través de qué mecanismos técnico-didácticos se logrará el cambio de conductas respecto a la salud.

La educación para la salud en la comunidad o educación comunitaria en salud, tal como la plantean las anteriores definiciones y como es asumida en los programas gubernamentales, es un instrumento técnico para resolver la problemática de salud del individuo, la familia y la comunidad pero en forma desarticulada del resto de la

problemática social y educativa; tras la máscara del tecnicismo —digase métodos, técnicas didácticas, modernos materiales, sofisticados medios de comunicación y avanzados conocimientos sobre la conducta humana— ignora la función eminentemente social y de transformación de la salud-enfermedad y de la educación; de manera discursiva y hasta demagógica en ocasiones, pretende resolver los problemas de salud de la sociedad mediante la participación de los sujetos, cambiar los destinos de los "ignorantes en salud". Pero en realidad, para los programas oficiales, la participación en educación para la salud es entendida como la intervención en actividades no trascendentes que no afecten las estructuras dominantes.

Lo cierto es que a pesar de realizar actividades de educación para la salud, México no ha podido cambiar las conductas y las mentes de millones de campesinos, indígenas y colonos que viven carentes de servicios públicos, vivienda, empleo, educación, etc. No basta con decir a la población que tiene que hacer para estar sana, sino hay que asumir responsabilidades colectivas (estales, de la iniciativa privada, autoridades locales, población en general), para poner los medios, la infraestructura que contribuya a hacer efectiva la educación y la participación en salud.

Así como no se puede culpar al individuo por no preocuparse por fomentar su salud, por descuidarla, por enfermarse, tampoco se puede vivir sano sólo con propuestas cargadas de buenas intenciones que desconocen la realidad social. Se trata de analizar la problemática social del sujeto, de contextualizarlo, de reflexionar sobre el papel que cada uno juega dentro de un sistema social y económico, proponer alternativas viables para mejorar las condiciones de salud de la población, de que la educación para la salud contribuya a la transformación del hombre y de la sociedad y no sea un mero instrumento técnico.

El mismo Programa Nacional de Salud 1983-1988 señala que una de las causas de que los programas de salud no alcancen sus objetivos es "... el escaso desarrollo o ausencia de mecanismos orientados a promover la participación social para mejorar la calidad de vida y las condiciones del medio ambiente ..." 15 . por ello, el objetivo específico del Programa de Educación para la Salud gubernamental es lograr esa participación activa y conciente de los individuos en beneficio de su salud, la de su familia y la comunidad, a decir de este programa, la participación de la comunidad se convierte también en un instrumento ejecutor y fortalecedor

15 Vid: MEXICO, PODER EJECUTIVO FEDERAL-SSA. *op. cit.* p. 207.

de los demás programas de salud. En vez de concebirlo como un proceso dialéctico, transformador de la realidad salud, al verlo como un instrumento limita las posibilidades de analizar los problemas sociales a la luz de elementos metodológicos alternativos. Epistemológicamente no se plantea confrontar sus concepciones con la realidad concreta, sino que a la participación se le asigna la función de apoyo técnico, mera técnica que desvía la atención hacia aspectos no determinantes, no contradictorios del hecho educativo en salud.

Ante las limitaciones y carencias de mayoría de los programas gubernamentales en educación para la salud y participación comunitaria, algunas organizaciones populares y Organismos No Gubernamentales¹⁷ han propuesto programas alternativos de educación para la salud con planteamientos distintos respecto a la orientación, participación, ejecución

¹⁶ Vid: *ibid.*, p. 175.

¹⁷ Son Organismos No Gubernamentales todas aquellas instancias que tienen un status jurídico diferente a las creadas por los Gobiernos nacionales o las Organizaciones Internacionales Oficiales. Su funcionamiento proviene de cotizaciones internas, subvenciones o donaciones externas. Es precisamente ese carácter lo que les da una mayor posibilidad de concebir, planear y ejecutar sus programas de acuerdo a sus propias políticas. No obstante sus características se encuentran integrados al Sistema Nacional de Salud como un modelo alternativo. Estas, al igual que algunas Instituciones Gubernamentales, pueden recibir auspicios de organismos extranjeros como: OMS, OPS, BID, UNICEF, FAO, AID, la Fundación Millbank, Fundación Rockefeller, Fundación Kellogg, etc.

de actividades, ritmos e intensidades,

La mayoría de los Organismos No Gubernamentales o Asociaciones Civiles y sociales relacionados con el desarrollo de la comunidad en el área de la salud existentes en México tienen una antigüedad corta. Fueron creados, en su mayoría, durante los años 80' y su trabajo se vio fortalecido a raíz de los terremotos de 1985 en el seno de organizaciones populares en lucha por la vivienda. Algunos de ellos realizan directamente trabajo comunitario en salud en comisiones específicas, otros, asesoran o financian proyectos en salud en organizaciones populares. Las temáticas de sus programas educativos en salud son variadas, generalmente procuran cubrir las necesidades de los grupos a los que van dirigidos: fomento a la salud materno-infantil; información sobre SIDA, prevención y atención odontológica; impulso y fortalecimiento a la medicina naturista, herbolaria y otras medicinas alternativas; educación sexual; organización de comités de salud y capacitación de promotores; desarrollo de investigación en salud; etc. 18

18 Ejemplo de algunas organizaciones que trabajan programas educativos en salud son las siguientes: Asociación de Educadores Populares (CLASEP); Asociación Mexicana de Promotores de la Salud; Equipo Mujeres en Acción Solidaria (EMAS); Grupos de Estudio sobre la Mujer (GEM); Movimiento de Apoyo para Refugiados Salvadoreños (MAPRES); Mujeres para el Diálogo; Promoción de Servicios de Salud y Educación Popular (PRODUSSEP); Red de Grupos para la Salud de la Mujer y el Niño (REGSAMUNI); Salud Integral para la Mujer (SIPAM); Servicio, desarrollo y Paz (SEDEPAC); Equipo Pueblo; . . .

A diferencia de los programas gubernamentales, los no gubernamentales conceptualizan la participación como un proceso, los primeros esperan resultados y logros a corto plazo, los segundos se orientan generalmente por objetivos a largo plazo. Es común encontrar programas de educación para la salud con participación de la comunidad gubernamentales y no gubernamentales en el área rural y urbana y en ocasiones ambos se desarrollan paralelos. Generalmente los programas no gubernamentales aparecen ante el fracaso o la incapacidad de los primeros, o bien se convierten en una alternativa para atender los problemas de salud, pasan a desarrollar una actividad contrahegemónica ¹⁹ ante las políticas de educación para la salud del Estado.

4.2 Algunos alcances y limitaciones de la participación de la comunidad en educación para la salud.

La evolución de la medicina y del mismo concepto de salud-enfermedad, la creación de la estrategia de Atención Primaria de Salud bajo la influencia de las políticas económicas internacionales han hecho que la educación para la salud aparezca como una cuestión que tiene que ver más con el pueblo que con la ciencia y la tecnología médica, más con la

Unión Popular Nueva Tenochtitlán (UPNT); Unión Popular Centro Morelos (UPCM).

¹⁹ Toda posición ideológica subalterna en la lucha por alcanzar predominancia se convierte en contrahegemónica.

prevención que con la curación, sin embargo, en la práctica resulta lo contrario.

Si bien nuestro Programa Nacional de Salud considera la participación de la comunidad como una estrategia ²⁰, es decir, como un instrumento ejecutor de los programas de salud, no toma en cuenta el esenario económico y social en el cual se desarrollan las condiciones de salud del país. Falta hacer efectivo el carácter preventivo en la atención de la salud, permitir a los sujetos sociales participar en la planeación, ejecución y evaluación de los programas de salud.

Cuando a la participación de la comunidad se considera un proceso ²¹, un como la población reconoce sus problemas de salud, ésta comienza a actuar para resolverlos. Un primer paso en este proceso consiste en permitir que los dirigentes de la comunidad y finalmente todos los miembros de ésta empiecen a comprender que la salud y los servicios sanitarios no son la misma cosa, y por consiguiente, que la comunidad no debe confiar únicamente en la profesión médica para mejorar su nivel de salud," ²² las actividades subsecuentes varían de acuerdo a las propias necesidades de cada comunidad. Desafortunadamente los programas oficiales de salud imponen

²⁰ Vid: MEXICO, PODER EJECUTIVO FEDERAL-SSA. op. cit. p. 175.

²¹ Vid: RIFKIN, Susan B. "Participación de la Comunidad en la salud: Ideas de un planificador". Revista Contact, Manual No. 2, julio de 1982, p. 7.

²² *Idem*.

un modelo administrativo directivo rígido, característico de la Teoría de Sistemas, cuya aplicación homogénea en todos los casos y circunstancias "asegura" efectividad. En los programas de Organismos No Gubernamentales el desarrollo del proceso resulta más flexible gracias al financiamiento, la relativa autonomía y al compromiso político de quienes colaboran. 23

Independientemente de la inclinación hacia si la participación comunitaria en salud es una estrategia o proceso, la categoría de comunidad empleada por los programas gubernamentales para definir la participación comunitaria cuando se aplica en las localidades no corresponde, pues los individuos no comparten intereses económicos y culturales, y los programas de salud se ven afectados, además existen programas de educación para la salud que no tienen a la comunidad como tal, sino que son sectores de la sociedad; mujeres, inmigrantes, colonos, indígenas, homosexuales, niños, etc. Estos prácticamente quedan fuera del planteamiento teórico tradicional de comunidad en numero y características.

Si la definición de comunidad tipifica y restringe, el mismo hecho social del proceso educativo en salud es más complejo de como lo proponen las instancias gubernamentales.

23 *Ibid*, p. 7-ss.

resulta más pertinente hablar de una participación popular en educación para la salud, de una participación de los diferentes sectores sociales en la planeación de su proceso educativo en salud, de una participación democrática del pueblo para crear y recrear las condiciones de salud.

CAPITULO 5

EDUCACION POPULAR

5.1 Origen, trayectoria, características y tendencias de la educación popular.

La educación popular tiene como antecedente la Instrucción Pública, esta, surgida en Europa en el siglo XVIII ante la necesidad de impartir educación al pueblo para incorporarlo a la producción y al comercio, estuvo influenciada por las ideas de la Ilustración y su intención fue difundir la cultura de la época; propiciando que quien fuera "civilizado" abandonaría sus costumbres y tradiciones. Aunque a decir verdad, en América la educación popular existe desde mucho tiempo antes; ya en la época Colonial se realizaban ... actividades educativas y de capacitación artesanal ...² dirigidas a indígenas y mestizos. De hecho el pueblo siempre ha tenido formas organizativas para crear

¹ Vid: PUIGGROS, Adriana. "Instrucción Pública o educación popular de los adultos latino-americanos." *Revista de la UPN*, Vol. 3, 1966, p. 2.

² DIJK, Silvia van y DURON, Sandra. *Participando una experiencia de educación popular*, p. 20.

y desarrollar sus procesos educativos.

Es a principios de este siglo, con el desarrollo industrial, que surgen en América Latina organizaciones obreras que demandan educación política y sindical, es así como aparecen universidades populares y organizaciones encargadas de brindar capacitación política al proletariado industrial, o bien, surgen las llamadas misiones culturales,

En Latinoamérica la educación popular se va desarrollando como parte de una tendencia contrapuesta a modalidades educativas tradicionales dirigidas a sectores populares desde mediados de este siglo y se ha vinculado a diferentes corrientes socio-políticas de la Región. Primeramente, —como lo señala Antón De Schutter— en los años 50' surge como educación de adultos y forma parte de las políticas para alcanzar el desarrollo y favorecer la modernización de los países subdesarrollados, se abren escuelas para adultos orientadas hacia la alfabetización y la capacitación. Luego, en otro momento la educación popular aparece como supletoria, compensatoria de la educación formal —sobre todo del nivel básico— 4.

3 Vid: JARA Holliday, Oscar. "Conciencia de clase y método dialéctico en la educación popular." *Revista Textual. Análisis del medio rural*, p. 33.

4 Vid: DE SCHUTTER, Antón. *Investigación participativa: Una opción metodológica para la educación de adultos*, p. 22.

En esa década los objetivos de la CEPAL y la ALPRO no se logran. En vez de alcanzar con sus medidas político-educativas el tan aspirado desarrollo económico, la movilización de los distintos sectores, la integración del campesinado a la producción industrial y suplir los rezagos educativos de las grandes mayorías; surgen sectores marginados, cuyo atraso evidencia aun más la dependencia económica de los países latinoamericanos. Es entonces cuando los programas educativos se dirigen a integrar a la población marginal al desarrollo pero estos son esporádicos e inmediatistas y no toman en consideración el contexto socio-económico.

En los años 60' la educación popular se orienta hacia la institucionalización; la educación de adultos se integra al Sistema Educativo. se crean centros educativos extraescolares; se adecuan para el adulto, metodologías, contenidos, currículas; se desarrolla la andragogía⁵. A la par de las experiencias oficiales se desenvuelven prácticas educativas alternativas, con una concepción liberadora y concientizadora de la educación, estas se dirigen a los grupos populares bajo el objetivo de transformar la realidad social. Esta concepción educativa se desarrolla en diversos espacios como el político, social y religioso. Oficialmente

⁵ Vid: DE SCHUTTER, *op. cit.*, pp. 23-24.

se llevan a cabo también programas de alfabetización funcional y se pone énfasis en lo social y cultural. 6

Ya en los 70' la educación de adultos se adscribe a la educación permanente, cuestiona la educación tradicional, propugna por ayudar al hombre a "aprender a aprender", vincula al sujeto con su realidad social, pretende educar en y para el trabajo y desarrollar la comunidad. Las formas de educar al sujeto adulto se diversifican, aparece la educación abierta, la educación a distancia; igualmente los medios para transmitirla. Un elemento que es incluido a través de Organismos Internacionales de Educación es la participación. La Declaración de Nairobi propone: "... lograr la participación de los adultos, de los grupos y de las comunidades en la adopción de decisiones en todos los niveles del proceso educativo ..." 7. al adulto se le reconoce en este proceso de participación como un sujeto que puede guiar su propio proceso de aprendizaje, como un educador-educando.

Un factor decisivo en esta época es el movimiento popular latinoamericano en ascenso, a la par de este cobran fuerza las formas alternativas de educación para los sectores populares que desde los años 60' se habían gestado.

6 Vid: *Idem*.

7 Vid: *Ibid.* p. 20.

Formalmente surge la concepción concientizadora de la educación, las corrientes liberadoras y sociopolíticas, e se empiezan a hacer interpretaciones totalizadoras e históricas del hecho educativo, se utilizan nuevas categorías de análisis que dan un giro a la función de la educación; se propone deje de ser vista como transmisora o reproductora del sistema dominante y pase a ser un elemento crítico para la transformación de la sociedad.

En el contexto de las movilizaciones sociales los oprimidos, los marginados recobran la palabra, las clases subalternas asumen un papel activo en su proceso de lucha, conjuntamente se da la organización por alcanzar reivindicaciones en salud, educación, salario, vivienda, etc. Participan en ellas los diversos sectores de la sociedad, sindicalistas, colonos, campesinos, indígenas, estudiantes, comunidades cristianas de base. En esa búsqueda de un proyecto histórico alternativo la educación es incorporada al proceso de lucha social.

En la actualidad, debido a la trayectoria histórica de la educación popular resulta comprensible el hecho de que se le designe con los nombres de: educación de adultos, educación permanente, educación liberadora o concientizadora,

⁸ Véase GAJARDO, Marcela (CCOFP). Teoría y práctica de la educación popular, p. 11.

educación extraescolar o no formal, supletoria del nivel formal, educación asistémica, etc.; la práctica misma por ser tan heterogénea —alfabetización, educación básica para adultos, postalfabetización (incluyendo los niveles de especialización formal), capacitación para el trabajo, acciones de desarrollo de la comunidad, educación para la salud, promoción social y cultural e integración de la población marginal a la vida económica y social — hace que su percepción sea disímbola e irreductible.

La indefinición del término de educación popular —como lo señala Oscar Jara—, se debe tanto a los escasos trabajos de reflexión teórica como al hecho de que en nuestro continente han surgido una diversidad de prácticas educativas apegadas a la perspectiva de liberación. ⁹

Al margen de que a la educación popular pudiera buscarse una definición concreta y práctica ante cada circunstancia educativa, se puede afirmar que

"... desde la segunda mitad de los setenta, se viene caracterizando cada vez más nitidamente y en forma comprometida como una educación política que es una alternativa de desarrollo educativo de las clases populares frente a la educación burguesa; y como un instrumento estratégico de los movimientos populares para erradicar la hegemonía cultural y política de las clases dominantes. ¹⁰

⁹ Véase JARA, *op. cit.*, p. 63.

¹⁰ PICON Espinoza, César, Tendencias de la educación de adultos en América Latina. *Revista Autoeducación*, Vol. 3, No. 8, 1984, p. 10.

Por lo anteriormente expuesto, a la historia de la educación popular se le vincula estrechamente con los movimientos populares del continente Americano. Pero son los planteamientos de Paulo Freire, de una educación liberadora y de la concientización como proceso para el cambio y la transformación social, los que sirven de punto de referencia para caracterizarla como una tendencia educativa contrapuesta a las corrientes de educación de adultos (extraescolar, educación funcional, alfabetización) impulsadas hasta entonces oficialmente, con el objetivo de lograr el crecimiento económico. 11

En el análisis de las prácticas de educación popular se pueden distinguir dos tipos de elementos conceptuales: los pedagógicos y los contextuales.

Entre los elementos pedagógicos está la concepción de educación, de aprendizaje, la apropiación del saber, la práctica social y política, y los elementos metodológicos e instrumentales.

La forma como se concibe la educación en la educación popular se aleja en mucho de la concepción funcionalista

11 Vid: JARA, *op. cit.* p. 64.

Durkheimiana y la estructural funcionalista. 12 En cambio, para la alternativa popular es un proceso social, resultante y condicionante de las determinaciones sociales, desarrolla su propio proceso y no se restringe al aula, es crítica, tiene como base la reflexión-acción 13 y la intencionalidad de transformar la realidad.

El aprender se encuentra vinculado a al concepto de educación. Esta manera de interactuar con el mundo y la naturaleza modifica las formas de comprender y actuar de un individuo en aquellos aspectos que influiran para el enfrentamiento de una nueva situación sobre su medio social, sin que esto se refiera a la modificación de conductas

12 La tradicional definición sobre educación que muestra la postura de este exponente es la siguiente: "La educación es la acción ejercida por las generaciones adultas sobre aquellas que no han alcanzado todavía el grado de madurez necesario para la vida social. Tiene por objeto suscitar y desarrollar en el niño cierto número de estados físicos, intelectuales y morales que exigen de él tanto la sociedad política en su conjunto como el medio ambiente específico al que está especialmente destinado." DURKHEIM, Emile. *Educación y sociología*, p. 52. Para la corriente estructural funcionalista la educación tiene como función principal la de socializar al ser humano y formar la élite. Son la escuela y los medios de comunicación, entre otros, las instituciones propias para lecturar ideas, valores, tradiciones, etc. Por ello esta concepción de la educación resulta ser impositiva, domesticadora, bancaria, y ajena a los intereses populares, memorística, irreflexiva y acrítica. La educación popular es "... la negación de la enseñanza que practica el sistema." CERVANTES, Eduardo. *Educación popular y sociedad capitalista*, p. 43.

13 La unidad reflexión-acción es una práctica consciente y racional, es la dimensión que sique al diálogo y al cuestionamiento del objeto; es praxis.

planteadas por el conductismo. 14 El aprendizaje no es un acto memorístico, sino este "... buscar; impulsar un proceso de abstracción que permita llegar a descubrir las leyes históricas y los conceptos como herramientas teóricas para la interpretación y transformación de la realidad." 15

Si aprender es una forma de comprender y actuar, la apropiación del saber teórico y práctico, de pensamiento y acción, implica socialmente una capacidad, una manera de apropiación del saber generado. La educación tradicional refuerza la distribución de conocimientos y prácticas desigualitariamente, lo que la educación popular trata de eliminar, pugna porque sea el pueblo transformador de sus propios conocimientos. 16 El saber se convierte en una herramienta de liberación, y la educación una práctica política, porque esa distribución desigual del saber justifica el surgimiento de actividades educativas con carácter popular vinculadas a un proyecto social transformador.

La educación popular se desarrolla al intentar prácticas sociales y políticas, en estos términos, la educación pasa a

14 Vid: CENTRO DE ESTUDIOS ECUMENICOS. Cuadernos de educación popular, p. 10-11.

15 JARA, op. cit. p. 71.

16 Vid: CENTRO DE ESTUDIOS ECUMENICOS, op. cit. p. 12-14.

constituir una dimensión de la práctica social popular, transformandola a través de la crítica y fortaleciendo los mecanismos de participación democrática en la sociedad.

El último aspecto, el de las formas, las metodologías y las técnicas, en educación popular no es solo un problema técnico sino consecuencia de la participación de los sujetos en la transformación del objeto de análisis y reflexión crítica, de la apropiación de la realidad, o como dice O. Jara: " 'descender a lo abstracto, a la teoría' y 'ascender a lo concreto, a la práctica' " 17 . Tener como punto de partida la práctica, la que proporciona los datos sensibles; teorizar sobre ella ordenando lógicamente las percepciones; y regresar a la práctica ya enriquecida por descubrimiento de nuevas relaciones teóricas. Los aspectos didácticos expresan las relaciones igualitarias entre los miembros y son resultado de un aprendizaje grupal y participativo, coherente con las opciones sociales y políticas de los participantes.

Al examinar las prácticas de educación popular con el conjunto de acciones, hablamos de los elementos contextuales, de los sectores, de las masas, de la cultura, orientaciones y políticas de carácter popular. Si

17 JARA, *Ibid.*, p. 70.

La educación popular es popular no sólo porque sus actividades se realicen con sectores populares (cosa que también ocurre con la educación formal), sino porque se 'liga orgánicamente' con un proyecto social acorde con los intereses del pueblo. 18

¿que se entiende por popular? La categoría popular hace referencia como se señala en párrafos anteriores, a una situación de clase social, no solo a una categoría socioeconómica como sería "pobres", popular no es sinónimo de pobreza ni de comunidad; sino producto de la relación que se establece entre las clases sociales en un periodo histórico. Lo popular se refiere a una fracción de la sociedad amplia, a un conjunto de personas que tienen en común ser oprimido económica, social, cultural e ideológicamente; no es solo una comunidad de X número de habitantes que comparten un espacio, raíces culturales, o problemas semejantes, sino sectores sociales heterogéneos, con diferenciación interna. En el otro extremo de lo popular estarían los sectores antipopulares, los que explotan y dominan (aunque también sean un componente social o tengan un origen popular).

Por eso la educación popular

... no puede definirse fundamentalmente ni por la modalidad que asume como proceso educativo (extraescolar o no), ni por los métodos, técnicas o procedimientos

18 CENTRO DE ESTUDIOS ECUMENICOS, *op. cit.*, p. 19.

didácticos que utilice (seminarios, talleres, trabajo en grupos, medios audiovisuales, etc.), sino por el carácter de clase que tiene, por los intereses de clase a los que responde. 10

Los sectores populares se orientan a unificar sus esfuerzos en torno a sus necesidades comunes, a su conciencia de clase para crear una alternativa propia, popular, ante las expresiones hegemónicas. Esta alternativa educativa popular recoge la vida cotidiana de los sectores, su cultura, sus ideas, manifestaciones artísticas, formas organizativas a través del diálogo y la reflexión de la realidad, desarrolla una contrahegemonía histórica frente a los sectores dominantes.

En este proceso, los distintos sectores populares crean vínculos de solidaridad, de identificación mutua para resolver sus problemas y compartir proyectos afines. Esta articulación de intereses conlleva a construir el llamado movimiento popular, vehículo de organización y coordinación de los sectores que dan fuerza social y política a los mismos; es pues el movimiento popular un espacio para la educación con el carácter que hemos mencionado a lo largo del capítulo, y a la vez, el movimiento popular es generador de puntos de encuentro que estimulan la organización de los grupos populares.

10 JARA HOLLIDAY, Omar. Educación popular. Metodología dialéctica, p. 9.

La educación popular es una actividad política que forma permanentemente al sujeto con miras al cambio social, no es la política, que puede o no ser una práctica educativa. La educación popular es una herramienta de lucha, una actividad complementaria al accionar político que junto con otras dinámicas sociales populares conforman su eje.

El objetivo de la educación popular sería el de fortalecer y consolidar la conciencia de clase de los diversos sectores y el de proponer caminos liberadores en el marco de la lucha de clases.

Ciertamente al seno de la educación popular existe una compleja totalidad de controversias teórico-metodológicas. Los diversos principios, supuestos y contextos en los que se ha desarrollado han provocado falta de unificación y homogenización en el conocimiento sistematizado. El desarrollo histórico seguido por las distintas corrientes y autores exponentes hacen que la educación popular presente una disímula caracterización y un interesante abanico de tendencias para investigarla.

De acuerdo al Centro de Estudios Ecueménicos, el proceso educativo popular lo podemos caracterizar por:

- Estar relacionado con los procesos de transformación social

impulsados por el movimiento popular.

- Tener como punto de partida la realidad material del pueblo, su vida cotidiana, su historia, sus formas de opresión, su cultura, sus expresiones artísticas, su organización, sus formas de producción.
- Considerar al pueblo como autor de su propio proceso, popular y democrático, de transformación social basado en la praxis.
- Promover la recreación de las necesidades del pueblo y organización popular con base en el ejercicio de la democracia, y que junto con otras prácticas sociales desarrolle elementos de cambio.
- Estar orientado a que el pueblo se apropie en forma colectiva del conocimiento y prácticas para diagnosticar y evaluar su quehacer social y crear nuevas alternativas.
- Valorar el saber empírico popular de todos los sectores populares y reconocer que en la interrelación de todos los saberes se fortalece la identidad popular y el enriquecimiento de los procesos populares, 20

La investigadora Marcela Gajardo agrupa las tendencias de educación popular en tres. Las que conciben a la educación como un factor para promover el desarrollo económico social sin vistas al cambio de las estructuras, generalmente al

20 Vid: CENTRO DE ESTUDIOS ECUMENICOS, *op. cit.*, pp. 3-4.

amparo de programas gubernamentales, en este grupo podemos ubicar los programas oficiales de educación para la salud y participación de la comunidad mencionados en capítulos anteriores. En el segundo grupo estarían los que pretenden a través de una propuesta educativa el cambio estructural. Y por último, los que visualizan las prácticas educativas como esfuerzos sistemáticos para reformular relaciones de poder e ir cubriendo las necesidades de los sectores populares y fortalecer el movimiento popular. 21 En los dos últimos grupos participan por lo regular Organismos No Gubernamentales.

5.2 Educación popular en salud.

Entre los proyectos de educación popular se pueden encontrar los vinculados a la educación de adultos propiamente: alfabetización, primaria intensiva, capacitación sindical y laboral; los que relacionan con el desarrollo de la comunidad, la extensión cultural, el fomento a las artesanías, etc; y los de educación para la salud.

Si la educación popular "... alude a grupos y movimientos sociales que comparten una situación de dominio

21 Véase GAJARDO, *op. cit.*, p. 14.

social y económico." 22 La salud-enfermedad en el capitalismo dependiente se convierte para los sectores populares en eje de lucha, al igual que otras necesidades esenciales no satisfechas.

Los esfuerzos del Estado por cubrir las demandas de salud de la población no han sido del todo fructíferos, ni en aspectos curativos ni preventivos. A pesar de que existen programas con proyección nacional y en los últimos años se han puesto en marcha programas coyunturales para apoyar las políticas gubernamentales no se han mejorado substancialmente los niveles de salud de los sectores mayoritarios ni la educación para la salud promovida por ellos ha cambiado las prácticas que producen enfermedad. ni ha logrado que el pueblo participe decididamente.

Frente a esta situación, distintas organizaciones populares del país han desarrollado en este renglón instancias alternativas para responder a esa exigencia social. Sus programas de atención y educación para la salud, aunque subordinados al modelo médico hegemónico, han promovido la participación en forma local y propiciando de manera distinta la educación para la salud, sobre la base de analizar el contexto capitalista donde se da la

22 GAJARDO, *Op. cit.* p. 14.

problemática y luchar por alcanzar una transformación social.

5.3 Experiencias de educación popular en salud.

Son muchos y variados los organismos e instancias que promueven la educación popular y educación para la salud en América Latina. ²³ En México los programas de educación popular en salud, contrariamente a lo que pudiera pensarse, son numerosos. Es a través de sus planteamientos pedagógicos y educativos, sus políticas, objetivos, tácticas, estrategias didácticas, etc., como se pueden apreciar algunos elementos teóricos de la educación popular y como esta práctica se encuentra conformada en situaciones específicas.

Sirva de ejemplo la breve descripción de algunos programas que a continuación se presentan. ²⁴

²³ En Guatemala la Asociación de Servicios Comunitarios de Salud (ASECSA), con programas de educación de adultos en salud; en El Salvador, en las zonas liberadas por la insurgencia, programas de educación para la salud, atención médica y odontológica; en Honduras, el proyecto de salud con mujeres campesinas de la Organización Hondureña para el Desarrollo Integral; CISAS en Nicaragua; ALFORJA en Costa Rica; en Colombia PRO FAMILIA; en Perú, el Equipo Coordinador en Medicina Natural Popular; y en Argentina, el Instituto de Cultura Popular.

²⁴ No se pretende hacer un análisis de cada uno de los proyectos y programas sino más bien ilustrar, a través de lo que sus documentos informativos reflejan, las características de la educación popular en salud.

5.3.1 El Proyecto Piaxtla.

El Proyecto es un modelo de Atención Primaria a la Salud dirigido a campesinos de Sinaloa desde 1963. A partir de 1976 los lugareños del poblado de Ajoya atienden el 98 % de los problemas de salud a pesar de no contar con altos niveles de escolaridad. El proyecto ha sufrido modificaciones. Ha pasado de la atención curativa a la prevención, de la organización y acción comunitaria al cambio de factores políticos y sociales que afectaban la salud.

Han producido importantes materiales auxiliares para promotores populares en salud. Los dos libros más renombrados en el área son: *Donde no hay doctor* y *Aprendiendo a promover la salud*, en ellos se traslucen en forma práctica elementos teórico-metodológicos de la educación y salud desde un punto de vista popular y participativo. 25 Para el autor de las obras, David Werner, el movimiento popular en salud —o movimiento mundial de salud comunitario— "... aunque está descentralizado y sin coordinación (...) va más allá de cualquier doctrina rígida, religiosa o política ..." 26

Retoma la reflexión—acción de Paulo Freire, promueve el

25 Vid: FUNDACIÓN HESPERIAN. *Proyecto Piaxtla* y la *Fundación Hesperian*, tríptico informativo, s.p. y Cfr. con lo planteado en: WERNER, David y BOWER, Bill. *Aprendiendo a promover la salud*.

cambio social a través de la democracia. los métodos, las técnicas y la evaluación congruente basada en el respeto a las costumbres y tradiciones. El tipo de educador para la salud que propone es el de un facilitador del proceso educativo.

5.3.2 Programas de la Red de Grupos por la Salud de la Mujer y el Niño. (REGSAMUNI)

REGSAMUNI realiza una labor educativa principalmente con grupos populares de distintas organizaciones en lucha por la vivienda. Ofrece cursos y talleres sobre salud materna e infantil, produce el boletín: *Diálogos de salud popular*, mediante el informa a las organizaciones populares acerca de la problemática de salud del país y presenta temas sobre salud. Cuenta con guías nutricionales para la embarazada y el lactante con un enfoque alternativo de la salud-enfermedad apegado a las condiciones socio-económicas del medio rural y el urbano. Esta organización promueve la salud de la mujer y el niño en forma digna, cuestiona la atención de salud que ofrece la sociedad capitalista y propone alternativas de autogestión en salud a través de la formación de grupos de reflexión sobre aspectos de salud-enfermedad. 27

26 WERNER y BOWER, *op. cit.*, p. 3.

27 V.: REGSAMUNI. Boletín: *Diálogos de salud popular*, Nos. 2, 4, 6. Y ALVAREZ, Susana, *Guía nutricional para la mujer embarazada y lactante*, pp. 1-30.

5.3.3 Proyecto Salud Integral para la Mujer. (SIPAM)

Salud Integral para la Mujer. A. C. se plantea la búsqueda de alternativas posibles a corto, mediano y largo plazo para mejorar la salud física, mental y social de las mujeres con base en el cuestionamiento del modelo médico hegemónico²⁰, a las formas de legitimación expresadas en los programas y campañas oficiales en salud. El proyecto está dirigido a mujeres, por ser uno de los sectores más oprimidos en relación al género, que viven en zonas marginadas urbanas y que comparten junto con el hombre una problemática económica y social de clase subordinada.²⁰

Para SIPAM los ejes metodológicos son la autoayuda, la autogestión y la lucha social, es decir, la promoción de ayuda recíproca entre iguales en salud, mediante la generación de talleres (de preparación para el parto a mujeres embarazadas, formación de instructoras para el parto sin temor dirigido a promotoras de salud de organizaciones populares), en colonias, cooperativas, etc.

SIPAM produce un programa radial en Radio Educación llamado: "Dejemos de ser pacientes" donde se tratan temas de salud relacionados con la mujer. El proyecto tiene un sentido

²⁰ Vid: SIPAM, Autoayuda, autogestión y lucha política frente al modelo médico hegemónico. (reflexiones de SIPAM para el caso de México), (mimeo), 1980, p. 1.

²⁰ Vid: SIPAM, op. cit., p. 6.

politico de transformaci3n de la sociedad, y se encuentra relacionado no numerosas organizaciones populares y feministas.

5.3.4 Comisi3n de Salud del Plenario de Mujeres de la Uni3n Popular Nueva Tenochtitlan, A. C. (UPNT)

Esta comisi3n de la UPNT seala: que consciente de que forman parte del movimiento urbano popular y de mujeres en el pais; luchan por gestionar y obtener prestaci3n de servicios m3dicos para mujeres y ni3os, atenci3n digna y alimentaci3n subsidiada. Llevan a cabo un programa de prevenci3n del SIDA. Forman promotores en salud y participan en otras instancias.

Entienden la participaci3n popular como el ejercicio de la democracia, como el respeto a la voluntad ciudadana, el derecho al trabajo, a la vida digna y a decidir sobre su vida y su cuerpo. 30

5.3.5 Area de salud de la Uni3n Popular Centro Morelos, (UPCM)

La UPCM surge como organizaci3n a raz de los terremotos

30 Vid: UPCM, A. C. "Somos tantas las mujeres y hay tanto por hacer." Memorias del primer encuentro de mujeres de la UPNT. s.p.

de 1985, como parte de los movimientos autogestionarios de la sociedad civil por obtener reivindicación a sus demandas de vivienda, salud, educación, etc.

Esta organización popular promueve la participación ciudadana en todos los aspectos de la vida social bajo un programa de acciones que preparen a las capas populares a la lucha por el poder, a la apertura de espacios políticos, a la defensa de la concertación y la movilización popular y gestiona.

En coordinación con la Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco, la Unión ha brindado a lo largo de cinco años, atención médica y odontológica a los vecinos, cuenta con un consultorio de medicina general y uno dental donde se brinda la atención, y una vez al mes se ofrece el servicio de salud mental. El proyecto de salud no sólo abarca el aspecto curativo, sino que también los socios de la organización y los vecinos han participado en campañas de vacunación, se da educación para la salud para prevenir padecimientos como la diabetes, cáncer cervico-uterino, hipertensión arterial, etc. Y conjuntamente con el Centro de Desarrollo Infantil a su cargo han podido detectar enfermedades epidémicas, y con la Comisión de Mujeres se han impartido cursos de psicoprofilaxis obstétrica a mujeres

embarazadas. 31

5.3.6 Proyecto de educación Popular de la UAM Xochimilco.

Este proyecto de educación popular se llevó a cabo en una colonia suburbana de la ciudad de México en un lapso de cinco años por un equipo de investigadores de la UAM Xochimilco. El reporte del proyecto da cuenta de la experiencia educativa popular con mujeres alrededor de varias temáticas: mujer, vivienda, salud y otras,

El punto de partida de la investigación fue la práctica social en esa comunidad marginada. La metodología utilizada en la investigación fue la investigación participativa y la teoría fue la de la educación popular. éstas intentaron reproducir los hechos, las contradicciones y las prácticas; reelaborar teóricamente los planteamientos iniciales de la investigación. A lo largo de la investigación se sistematizaron prácticas, se rompieron esquemas rígidos de investigación e interpretación de la realidad; en el reporte se señala que fue el pueblo mismo el que realizó sus transformaciones, los aportes de esta experiencia educativa

31 Vid: UPCM. V Aniversario. *Informe de actividades realizadas en distintas áreas*, octubre de 1990, pp. 1-78.

con mujeres --de acuerdo con las autoras-- bien puede ser generalizable a todos los procesos educativos de carácter popular. 32

5.3.7 Programa de Encamamiento del IMSS.

Este programa experimental, realizado desde 1981 en el medio rural y áreas marginadas de zonas urbanas con recursos del IMSS 33, tuvo como objetivo readecuar estrategias en esas áreas, Parte del conocimiento popular y de las condiciones locales para promover cambios en la manera de afrontar la enfermedad y de actuar ante las causas que la originan. 34

El personal y los recursos materiales son ofrecidos por el Instituto. la comunidad coparticipa en el estudio diagnóstico del medio ambiente y de la situación de salud.

Rescata el conocimiento popular, se reflexiona sobre la problemática de salud-enfermedad encaminándola a promover acciones comunitarias, en la mejora de la vivienda y las

32 Vid: BUIK van, Silvia y DURON, Sandra. *Participando una experiencia de educación popular*, p. 13.

33 El reporte bibliográfico acota solamente un avance de la investigación, no menciona la fecha de término ni los resultados obtenidos.

34 Vid: VEJARANO M. Gilberto (COMP). *La investigación participativa en América Latina*, p. 204.

condiciones del medio.

5.3.6 Programa de Atención Primaria de Salud en el Estado de México.

Es de carácter oficial y desde 1981 se ha implementado en todo el Estado de México como Programa de Atención a la Salud. Este tiene como objetivo atender la salud de los habitantes con y en la comunidad en forma integral. La educación para la salud, para el programa, es una acción básica a desarrollar con la participación organizada de la comunidad. 35

La educación de la comunidad se hará con la participación activa de la misma. Bajo el mismo esquema de Freire (reflexión acción) se propone utilizar la estrategia "pensar-actuar-pensar" 36. El programa sugiere a los promotores de salud, realizar actividades integrales de educación; organizar pláticas, demostraciones, asambleas, debates, etc., para facilitar el aprendizaje en salud. 37

Por otro lado:

Pareciera que cualquier acción educativa con un número

35 Vid: BAZ DIAZ Lombardo, Gustavo. *Programa Operativo UAPS*. pp. 1-13.

36 Vid: MEXICO, SERVICIOS ESTATALES DE SALUD PUBLICA EN EL ESTADO DE MEXICO. *Programa de Desarrollo Integral en Atención Primaria de Salud 1985*. p. 52.

37 Vid: *Ibid*, p. 52.

considerable de asistentes es una practica de educacion popular, o donde estas participan, por el simple hecho de hacerlo estan ejerciendo la democracia en la vida social. No es la amplitud de la accion ni los metodos los que le dan el caracter popular a un proceso educativo, sino la finalidad.

Es comun encontrar en el discurso oficial en educacion y salud, la apropiacion de terminos y estrategias de la educacion popular que hacen aparecer a los programas como innovadores o progresistas. Ejemplo de ello lo tenemos en los dos ultimos programas descritos. Es importante, tambien, no descartar la posibilidad de que en el seno de las instituciones gubernamentales se puedan crear espacios y condiciones para el ejercicio de una practica educativa liberadora, aunque esta solo se daria en circunstancias muy particulares, y en el entendido de que no seria un hecho generalizable y permanente por razones estructurales.

Tambien pueden existir programas no gubernamentales cuyas acciones tiendan a seguir las mismas estrategias de los oficiales y donde la conciencia critica, la democracia, la participacion popular y el objetivo de liberar al hombre; pudieran o no estar presentes.

A pesar de la diversidad de orientaciones y funciones de

la educación popular —producto de los diferentes contextos en los que se ha insertado y los grupos impulsores— y los programas específicos. el punto coincidente sigue siendo lo popular de su práctica educativa. su connotación de clase social a la que va dirigida. el desarrollo de actividades a partir de la capacidad de los sectores populares para crear colectivamente opciones y alternativas de trabajo sin que éstos pierdan su identidad y su cultura. ³⁰ Más que ser la educación popular un modelo o una idea es un proceso de transformación social creado y desarrollado por el pueblo.

³⁰ Vid: DIJK y DURON, *op. cit.*, p. 22.

CAPTITULO 6

PARTICIPACION POPULAR EN SALUD

6.1 Movimiento popular y salud.

La movilización del pueblo en torno a la salud ha ido a la par de la lucha por otras reivindicaciones. En la búsqueda de alternativas para la salud, las organizaciones populares han confluído en frentes políticos y sociales para alcanzar mejores niveles de vida.

La defensa del derecho a la salud no responde a intereses territoriales de ciertas comunidades, sino que es una lucha social de todos los sectores que tienen de una u otra forma a la salud como una necesidad básica; desde colonos, mujeres, indígenas, campesinos hasta trabajadores de las diferentes ramas de la producción, pobladores rurales y urbanos, derechohabientes o no a la seguridad social y médica, etc.

En el movimiento popular se avanza en la definición de programas políticos alternativos en el área de la salud, donde esta también es un eje de lucha, ideológico y práctico. Se aprovecha la acumulación colectiva del conocimiento y las experiencias del pueblo —lo que podríamos llamar cultura popular en salud— y se proponen soluciones a los problemas de salud con participación y democracia. Incluso años atrás el movimiento popular llegó a apoyar la lucha de los trabajadores de la salud. 1

6.2 Participación popular.

Quando se habla de la categoría "participación" se refiere a modos, metas, proyectos y acciones de la práctica social y política.

Ya desde los años 70' la participación inició el camino hacia la legitimación social. El término se añade a la investigación, al proceso de planeación, a lo popular, a lo político; lo utilizan tanto sectores populares como instituciones oficiales. Aparece como un término diferente a

1 Véase RODRIGUEZ Ajenjo, Carlos y VITAL Galicia, José Antonio. "Las políticas de salud y las luchas de los trabajadores." Cuadernos políticos, No. 19, enero-marzo 1979, pp. 50-67.

promoción y movilización popular. 2 En ese momento, es más bien la interpretación de los sujetos y sectores populares en espacios y frentes de clase, la que le dan otro sentido.

Es la participación, punto de partida y meta del trabajo popular, de hecho es una conquista, cuando el pueblo participa; el pueblo decide su futuro. Si la participación es una necesidad y un derecho se justifica por sí misma y no por sus resultados. esta se aprende en el ejercicio de la práctica y la conciencia crítica, durante el desarrollo de un proceso de lucha de clases.

La participación popular —como lo señala Ruben Utría— :

...comienza con un lento y articulado proceso de 'toma de conciencia' por el cual los individuos y la comunidad adquieren una vivencia real de su situación y su destino en el universo social y político que les rodea, elaboran y definen una imagen de sus auténticos intereses y la enfrentan analíticamente al orden social, político y económico. 3

Tomar conciencia implica una acción orientada hacia ciertos objetivos sociales. Cuando se reflexiona, cuando se cuestiona, si es en aspectos de salud, se reconocen otras

2 Vid: RODRIGUES Brandão, Carlos. *Repensando la participación*, p. 21.

3 UTRÍA, Rubén D. *Desarrollo Nacional, participación popular y desarrollo de la comunidad*, p. 55.

necesidades asociadas que afectan la vida cotidiana; esta situación es condición y resultado de un proceso participativo.

Participar no es solo "formar parte de", si así fuera bastaría con asistir a las pláticas de educación para la salud, alcanzar las metas en los programas, o proporcionar consultas médicas a quien las solicite —tal como se hace en los programas oficiales de educación para la salud y participación de la comunidad—, es más bien "formar parte en", es decidir conjuntamente lo que se hará, quién, cómo, con qué, para qué, etc.

La participación debe ser activa, consciente, deliberada, organizada, decisiva. La que es impulsada la mayoría de las veces por las Instituciones Gubernamentales de salud es inducida y organizada aunque necesariamente no exista manipulación, pero no es transformadora y carece de conciencia crítica y voluntad para ejercerla. En las organizaciones populares es otra la forma de llevar a cabo la participación, son las bases sociales las que se convierten en objeto y sujeto del proceso,

Cuando el término participación se lo apropia el Estado, sobre todo en los discursos relacionados con el desarrollo

economico y los programas de promoci6n social, esta es mas lema que hechos. 4

Frente a los programas de educaci6n para la salud gubernamentales y no gubernamentales, seria interesante preguntar ¿para quien sirven o que persiguen? y ¿que efectos tienen sobre las relaciones de poder? De hecho al impulsar la participaci6n existe un objetivo, una direccionalidad de las intenciones y es precisamente en el que proponen --transformaci6n o no de las estructuras establecidas, conciencia critica para la resoluci6n a fondo de la problemática o panacea-- donde se contesta lo segundo.

La participaci6n en salud en el medio popular, debe partir del respeto al modo de vivir y pensar de los sectores populares, de los modos propios de organizaci6n social, de las creencias y tradiciones respecto a la salud-enfermedad de los grupos; no puede haber participaci6n si hay imposici6n de criterios para cambiar hábitos y conductas en salud; son quienes participan los que tienen el derecho a decidir que cambiar porque tienen la capacidad de reflexi6n-acci6n.

4 Hasta 1991, el Programa Nacional de Saludabilidad PRONASOL habia ejecutado acciones donde la participaci6n de la poblaci6n y el Estado habian hecho posible metas sociales. El programa ha sido objeto de controversias, respecto al momento coyuntural en cual surge. Y en mi opini6n la participaci6n no deja de estar signada por las estrategias del regimen salinista, como medio para ahorrar recursos y realizar obras sociales rezagadas sin efectuar cambios substanciales o estructurales.

La participación en una sociedad con espacios democráticos se convierte en un mecanismo imprescindible para el desarrollo de una conciencia crítica ante representaciones fenoménicas, la manipulación, el autoritarismo. El ejercicio de esta conciencia en la praxis fortalece la participación y crea nuevas formas de lucha.

Los modos de utilizar la categoría participación son divergentes y en ocasiones contradictorios. Esta, al ser utilizada tanto por grupos dominantes como por progresistas presenta una amplia gama de intencionalidades; para legitimar ideología o para transformar, para someter o debilitar el poder, para sostener estructuras o generar contradicciones,

6.3 Participación popular en educación para la salud.

No se puede concebir la participación en educación para la salud sin que esta esté inmersa en la educación popular. La oportunidad de educarse en y para la salud deberá estar vinculada a un proyecto alternativo de educación, donde la población participe de manera amplia y decisiva.

Es difícil asumir una idea diferente de participación cuando la fuerza de la costumbre y legalidad que ofrecen los

programas de educación para la salud oficiales se autodenominan como poseedores de la única verdad, actúan como elementos de presión para dictar la forma del contenido y los modos de la participación, una participación que en no pocas ocasiones es opuesta a los intereses populares, irreflexiva y pasiva, conceptual y prácticamente cercada por los márgenes de la acción territorial o numérica y no resultado del análisis de los sectores sociales con componentes heterogéneos y determinados por factores estructurales del capitalismo dependiente.

Lo anterior implica adquirir en la práctica educativa otros aprendizajes, no sólo relacionados con el proceso de formar parte en él, sino que el sujeto sea capaz de modificar las condiciones sociales que le afectan respecto a la salud-enfermedad.

6.4. Elementos del proceso educativo en educación para la salud basado en la participación popular.

La práctica de la educación para la salud en sectores populares ha sido una necesidad y un resultado de la búsqueda de transformaciones substanciales en el orden social, educativo y en este caso de la salud.

El compromiso de las organizaciones populares de crear otras alternativas educativas en salud ha llevado a recrear las concepciones del proceso educativo, los elementos que intervienen en él y su operatividad.

En general existe una coincidencia entre las organizaciones populares de impulsar, despertar, encausar y fortalecer el carácter creativo de los educadores y educandos para el cuidado de la salud personal y la de los demás. Se trata de fortalecer los valores de solidaridad, cooperación, desarrollo de la autoestima y el respeto al medio ambiente. Se parte de que los sujetos inmersos en un proceso de enseñanza-aprendizaje pueden desarrollar sus propias formas didácticas para alcanzar su objetivo.

Uno de los principales elementos del proceso educativo en salud es el de aprendizaje. Pero ¿qué se entiende por aprender? Aprender significa primeramente reflexionar acerca de las formas tradicionales de aprendizaje, en como todos nosotros hemos sido educados (y no únicamente respecto a nuestro cuerpo, a las formas de curar enfermos o acerca de la manera como hemos concebido la salud-enfermedad, sino también en el plano de la aprehensión de la realidad social) y como han influido sobre nosotros la escuela y otras instituciones en la forma de conocer e interpretar el mundo; significa

además apreciar y rescatar los saberes, la tradición popular en salud como forma de relacionarse con lo popular; y sobre todo aprender significa analizar el contexto económico, político, social, educativo y de salud donde se desenvuelve el proceso de aprendizaje en salud.

Aprender desde esta perspectiva conlleva a realizar un acto de alejamiento de las formas tradicionales de aprender y enseñar, a recorrer un camino crítico y reflexivo, a esforzarse por sacar ideas sobre lo observado y pensado, recordar las propias experiencias y descubrir por sí mismos el conocimiento.

En ese proceso de conocimiento la participación se hace presente, el sujeto social en colectividad decide qué quiere aprender acerca de su salud, qué es importante para ser analizado y qué hacer para incidir en la problemática social (demandar más y mejores servicios de salud, realizar acciones de saneamiento del medio, organizar acciones preventivas, crear comités de salud, etc.). El educando junto con el educador buscan alternativas de solución que se pueden llevar a la práctica para beneficio colectivo, los que

5. Generalmente en las asociaciones populares el educador es un miembro de la misma organización, no es personal expresamente dedicado a las actividades docentes ni asume el papel como lo haría en la escuela tradicional el maestro, sino que surge como coordinador, facilitador o animador del grupo, y comparte con él las experiencias de aprendizaje.

participan enseñan y aprenden simultáneamente. El proceso así concebido no se queda en memorizar o escuchar temas en salud ni tampoco en dar contenidos desde arriba para modificar conductas, sino que se convierte en un pensar accionado,

Implícitamente en el proceso de enseñanza-aprendizaje encontramos el método didáctico, este se establece a través del diálogo, de la recuperación de las experiencias populares; es un método dialéctico que tiene como punto de partida lo concreto, las experiencias en salud de la población,

Respecto a los materiales de apoyo para el desarrollo de la actividad educativa, se procura sean apropiados al método y adecuados a las circunstancias económicas y culturales del grupo, que sean los participantes quienes los elaboren, que se identifiquen con las representaciones gráficas o tridimensionales.

Cuando las actividades de aprendizaje se van desarrollando por el pueblo mismo resultan ser ingeniosas y prolíficas, con una mayor flexibilidad y apego a las condiciones materiales del grupo, Educación popular (en salud en este caso) no significa educación improvisada por dejarla en manos de sus actores, sino que los sectores

deberan estar abiertos a retomar aportes pedagogicos y didacticos para facilitarse su propio aprendizaje, sin que esto afecte a los fines de su proceso popular,

No por ser la educacion para la salud una educacion popular, se concibe como una educacion de segunda, tampoco porque es ofrecida fuera de las aulas y no existe obligatoriedad de asistencia para obtener un documento aprobatorio el proceso deja de tener planeacion, preparacion coordinacion de esfuerzos, no, su caracter de educacion no formal sistematica no hace que se pierda el aspecto organizativo de la labor educativa, solo que en este aspecto todos los involucrados participan, eligen, deciden acerca del lugar donde se realizara la actividad, acuerdan sobre la duracion y frecuencia de las acciones del proceso, elaboran el material didactico, se organizan para proveerse de los recursos materiales y financieros necesarios, y poner las condiciones para el desarrollo de lo programado,

En la evaluacion, para las modalidades educativas como cursos, talleres, seminarios, foros, etc, o balance de las actividades de las comisiones o de la organizacion, se tiene a la evaluacion como una forma mas del ejercicio de la democracia, son los participantes los que sugieren la forma de evaluar o ellos mismos la implementan, La evaluacion es

fundamental para el enriquecimiento de la práctica educativa, o

No con esto se pretende presentar a la educación popular en salud como una práctica sin defectos ni errores. de hecho uno de los problemas más difíciles que enfrenta es la carencia de sistematización teórica de su riqueza práctica que ha impedido su divulgación y evaluación en forma continua. A pesar de que muchas de las experiencias educativas populares en salud cuentan con aportes significativos no han habido mecanismos adecuados para su comunicación o en algunas otros proyectos se está tendiendo hacia las formas tradicionales de educar.

6.5 Investigación participativa en educación para la salud.

Las investigaciones realizadas en América Latina antes de los años 60' sobre educación, salud y otras realidades sociales, tienen una marcada influencia de la epistemología neopositivista; semejante a la orientación seguida por los programas de educación para la salud y desarrollo de la comunidad de esos años. Se aplicó el método científico

o Vid: WERNER, David y BOWER, Bill. *Aprendiendo a promover la salud*, pp. 24-27.

verificacionista como unico medio para alcanzar objetividad y neutralidad en el resultado de las investigaciones, negando así las contradicciones de los procesos sociales y los de las categorías de pensamiento.

En el esenario de esa tensa situación hegemónica hicieron su aparición contradiscursos, discursos y experiencias alternativas y contrahegemónicas, resistentes a aceptar pasivamente la tradicional visión dominante de las ciencias de la salud. En ese momento se hace más evidente la carencia de interpretación y explicación de la problemática social, educativa y de salud bajo esa metodología. Se abre la brecha entre las contradicciones y se da inicio al debate sobre la base de lógicas y métodos distintos como dialéctica, la reflexión-acción y la investigación participativa; se discuten y emplean categorías socio-históricas tales como: clase social, lucha de clases, hegemonía, educación-aeducación, ineducabilidad-educabilidad, educador-educando, dominación, salud-enfermedad, participación popular, etc. 7 Y se leen los procesos desde distintas perspectivas disciplinarias.

Los enfoques metodológicos funcionalistas de la investigación en ciencias naturales y sociales basados en

7 Vid: PUIGGROS, Adriana. Investigación alternativa y cuestiones epistemológicas en la pedagogía Latinoamericana. *Revista de investigación educativa*, Vol. 3, No. 4, p. 18.

supuestos e hipótesis causales, pusieron de manifiesto la inconsistencia de aplicar un cuerpo de conocimientos ya dados al problema observado, sus resultados no fueron ni han ido más allá de la descripción, la verificación o la parcialización de la realidad, porque el empleo del método verificacionista no confronta la realidad fenoménica ni recupera la empiria, no logra tensar ni criticar el cuerpo teórico, como tampoco explica o construye la teoría, e De ahí el surgimiento de otros enfoques teórico-metodológicos para investigar el hecho educativo en todas sus temáticas.

La investigación se considera como un procedimiento necesario para superar errores y conseguir la participación de las comunidades en la definición de sus medios y objetivos educativos, o Una alternativa para investigar los problemas educativos --entre ellos los de salud-- la conforma la

7 Si la teoría desde un punto de vista constructivista, no es la suma o la acumulación de conocimientos, no está edificada sobre la noción del sentido común ni es la representación de un conjunto de leyes experimentadas, sino que cumple una función diferente --y fundamental--: ... asegurar la ruptura epistemológica y concluir en el principio que explica las contradicciones, incoherencias o lagunas ... de la realidad, es decir, explicar y construir al objeto.

BOURDIEU, Pierre; CHAMBOREDON, Jean-Claude y PASSERON, Jean-Claude. *El objeto de sociología*, p. 49. La teoría debe cumplir también una función problematizadora del objeto de investigación, generadora de una metodología acorde con el estudio. En este caso es la teoría de la participación popular en educación para la salud.

o Vid: ARGUMEDO, Manuel Alberto. "Elaboración curricular y aprendizaje colectivo en la educación participativa. Educación y participación", pp. 30 y 75.

investigación participativa.

La metodología propuesta por la investigación no es neutra ni alejada de los procesos sociales como lo es muchas veces la investigación tradicional, sino grupal y participativa para confrontar las percepciones, conclusiones o procedimientos resultantes con la comunidad que vivió el proceso. 10

La investigación participativa es un procedimiento con preferencia de clase (a la oprimida), reconoce a los participantes como hacedores de la investigación. Aunque grupos oficiales también la han utilizado, y han desvirtuado sus propósitos originales, esta preserva su tendencia hacia las clases subalternas.

Se combina la investigación, educación-aprendizaje y acción, participan los beneficiarios como investigadores, como productores de conocimiento y evaluadores, de esta manera se promueve el cambio y la transformación. Y los investigadores externos se convierten en asesores metodológicos.

10 Vtd: BARQUERA G., Humberto y AGUILAR V., Rubén. La investigación participativa (una revisión sintética), p. 14.

Esta practica de investigacion ha sido utilizada en el area de la salud en el medio rural para el rescate de conocimientos sobre medicina tradicional en programas de desarrollo de la comunidad, incluso oficiales, recuerdese el trabajo de Aida M. Rodriguez. Investigacion participativa en el campo de la salud publica citado en el capitulo anterior. 11

Para las organizaciones populares en salud este tipo de investigacion es una alternativa de participacion de los sujetos en su propia realidad en beneficio de su organizacion, y una herramienta para sistematizar las experiencias.

11 C/r. con lo señalado en la página 61 de este trabajo.

CONCLUSIONES

Dar cuenta de un proceso de investigación no deja de ser una tarea difícil. Recapitular en unos cuantos párrafos lo logrado y vivido, los obstáculos y limitaciones, resultan éstos, por razones de espacio, insuficientes para exponer con amplitud todo lo que el objeto estudiado es ahora. Además porque a lo largo del desarrollo del trabajo surgieron numerosas ideas y experiencias, que sin tener una relación aparente con el tema de investigación, contribuyeron a enriquecer el proceso de búsqueda y descubrimiento.

Sin el ánimo de dejar concluido el tema investigado, presento los siguientes señalamientos:

La realización de investigación educativa por parte del

pedagogo en el área de la salud, cuando ésta ha estado orientada tradicionalmente por instituciones oficiales de salud, ha resultado por demás problemática, fundamentalmente por la restricción creada por los propios investigadores médicos para permitir la participación de este profesional, y porque cuando se ha involucrado en ese medio, las investigaciones han utilizado metodologías científicistas para el análisis de problemas socio-educativos, tal como se hace en las investigaciones de tipo médico-clínico.

Afortunadamente, desde hace algunos años las ciencias sociales han empezado a intervenir en el ámbito de la salud. Han abierto las posibilidades de cambiar concepciones cerradas de corte biologista enriqueciendo la interpretación, entre otros aspectos, del proceso salud-enfermedad en relación a lo social y a lo educativo; que hasta hace poco era estudiado únicamente por las ciencias naturales.

La utilización por parte de algunos investigadores sociales de la metodología dialéctica y del empleo de categorías económico-políticas al proceso salud-enfermedad significa la oportunidad de poder dar cuenta de las causas sociales de la enfermedad y presentar otras interpretaciones

al proceso. También da la posibilidad de leer la práctica médica desde diferentes dimensiones como lo es la pedagógico-educativa.

Los avances o retrocesos cuantitativos y cualitativos en educación para la salud responden a condiciones estructurales generales, es decir, a condiciones económicas, políticas y sociales que interactúan en el sistema capitalista dependiente, y no únicamente a decisiones individuales o fortuitas de quienes participan en el proceso educativo.

El hecho de que los países adapten, adopten o produzcan sus propios modelos y estrategias de educación para la salud como respuesta a disposiciones de Organismos Internacionales, lleva implícita una tendencia del pensamiento, sea esta idealista o materialista, en la que se resalta al sujeto o al objeto en el proceso de conocimiento e interpretación de la realidad.

Al analizar el discurso de los Organismos Internacionales de Salud sobre participación en educación para la salud, en un primer acercamiento al objeto, se puso en evidencia la parcialidad de los datos estadísticos, la

supuesta universalidad e historicidad de su teoría y lo subjetivo de sus métodos. A la luz de la dialéctica se encontraron otras alternativas teórico-metodológicas para la problematización y construcción del objeto.

Esta resultó ser una experiencia de investigación enriquecedora. Abordar la educación desde las proposiciones teóricas y metodológicas de la educación popular se tuvo la posibilidad de acercarse al problema de la producción del conocimiento en educación para la salud y de cómo el sujeto se apropia de él en el proceso de participación; y cómo desde la práctica de la educación para la salud se expresan y reflejan los principios teóricos de la educación popular.

El hecho educativo visto desde lo popular adquiere un carácter de clase social, de preferencia hacia los sectores oprimidos. se convierte en un proceso activo, reflexivo y crítico. Participar en él, implica desde esta perspectiva democratizar el proceso, y en salud, devolver a los sujetos sus propias acciones educativas en beneficio de su salud, y de esta manera dejar de ser consumidores y receptores de información u objeto de políticas integracionistas al desarrollo, que muchas de las veces son ajenas a las

necesidades de la población.

1

Se observó a lo largo de las lecturas biblio-hemerográficas como las concepciones sobre participación en educación para la salud han llevado a las Instituciones Oficiales a crear un aparato conceptual para legitimar los intereses de la clase dominante o del Estado o para justificar programas de participación comunitaria en salud desvinculados de la realidad o con contenidos parcializados.

Respecto a la teoría elegida, cabe reconocer que la educación popular ha tenido grandes aciertos y avances, pero también es innegable el hecho de que en su interior se han generado múltiples polémicas. Todavía existen vacíos teóricos, imprecisiones conceptuales, heterogeneidad en las prácticas y hasta diversidad de tipologizaciones que han llevado a mantener un constante debate teórico. Sin embargo, metodológicamente la educación popular sigue siendo un lugar de búsqueda, por los objetivos que persigue y por la concepción ideológico-pedagógica sustentada, que la convierten en un proyecto alternativo que puede ayudar a reinterpretar la participación en educación para la salud en

el espacio popular.

Por otro lado las acciones de educación para la salud promovidas por sectores populares aunque tienen claridad respecto al papel contrahegemónico en la sociedad, no han podido cobrar fuerza para convertirse en prioritaria dentro de la lucha popular, más bien son otras necesidades las que aglutinan a los sectores, como lo sería la lucha por la vivienda o el abasto.

Cabe aclarar que algunos proyectos de educación para la salud realizados por organizaciones populares han tendido a caer en los mismos errores de los programas gubernamentales. autoritarismo, pasividad, burocratismo, sistemas de enseñanza-aprendizaje verticales, etc., no basta con dirigir los programas a sectores oprimidos para que estos tengan el carácter educativo popular sino que tiene que asumirse una pertinencia teórico-práctica.

Otros han pasado desapercibidos a pesar del impacto para los involucrados, ha faltado sistematización de la práctica educativa popular como para continuar el proceso de construcción teórica.

La pedagogía, al igual que otras disciplinas sociales, ha tenido que luchar contra formas atrasadas de etiquetación y fraccionamiento del conocimiento cuando se hace investigación, más aun cuando se hace en salud. La tarea del pedagogo es difícil en este campo, pero es necesario continuar con la conquista de espacios que permitan hacer lecturas pedagógicas y educativas en otras dimensiones de lo social.

Considero que esta investigación aporta al tratamiento del objeto de estudio un enfoque diferente. Sobre todo por hacer el intento de alejarse de los cánones de la investigación tradicional, dejar a un lado los estudios de verificación y optar por inscribirse a una metodología cuyo punto de partida está en la construcción de relaciones de totalidad y no en lo aislado o lo ya dado. Se ve a la educación para la salud desde la educación popular y no desde la educación tradicional; desde las clases sociales y no desde los estratos sociales para lograr el desarrollo de la comunidad; de la participación activa, crítica y consciente y no desde la búsqueda de metas para los programas.

En fin, estos son los hechos que se fueron

modificando y transformando a lo largo del complejo proceso de explicar, construir y reconstruir la realidad social a través de la práctica de la investigación en salud desde la participación popular.

PRINCIPALES SIGLAS QUE APARECEN EN EL TRABAJO

AID, Agencia Internacional para el Desarrollo.
ALFORJA, Centro de Estudios y Publicaciones Alforja. (Costa Rica)
ALPRO, Alianza para el Progreso.
ANUIES, Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior
APS, Atención Primaria en Salud.
ASECSA, Asociación de Servicios Comunitarios de Salud. (Guatemala)
BID, Banco Internacional de Desarrollo.
CEA, A.C. Centro de Estudios Agrarios Asociación Civil.
CEE, A.C. Centro de Estudios Ecuaménicos Asociación Civil.
CEE, A.C. Centro de Estudios Educativos Asociación Civil.
CEPAL, Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
CREFAL, Centro Regional de Educación de Adultos y Alfabetización Funcional para América Latina.
CEUTES, Centro Universitario de Tecnología Educativa para la Salud.
CISAS, Centro de Información y Servicios de Asesoría en Salud. (Nicaragua)
CLASEP, Consejo Latinoamericano de Apoyo al Saber y Educación Popular.
CISE, Centro de Investigación y Servicios Educativos.
COPLANAR, Coordinación del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginales.
DDF, Departamento del Distrito Federal.
DIE, Dirección de Investigación Educativa.
DIF, Desarrollo Integral de la Familia.
DTP, Difteria, Tétanos y Pertussis (Tos ferina).
EDUCSA, Educación Comunitaria para la Salud. (Honduras)
EMAS, Equipo Mujeres en Acción Solidaria.
ENEP, Escuela Nacional de Estudios Profesionales.
EP, Equipo Pueblo.
FAO, Organización de Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación.
GEM, Grupo de Estudios sobre la Mujer.
IMPI, Instituto Mexicano de Protección a la Infancia.
IMSS, Instituto Mexicano del Seguro Social.
INCUPO, Instituto de Cultura Popular. (Argentina)
ISSEMYN, Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios.
ISSSTE, Instituto de Seguridad Social al Servicio de los

Trabajadores del Estado.
MD. Mujeres para el Dialogo.
MAPRES. Movimiento de Apoyo para Refugiados Salvadoreños.
OMS. Organización Mundial de la Salud.
OPS. Organización Panamericana de la Salud.
PEHEX. Petróleos Mexicanos.
PRODUSSEP. Promoción de Servicios de Salud y Educación Popular.
PROFAMILIA. Pro Familia. (Colombia)
PRONASOL. Programa Nacional de Solidaridad.
REGSAMUNI. Red de Grupos para la Salud de la Mujer y el Niño.
SEDEPAC. Servicio. Desarrollo y Paz Asociación Civil.
SIDA. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
SILOS. Sistemas Locales de Salud.
SIPAM. Salud Integral para la Mujer.
SSA. Secretaría de Salud.
UAM. Universidad Autónoma Metropolitana.
UDUAL. Unión de Universidades de América Latina.
UNAM. Universidad Nacional Autónoma de México.
UNICEF. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia.
UPCM. A.C. Unión Popular Centro Morelos Asociación Civil.
UPN. Universidad Pedagógica Nacional.
UPNT. A.C. Unión Popular Nueva Tenochtitlán Asociación Civil.
URSS. Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas.

APENDICE

DIRECTORIO DE
ORGANIZACIONES QUE PROMUEVEN
LA EDUCACION POPULAR EN SALUD EN MEXICO

ASOCIACION MEXICANA DE PROMOTORES
DE LA SALUD A. C.
20 de NOVIEMBRE Y JUAREZ
CENTRO DE SALUD
COLIMA, COL.

CENTRO DE ESTUDIOS Y ASESORIA EN
SALUD Y ASISTENCIA SOCIAL. CEASAS.
ROSA VULCANO # 81
COL. MOLINO DE ROSAS.
MEXICO, D. F.
TEL. 6 64 46 13

CENTRO DE ESTUDIOS ECUMENICOS A. C.
CEE. A.C.
YOSSEMITE # 45
COL. NAPOLES.
MEXICO, D. F.
TEL. 5 36 93 21

CENTRO NACIONAL DE COMUNICACION
SOCIAL. CENCOS.
MEDELLIN # 33
COL. ROMA. MEXICO, D. F.
TEL. 5 33 64 75

COMITE PROMOTOR DE INVESTIGACION
PARA EL DESARROLLO RURAL A. C.
COPIDER.

TABASCO # 262 DESPACHO 502
COL. ROMA.
MEXICO, D. F.
TEL. 5 33 24 91

COMUNICACION. INTERCAMBIO Y
DESARROLLO HUMANO EN AMERICA LATINA.
CIDHAL.
XOLA # 1454
COL. MARVARTE.
MEXICO, D. F.
TEL. 5 19 25 53

CONSEJO LATINOAMERICANO DE APOYO AL
SABER Y EDUCACION POPULAR. CLASEP.
AV. JUAREZ # 60 DESPACHO 601
CENTRO HISTORICO.
MEXICO, D. F.
TEL. 5 12 44 29

MUJERES EN ACCION SOLIDARIA. EMAS.
APARTADO POSTAL 21-318
COYOACAN.
C.P. 04000 MEXICO, D. F.

EQUIPO PUEBLO. EP.
FRANCISCO FIEL JURADO # 51
COL. INDEPENDENCIA.
MEXICO, D. F.
TEL. 5 39 00 15

MOVIMIENTO DE APOYO PARA REFUGIADOS
SALVADORENOS. MAPRES.
HILLET # 43-1
COL. INSURGENTES EXTREMADORA.
MEXICO, D. F.
TEL. 6 11 59 01

MUJERES EN ACCION SOLIDARIA. MAS.
SANTA MARIA LA RIVERA # 107-6
COL. SANTA MARIA LA RIVERA.
MEXICO. D. F.
TEL. 5 98 80 84

MUJERES PARA EL DIALOGO. MD.
CERRO DEL CUBILETE # 32
COL. CAMPESINOS CHURUBUSCO.
MEXICO. D. F.
TEL. 5 44 22 02

PROMOCION DE SERVICIOS DE SALUD Y
EDUCACION POPULAR. PRODUSSEP.
PATRICIO SANZ # 449
COL. DEL VALLE.
MEXICO. D. F.
TEL. 5 23 95 82

PROMOCION DEL DESARROLLO POPULAR
A.C. PDPAC.
TLALOC # 40-3 2o. piso.
COL. ANAHUAC.
MEXICO. D. F.
TEL. 5 66 42 65

RED DE GRUPOS PARA LA SALUD DE LA
MUJER Y EL NISO. REGSAMUNI.
AV. REVOLUCION # 1133-3
COL. HIXCOAC.
MEXICO. D. F.
TEL. 5 93 53 36

SERVICIO DE EDUCACION PARA ADULTOS.
SEDAC.
IXHIQUILPAN. HGO.
TEL. 91 772 3 07 17

SERVICIOS DE EDUCACION POPULAR
ASOCIACION CIVIL. SEPAC. A.C.
CASCADA # 537

COL. BAJIO,
MEXICO. D. F.

SERVICIO. DESARROLLO Y PAZ, SEDEPAC,
HUATUSCO # 30
COL. ROMA,
MEXICO. D. F.
TEL. 5 84 15 78

SALUD INTEGRAL PARA LA MUJER. SIPAM
PROLONGACION 5 DE FEBRERO # 1374
3er. piso.
COL. SAN SIMON.
MEXICO. D. F.
TEL. 6 74 24 47

UNION POPULAR AMANECER DEL BARRIO
ASOCIACION CIVIL. UPAR. A.C.
PELUQUEROS # 72
COL. MORELOS.
MEXICO. D. F.
TEL. 7 02 51 12

UNION POPULAR CENTRO MORELOS
ASOCIACION CIVIL. UPCM. A.C.
SANTA ROSA # 70
COL VALLE GOMEZ.
MEXICO. D. F.
TEL. 7 59 09 02

UNION POPULAR NUEVA TENOCHTITLAN
ASOCIACION CIVIL. UPNT. A.C.
ZAPOTECOS # 7 bis
COL. OBRERA.
MEXICO. D. F.
TEL. 5 78 13 01

FUENTES DE INFORMACION

EDUCACION

- AGUILAR Valenzuela, Ruben. "Educación popular y cambio de estructura." (*Mimeo*) Programa Educativo para Adultos en el Valle del Mezquital, Hgo. México, Fomento Cultural y Educativo, A. C. s/f., pp. 29-33.
- ALBA, Alicia de (COOP). Teoría y educación. En torno al carácter científico de la educación. México, CESU-UNAH, 1990. 177 p.
- _____. (COOP). ¿Teoría pedagógica? Lecturas introductorias. México, CESU-UNAH, 1987. 395 p.
- ARGUEDO, Manuel Alberto. "¿Qué es educación popular?" *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos*. Vol. XV, No. 3, México, pp. 127-137.
- AYZANO, Gerardo. et. al. 7 Visiones de la educación de adultos. 2a. ed. México, CREFAL, 1984. 208 p.
- AZCUETA, Miguel. "Práctica de la educación popular." *Revista Autoeducación*. Vol. 5, No. 14, Perú, 1985, pp. 59-62.
- BARQUERA G., Humberto y AGUILAR V., Ruben. *La investigación participativa. Una visión sintética*. Cuadernos del Centro de Estudios Agrarios A. C. México, CEA, A.C., s/f., 45 p.
- BARREIRO, Julio. *Educación popular y proceso de concientización*. 11a. ed. México, Siglo XXI, 1986. 161 p.
- BARRON Tirado, Concepción; HERNANDEZ Andrés, Veronica y GONZALEZ Moreno, Ana Ma. (COPHs), *Desarrollo de la comunidad*. Selección de lecturas, México, ENEP Aragón, 1985, 368 p.
- BELGICA, SECRETARIADO GENERAL DEL MIJARC. *Educación y concientización*. Cuadernos: *Liberación*. México, Secretariado Social Mexicano, s/f., 40 p.

- BROCCOLI, Angelo.** Antonio Gramsci y la educación como hegemonía. 2a. ed. México. Nueva Imagen, 1979. 319 p.
- CANTON, Patricia y SAMYER, Ron.** "La educación no formal de adultos: Algunos conceptos básicos para la promoción de la participación popular en el desarrollo social." *Revista Interamericana de educación de adultos*. Vol. 6, No. 1. México, 1983. pp. 44-57.
- CARDACI, Dora.** Notas sobre la evolución histórica de la educación sanitaria en el capitalismo. Serie: Materiales de apoyo No. 3. México. UAH Xochimilco, 1985. 40 p.
- CARNOY, Martín.** La educación como imperialismo cultural. 2a. ed. México. Siglo XXI, 1986. 161 p.
- CASTILLO Ríos, Carlos.** "Incongruencias de la educación latinoamericana con la realidad social y una alternativa de educación popular." *Revista de estudios sobre la juventud*. No. 2. México, 1984. pp. 11-20.
- CENTRO DE DOCUMENTACION E INFORMACION CREFAL.** "Notas y comentarios en torno a temas sobre la marginalidad en América Latina." *Revista Educación de Adultos*. Vol. 1, No. 3. enero-marzo, México, 1978. pp. 46-54.
- CENTRO DE ESTUDIOS ECUMENICOS A. C.** Cuadernos de educación popular. Colección educación y comunicación popular. México. CEE A.C., s/f., 103 p.
- _____. Orientaciones políticas de la educación popular. No. 5. México. CEE A.C., s/f., 30 p.
- CENTRO DE ESTUDIOS EDUCATIVOS, A. C. et. al.** Educación en América Latina: Avance o retroceso? Colección de estudios educativos. No. 7. México. CEE A.C., 1982. 411 p.
- _____. et. al. Perspectivas de la educación en América Latina. México, CEE A.C., 1979. 381 p.
- CERVANTES, Eduardo.** Educación popular y sociedad capitalista. Colección Teoría de la educación popular. Mezahualcóyotl, México. Taller de Impresiones Populares, 1977. 97 p.

- CONSEJO DE EDUCACION DE ADULTOS DE AMERICA LATINA.** *Los marcos del saber "Educación de adultos, desarrollo y paz. Informe de la Asamblea Mundial de Educación de Adultos. Noviembre 22-30 de 1985 en Buenos Aires, Argentina.* Chile, CEAL, 1985. 124 p.
- CHIROQUE, Sigfredo; CUSSTANOVICH, Alejandro y DAGNINO, Julio.** "Hacia una tecnología educativa popular" *Revista Autoducción.* Vol. 3, No. 9, Peru, 1984, pp. 65-68.
- DIJK, Silvia van y DURON, Sandra.** *Participando una experiencia de educación popular.* México, UNAM Xochimilco, 1986. 322 p.
- ESCOBAR Guerrero, Miguel.** "La educación de adultos: otra estrategia del sistema capitalista." *Revista Foro Universitario.* No. 24, noviembre de 1984. México, UNAM. 1984, pp. 43-45.
- _____, (COMP). *Paulo Freire y la educación liberadora.* Biblioteca pedagógica, México. Ediciones el Caballito-SEP, 1985, 160 p.
- FAURE, Edgar, et. al.** *Aprender a ser. La educación del futuro.* Colección Alianza Universidad No. 33, 6a. ed, México, Alianza Editorial-UNESCO, 1978. 426 p.
- FOLLARI, Roberto, A.** "Promoción sociocultural: Teoría y relaciones con la educación popular." *Revista Foro Universitario.* Vol. 4, No. 47, México, UNAM, 1984. pp. 57-62.
- FREIRE, Paulo.** *¿Extensión o comunicación? La concientización en el medio rural.* 9a. ed, México, Siglo XXI, 1979, 108 p.
- _____, *La educación como práctica de la libertad.* 25a. ed, México, Siglo XXI, 1980, 245 p.
- _____, *La importancia de leer el proceso de liberación.* 5a. ed, México, Siglo XXI, 1987, 176 p.
- _____, *Pedagogía del oprimido.* 25a. ed, México, Siglo XXI, 1980, 148 p.

- GAJARDO, Marcela (COMP). *Teoría y Práctica de la educación popular*. México, CREFAL, 1988, 529 p.
- GOMEZ Campo, Victor Manuel, "Estructura económica y estructura educativa: dos grandes marcos de interpretación," *Revista de Educación Superior*, No. 41, México, pp. 203-230.
- GOMEZ, Marcela y PUIGGROS, Adriana (COMPS). *La educación popular en América Latina. Antología*, Vols. 1 y 2. Biblioteca Pedagógica, México, Ediciones El Caballito-SEP, 1986, 156 y 157 p. respectivamente.
- HALL, Budd y STOCK, Artur, "Tendencias de la educación de adultos desde 1972," *Revista Perspectivas*, Vol. XV, No. 1, s/l., 1985, pp. 13-27.
- IBARROLA, María de (COMP). *Las dimensiones sociales de la educación*. Biblioteca Pedagógica, México, Ediciones El Caballito-SEP, 1988, 159 p.
- JARA Holliday, Oscar. *Educación popular. Metodología dialéctica*. (Mimeo). Costa Rica, ALFORJA, s/f., 27 p.
- _____, "Conciencia del clase y el método dialéctico en la educación popular," *Revista Textual. Análisis del medio rural*, Vol. 3, No. 11, marzo 1982, México, Universidad Autónoma de Chapingo, 1982, pp. 62-80.
- LABARCA, Guillermo (COMP). *Economía política de la educación*. México, Nueva Imagen, 1980, 397 p.
- _____, et. al. *La educación burguesa*. 4a. ed. México, Nueva Imagen, 1981, 341 p.
- LA BELLE, Thomas J. *Educación no formal y cambio social en América Latina*. México, Nueva Imagen, 1980, 288 p.
- LATAPI, Pablo, *Tendencias de la educación de adultos en América Latina*. Cuadernos del CREFAL, No. 17, México, CREFAL-UNESCO-OREALC, 1984, 87 p.
- LEONARDO, Patricia de (COMP). *La nueva sociología de la educación*. Biblioteca Pedagógica, México, Ediciones El Caballito-SEP, 1986, 156 p.

- LESA Hernández, Clenarvan, "Acerca de la Educación no formal." *Revista punto 21*, No. 3, Chile, 1980, pp. 28-30
- LEWIN, Helena, "Reflexiones sobre la educación de los adultos como una práctica social de Estado." *Revista latinoamericana de estudios educativos*, Vol. XIV, No. 3, México, pp. 67-84.
- MARTIN, Gonzalo, "La educación popular definición y línea," *Revista Autoeducación*, Vol. 3, No. 6, Perú, 1983, pp. 14-16.
- MEDINA Echavarría, José, *Filosofía de la educación*, Reseñados, 7a. ed, México, Siglo XXI, 1981, 323 p.
- MOLINA, Alicia (COMP), *Diálogo e interacción en el proceso pedagógico*, Biblioteca Pedagógica, México, Ediciones El Caballito-SEP, 1985, 156 p.
- MONDRAGON, Rafael y DENEKER Molina, Carlos, *Participación popular en Nicaragua*, México, Claves Latinoamericanas, 1986, 176 p.
- PEREZ Alarcón, Jorge y SCHOGURENSKY Lisenberg, Daniel, "El problema de la generalización de proyectos de educación popular." *Revista Foro Universitario*, Vol. 6, No. 67, México, UNAM, 1976, pp. 63-67.
- PICON Espinoza, César, "Tendencias de la educación de adultos en América Latina," *Revista Autoeducación*, Vol. 3, No. 8, Perú, 1983, pp. 7-10.
- PONCE, Aníbal, *Educación y lucha de clases*, Colección: Filosofía y ciencias sociales, 2a. ed, México, Editores Unidos Mexicanos, 1978, 248 p.
- PONCE DE LEON Rosales, Esmeralda, *Los marginados de la ciudad. La educación en la comunidad*, Colección pedagogía para la primera infancia, No. 6, México, Trillas, 1990, 140 p.
- PUIGGROS, Adriana, "Instrucción pública o educación popular de los adultos latino-americanos," *Revista de la UPN*, Vol. 3, No. 7, México, 1986, pp. 1-8.

- _____. "Investigación alternativa y cuestiones epistemológicas en la pedagogía latinoamericana." *Revista de Investigación Educativa del Instituto Superior de Ciencias de la Educación*. Vol. 3, No. 4, México, 1983, pp. 17-20.
- _____. *Imperialismo y educación en América Latina*. 3era. ed, México, Nueva Imagen, 1983. 247 p.
- _____. *La educación popular en América Latina: Crímenes, polémicas y perspectivas*. México, Nueva Imagen, 1984. 340 p.
- QUER Antich, Santiago. "Cultura popular y educación, Vinculación de la cultura popular con la educación sistemática y asistemática." *Revista de Pedagogía*. Vol. 36, No. 289, Chile, 1986. pp. 135-137.
- RANERO Juárez, Sergio, et. al. "Investigación documental de los programas de educación para la salud en el sistema de enseñanza básica formal." *Revista Síntesis de Investigación en Higiene Escolar*. Vol. 1, No. 2, México, 1984-85. pp. 189-182, 182.
- RIVERO P, José, "Relectura del desarrollo comunal en América Latina." *Revista Chasqui*. No. 14, Ecuador, 1985, pp. 25-32.
- RODRIGUES Brandão, Carlos, "Repensando la participación." *Revista Pedagogía*. Traducción de Angeles Varela. Vol. 2, No. 4, México, mayo-agosto de 1985, pp. 19-32.
- ROSALES Ayala, Silvano Héctor. *Participación popular y reconstrucción urbana. Tepito 1985-1987*. Serie: Aportes de investigación No. 23, México, UAM-CRJM, 1987. 85 p.
- SALAZAR Muro, Ma. de Jesús (CONP). *Taller de didáctica II. (Educación de adultos)*. Antologías de la ENEP Aragón No. 11. México, ENEP Aragón, 1987. 145 p.
- SARRAMONA López, Jaime. "Principios que justifican la metodología no formal en educación de adultos." *Revista Educar*. No. 1, s/l., 1982. pp. 49-60.
- SCWITTER, Antón de, *Investigación participativa: una opción*

- metodológica para la educación de adultos. Serie: Retablo de papel, 2a. ed. México. CREFAL, 1983. 392 p.
- SEGOVIA Perez, José. "Participación en la educación: vivencia democrática." *Revista de estudios e investigación*, No. 23. s/l., 1986. pp. 17-22.
- S/A. "La creatividad y la participación popular en la educación." *Cuadernos de Educador de Adultos*, No. 2. Venezuela. 1984. pp. 35-41.
- THEESZ Poschner, Margarita. *Catálogo de proyectos de investigación educativa en la UNAM*. Serie: sobre la Universidad. No. 4. México. 1987. 134 p.
- TORRES, Carlos Alberto. "Enfoques en educación de adultos. Apuntes para una clasificación." *Revista Lectura y Vida*, Vol. 3, No. 3. s/l., s/f., pp. 23-31.
- UTRIA, Rubén. *Desarrollo humano, participación popular y desarrollo de la comunidad*. México. CREFAL, 1959. pp. 55-75.
- VEJARANO M., Gilberto (CONFE). *La investigación participativa en América Latina*. Serie: Retablo de Papel No. 10. México. CREFAL, 1986. 341 p.
- VENTURA, José. *El poder popular en El Salvador*. México, Mex Sur. s/f., 125 p.
- VIO Grossi, Francisco. "Educación popular: Concepto y características." *Revista Educación de Adultos*, No. 19. México. 1982. pp. 231-235.
- WERTNEIN, Jorge y ARGUMEDO, Manuel. *Educación y participación*. Brasil, II. CA/MEC-SEPS. 1986. 174 p.
- ZAVALA S., Pablo. "Criterios para una educación popular con adultos." *Revista Autoeducación*, Vol. 3, No. 7. Perú. 1983. pp. 17-20.

SALUD

- AGUILERA, Mario. "La prevención debe estar en primer plano para el médico, Dr. Jorge Escudero," *Excélsior*. México, 2 de enero de 1988, Sección B, pp. 2 y 6.
- ALAMADA Bag, Ignacio, "Salud pública: menos oficiosa, mas civilista," *La Jornada*. México, 9 de octubre de 1988, p. 11.
- ALONSO Baruhona, Pedro. "Educación para la salud," *Revista de la Facultad de Medicina*. Vol. 24, No. 6. México. UNAM. 1981. pp. 2-3.
- ALVAREZ, Ruben. "Entrevista con Manuel Ruiz de Chavez. No es mala la calida del Servicio Público de salud," *La Jornada*. México, 25 de enero de 1988, p. 7.
- ALVAREZ Manilla, José Manuel. "Atención primaria a la salud," *Revista Salud Pública de México*. Vol. 30, No. 8, México, INSP, 1988, pp. 676-68
- BAZ DIAZ Lombardo, Gustavo. *Servicios de salud en el Estado de México. Unidad de Atención Primaria a la Salud. IMAPSS. Programa operativo 1986*. México, Servicios de Salud en el Estado de México, 1986, 52 p.
- CASTELLANOS, Pedro Luis. "Sobre el concepto de salud-enfermedad, Descripción y explicación de la situación de salud," *Boletín Epidemiológico*. Vol. 10, No. 4. México. OPS, 1990, pp. 1-7.
- CARDACI, Dora, et. al. *¿Qué es el sistema Nacional de Salud?* Serie: materiales de apoyo No. 5, México, UAM Xochimilco, 1986, 61 p.
- COE, Rodney M. *Sociología de la medicina*. 3era. ed. Madrid, Alianza Universidad, 1984, 439 p.
- CHAVARRIA Morales, René. *Gaceta de la Facultad de Medicina*. Año 14. México, julio de 1988, pp. 6-8.
- FERRARA, floreal A.; ALEBAL, Eduardo y PAGANINI, José M. *Medicina de la comunidad. Medicina Preventiva. Medicina*

- Social. Medicina administrativa. (Mimeo). s/l, s/f. pp. 303-307.
- FLORES Alvarado, Angel. "Acción comunitaria en el fomento a la salud." *Revista Mexicana de Seguridad social*. No. 6. Año 1986-1987. Mexico. IMSS, 1987. pp. 79-84.
- FUNDACION MESPERRIAN, "Proyecto Piaxtla y la Fundación Mesperian." *Tríplice Informativo*. Palo Alto California. EEUU. s/f. s/p.
- GALLARDO, Leonel D. "Algunas tendencias de la educación y participación comunitaria en salud en América Latina." *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Vol. 06. No. 4. Washington, D. C. EUA. OMS, 1984. pp. 314-324.
- GARZA Aguilar, Javier de la, et. al. "La participación de las instituciones del sector público en la educación para la salud." *Revista Higiene*. Vol. 32. No. 2 México 1985. pp. 181-185.
- GONZALEZ DE LEON Aguirre, Deyanira. "Las condiciones de salud en México." *Revista Fem.* No. 35. México. Nueva Cultura Feminista, agosto-septiembre de 1984. pp. 4-7.
- _____ y PACHECO Peña, Lucila. *Comentarios sobre educación para la salud con la comunidad. Serie: Materiales de apoyo No. 4.* México. UAM Xochimilco. 1986. 15 p.
- GREENE Walter H. y SIMONS-MORTON; Bruce C. *Educación para la salud.* México. Interamericana-Mc Graw-Hill. 1988. 465 p.
- MELLBERG, Måkan. "Un proceso evolutivo." *Revista Salud Mundial*. enero-febrero, 1988. Washington, D. C., EUA. OMS. 1988. pp. 5-9.5-9.
- KLINGER, Irene. "Pobreza y salud. Reflexiones sobre América Latina." *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Vol. 107. No. 8. Washington, D. C. EUA. OMS. noviembre de 1989. pp. 488-462.
- KRAUS, Arnoldo. "Decretos y salud (o salud de los decretos)." *La Jornada*. México. 29 de mayo de 1991. p. 9.

LAURELL, Asa Cristina. "La salud-enfermedad como proceso social." *Revista Latinoamericana de salud*. No. 2. Mexico, Nueva Imagen, abril de 1982, pp. 7-26.

_____ y MANRIQUEZ, Margarita. *El desasosiego obrero en México. Proceso de producción y salud*. México, Era, 1983, 118 p.

LOEWI, Ricardo. "Atención primaria a la salud: una revisión conceptual." *Revista Salud Pública de México*. Vol. 30. No. 5. México, INSP, 1988, pp. 666-675.

_____, *Panorama de la educación para la salud en México. Serie: Materiales de apoyo No. 2*. México, UAM Xochimilco, 26 p.

MAHLER, Halfdan. "Salud para todos, todos para la salud." *Revista Salud Mundial*, enero-febrero de 1988, Washington, D. C., EUA, OMS, 1988, pp. 3-4.

MENENDEZ, Eduardo. *Morir de alcohol: Saber y hegemonía médica*. México, Alianza Editorial Mexicana, 1990, pp. 83-111.

MECADO Calderón, Francisco, et al. *Medicina ¿para quién?* México, Unión Nacional de Médicos y Educadores-Nueva Sociología, 1980, 312 p.

MEXICO, COPLAMAR. *Necesidades esenciales de México. Situación actual y perspectivas al año 2000. Salud. Tomo 4*. 3era. ed. México, Siglo XXI, 1985, 452 p.

MEXICO, PODER EJECUTIVO FEDERAL-SSA. *Programa Nacional de Salud 1983-1988*. México, SSA, 1984, 367 p.

MEXICO, PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA. *Diario Oficial*. 18 de febrero de 1988, p. 60.

MEXICO, SERVICIOS ESTATALES DE SALUD PUBLICA EN EL ESTADO DE MEXICO, *Programa de Desarrollo Integral en Atención Primaria de Salud 1985*. México, SES, 65 p.

MORA Carrasco, Fernando y HERSCH, Paul W. *Introducción a la medicina social y salud pública*. Biblioteca Universitaria Básica, México, Terra Nova-UAM Xochimilco, 1984, 112 p.

NAVARRO, Vicente. *La medicina bajo el capitalismo*. Barcelona. Grijalbo, 1978. 288 p.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. "Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud." *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Washington, D. C. EUA, OMS, 1979. pp. 262-267.

_____. DISCUSIONES TECNICAS. "Educación comunitaria en salud: evaluación de los programas actuales, nuevas orientaciones y estrategias." *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Washington, D. C. EUA, OMS. 1981. Vol. 9. No. 4. pp. 283-303.

_____. "Extensión de los servicios de salud con las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad." *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Vol. LXXXIII. Numero Especial 75o. Aniversario de la OPS. No. 6, diciembre de 1977. Washington D. C. EUA, OPS, 1977. pp. 469-574.

_____. "Las condiciones de salud de las Américas 1977-1980." *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Washington D. C. EUS, OPS, 1982. p. 383.

ORTIZ Quezada, Federico. *Salud en la pobreza. El proceso de salud-enfermedad en el Tercer Mundo*. 2a. ed. México. CESTEM-Nueva Imagen, 1984. 96 p.

RED DE GRUPOS PARA LA SALUDE LA MUJER Y EL NIÑO. *Boletín Diálogos en Salud popular*. Nos. 2, 4 y 9. México, REGSAMUNI, 1989-1990.

RESTREPO, Iván. "Tras el colera está la inequidad social." *La Jornada*. México. 5 de agosto de 1991. pp. 1 y 6.

RICE, Marilyn. "Educación en salud, cambio de comportamiento, tecnologías de comunicación y materiales educativos." *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Vol. 98. No. 1. Washington, D. C. EUS, OMS, 1985. pp. 65-78.

RIFKIN, Susan B. "Participación sanitaria y participación de la comunidad." *Revista Foro Mundial de Salud*. Vol. 7. No. 2, s/l., 1986. pp. 169-176.

_____. "Salud: Factor humano. Estudios sobre salud.

- desarrollo y participación de la comunidad." *Revista CONTAC. Manual No. 2, julio de 1982.* Suiza. Consejo Mundial de Iglesias. 1982. 126 p.
- RODRIGUEZ Ajenjo, Carlos y VITAL Galicia, José Antonio. "Las políticas de salud y las luchas de los trabajadores." *Cuadernos políticos.* No. 19. México, enero-marzo de 1979. pp. 50-67.
- ROJAS Soriano, Raul. *Capitalismo y enfermedad.* 2a. ed. México. Folios Ediciones, 1984. 271 p.
- SALAS, Ma. Eugenia, et. al. "Estudios de educación para la salud en el ámbito escolar." *Revista Salud Pública de México.* Vol. 26, No. 5. México, INSP. septiembre-octubre de 1984. pp. 424-437.
- SALAZAR Holguín, Hector. "Política sanitaria estatal y lucha por la salud en México." *Revista Salud Problema.* No. 12, otoño 1986. México. UAM Xochimilco. 1986. pp. 37-47.
- SANCHEZ Rosado, Manuel. *Elementos de salud pública.* México, Ed. Frco. Méndez Cervantes, 1983. 312 p.
- SAN MARTIN, Hernán. *Salud y enfermedad.* 5a. ed. México. Prensa Médica Mexicana. 1986. 893 p.
- _____, y PASTOR, Vicente. *Economía de la salud.* Madrid, Interamericana-Mc Graw-Hill. 1989. 660 p.
- S/A. "Cuba país del primer mundo en medicina. Afirma Fidel Castro." *La Jornada.* México, 16 de marzo de 1991. p. 29.
- SIPAM. *Autogestión, autogestión y lucha política frente al modelo médico hegemónico. (Reflexiones sobre SIPAM para el caso de México).* (Número). México, SIPAM, 1985. 10 p.
- SOBERON, Guillermo; KUHATE, Jesús y LAGUNA, José (CONOPS). *La salud en México: Testimonios 1988. Fundamentos del cambio estructural.* Biblioteca de la salud. Serie; Testimonios. México, FCE, 1988. 381 p.
- TIMIO, Mario. *Clases sociales y enfermedad. Introducción a una epidemiología diferencial.* 3era. ed. México. Nueva Imagen, 1981. 144 p.

- TORRES** García, Javier. "Evolución del concepto salud-enfermedad." (Mimeo). México. Ciencias Políticas-UNAM. s/f., 29 p.
- TRONCOSO** Muñoz, Ramón. "Conceptos de salud-enfermedad." (Mimeo), Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Versión 3, México, Facultad de Medicina-UNAM, 1977, 3 p.
- VALDEZ** Olmedo, Cuauhtemoc y **HAMUD**, Escárcega, Salomon. "Salud y educación: dos aspectos fundamentales del desarrollo nacional." *Revista Salud Pública de México*, Vol. 28, No. 4, México, julio-agosto de 1986, pp. 393-404.
- WAITZKIN**, M. B. y **WATERMAN**, B. *La explotación de la enfermedad en la sociedad capitalista*, 2a. ed, México, Nueva Inagen, 1984, 221 p.
- WERNER**, David. *Donde no hay doctor. Una guía para los campesinos que viven lejos de los centros médicos*, 26a. ed, México, Pax México, 1987, 402 p.
- _____ y **BOWER** Bill. *Aprendiendo a promover la salud*, 2a. reimposición, México, Centro de Estudios Educativos A. C., 1987, 622 p.

METODOLOGIA Y TECNICAS DE INVESTIGACION

- ABRUCH** Linder, Miguel (COMP). *Metodología de las ciencias sociales*, México, ENEP Acatlán-UNAM, 1982, 396 p.
- ACOSTA** Hoyos, L. E. *Guía práctica para la investigación y redacción de informes*, Biblioteca del Educador Contemporáneo, 3era. reimposición, Buenos Aires, Paidós, 1979, 172 p.
- ALONSO**, José Antonio. *Metodología*, Colección sociología, Conceptos No. 26, 2a. reimposición, México, Edicol, 1982, 143 p.

- ANDER-EGG, Ezequiel. *Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad*. 10 a. ed, México. El Ateneo, 1982. 276 p.
- BACHELARD, Gastón. *La formación del espíritu científico. Contribución a un psicoanálisis del conocimiento objetivo*. 14a. ed. México. Siglo XXI. 1987. 302 p.
- BERGER, Peter y LUCKMANN, Thomas. *La construcción de la realidad*. 7a. reimpression. Buenos Aires. Amorrortu. 1984. 233 p.
- BOSCH García, Carlos. *La técnica de la Investigación documental*. 11a. ed, México, Trillas. 1987. 74 p.
- BOURDIEU, Pierre; CHAMBOREDON, Jean-Claude y PASSERON, Jean-Claude. *El oficio de sociólogo*. 10a. ed, México. Siglo XXI. 1987. 372. p.
- COVARRUBIAS Villa, Francisco. *El método científico de apropiación de lo real*. México. Impresiones Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Sur. 1990. 266 p.
- _____. *La construcción del conocimiento social desde la dialéctica crítica*. México. Colegio de Ciencia y Humanidades Plantel Sur. s/f., 330 p.
- ECO, Humberto. *Cómo se hace una tesis. Técnicas y procedimientos de investigación, estudio y escritura*. Colección Libertad y Cambio. Serie: Práctica, 6a. ed, México. Gedisa. 1984. 267 p.
- ESPINOZA y Montes, Angel R. (COMP). *Construcción y elaboración del proyecto de tesis: Elementos, propuestas y críticas*. Apuntes de la ENEP Aragón No. 21. México. ENEP Aragón-UNAM. 1988. 168 p.
- GARZA Toledo, Enrique de la. *El método del concreto-abstracto-concreto. (Ensayos de metodología marxista)*. Cuadernos de la ENEP Aragón No. 17. México. ENEPARagón, 1988. 84 p.
- _____. (COMP). *Hacia una metodología de la reconstrucción. Fundamentos, crítica y alternativas a la metodología y técnicas de investigación social*. Colección Antologías para la actualización de profesores de licenciatura, México, UNAM-Porrúa, 1988. 182 p.

- GLAZMAN de Weissberg, Raquel.** "Elaboración de proyectos de investigación." *Revista Colectión pedagógica Universitaria*, No. 4, México, Universidad Veracruzana, s/f., pp. 105-117.
- GRAWITZ, Madelene.** *Metodos y técnicas de las ciencias sociales*. Vol. I, Barcelona, Hispano-Europea, 1975. pp. 375-412.
- GUTIERREZ Pantoja, Gabriel.** *Metodología de las ciencias sociales I*. Colección textos Universitarios en ciencias sociales, México, Harla, 1984, 250 p.
- HERNANDEZ Michel, Susana, et. al.** *Lecciones sobre metodología de las ciencias sociales*. México, UNAM, 1985. 215 p.
- KOSIK, Karel.** *Dialéctica de lo concreto. Estudios sobre los problemas del hombre y el mundo*. Colección Teoría y praxis No. 18, 7a. ed. México, Grijalbo, 1967. 269 p.
- LIMOEIRO Cardoso, Miriam.** *La construcción de conocimientos. Cuestiones de teoría y método*. Colección El hombre y su tiempo, México, Ediciones Era, 1977. 139 p.
- PACHECO Méndez, Teresa, et. al.** *Aspectos metodológicos de la investigación social*. Cuadernos del CESU No. 6, México, UNAM, 1987. 65 p.
- PEEREZ Avila Noé.** *Cómo hace mi tesis*. 2a. reimpresión, México, Edicol, 1981, 120 p.
- ROJAS Soriano, Raúl.** *Métodos para investigación social. Una propuesta dialéctica*. México, Plaza y Valdez, 1987, 122 p.
- TABORGA, Nuáscar.** *Cómo hacer una tesis*. Colección *Tratados y Manuales*, 10a. ed. México, Grijalbo, 1980, 220 p.
- VAZQUEZ, Héctor.** *Sobre la epistemología y metodología de la ciencia social*. Serie: Metodología, México, Universidad Autónoma de Puebla, 1984, 127 p.
- ZENELMAN M. Hugo.** *Uso crítico de la teoría. En torno a las funciones analíticas de la totalidad*. México, ONU-Colegio de México, 1987, 229 p.

OBRAS VARIAS

- BARTRA, Roger.** *Breve diccionario de sociología marxista.* México, Grijalbo, 1973. 149 p.
- CONCHA Malo, Miguel.** *La participación de los cristianos en el proceso popular de liberación en México.* México, Instituto de Investigaciones sociales, 1986. 311 p.
- DAHER, Ricardo (COMP).** *Anuario Latinoamericano: Liberación. Todo el año 1983.* 2a. ed. Suecia, Ediciones Liberación, 1984. N 29 p.
- EDITORES MEXICANOS UNIDOS.** *Diccionario en español Edmusa: Mexicanismos y americanismos.* México, Editores Mexicanos Unidos, 1986. 474 p.
- HARNECKER, Marta,** *Los conceptos elementales del materialismo histórico.* 3ta. ed. México, Siglo XXI, 1977. 341 p.
- JAGUARIBE, Helio, et. al.** *La dependencia político-económica en América Latina.* 11a. ed. México, Siglo XXI, 1979. 293 p.
- MEXICO, ENCICLOPEDIA DE MEXICO.** *Todo México. Compendio enciclopédico 1985.* México, Enciclopedia México, 1985. 607 p.
- MEXICO, POEDER EJECUTIVO FEDERAL-SPP.** *Plan BNacional de Desarrollo 1983-1988.* México, SPP, 1983. 430 p.
- PRENSA LATINA.** *Los países no alineados.* Praga, Prensa Latina-Orvis, 1982. 843 p.
- SANCHEZ Cerezo, Sergio. (DIR).** *Diccionario de las ciencias de la educación. Vol. I y II.* México, Santillana, 1983. 1528 p.
- SUNKEL, Osvaldo y PAZ, Pedro.** *El subdesarrollo latinoamericano y la teoría del subdesarrollo.* México, Siglo XXI, 1970. 388 p.
- UPCH, V aniversario.** *Informe de actividades realizadas en distintas áreas.* México, UPCH, octubre de 1990. 79 p.

UPNT. "Somos tantas las mujeres y tanto por hacer." Plenario del primer encuentro de mujeres de la UPNT A. D. Mexico. UPNT. 1990. s/p.

VILAR, Pierre. *Introducción al vocabulario del análisis histórico.* Barcelona, Crítica-Grupo Editorial Grijalbo, 1988. 315 p.

WOLMAN, Benjamin B. *Teorías y sistemas contemporáneos en Psicología.* Barcelona. Ediciones Martínez Roca. 1968. 712 p.