

Participación Social en Salud: Espacios y Actores Determinantes en su Impulso

[PAUL HERSCH-MARTINEZ](#)

RESUMEN

En este [trabajo](#) se analiza una experiencia rural de participación social (PS), definida como la posibilidad de un acceso real de la [población](#) al [control](#) de los [procesos](#) que afectan su [salud](#). De tal [análisis](#) se desprende la relevancia de [la mujer](#) campesina en el impulso de la PS en salud, así como la necesidad de insertar [el trabajo](#) de [educación](#) y [organización](#) para la salud dentro de un [proceso](#) organizativo regional que se potencialice mediante la [gestión](#) municipal. Se propone además un interlocutor sanitario que funcione como instancia reguladora frente al [Estado](#).

Palabras clave: participación social en salud, educación para la salud, SILOS, [cultura](#) local, organismos no gubernamentales

ABSTRACT

This paper deals with an analysis of a rural experience of social participation (SP) defined as the possibility of communities gaining real [access](#) to the control of processes affecting health. This analysis evidences the relevance of peasant women in the promotion of SP in health as well as the need to include health education and organization actions in regional organizational process strengthened by local policies. The creation of a sanitary mediator to serve as a regulatory agent negotiating with the State is proposed.

Key words: social participation in health, health education, local health systems, local culture, nongovernment organizations

En el marco de las propuestas actuales de [servicios](#) sanitarios, el planteamiento de [Sistemas Locales de Salud \(SILOS\)](#) impulsado recientemente por la organización Panamericana de la Salud (OPS), incorpora como uno de sus elementos fundamentales el de la Participación Social (PS). (1,2) Previamente, la "participación comunitaria" ha sido considerada como un elemento clave en la propuesta de [Atención](#) Primaria de Salud, y también otros organismos internacionales (como la Organización de las [Naciones Unidas \(ONU\)](#), Fondo de las Naciones Unidas para la [Infancia \(UNICEF\)](#), organización de las Naciones Unidas para la [Agricultura](#) y la [Alimentación \(FAO\)](#) y Organización Internacional del Trabajo (OIT)) se han referido al papel central de la PS en los [proyectos](#) de [desarrollo](#). (3) No es necesario insistir acerca de la importancia de la participación, pero sí es conveniente preguntarnos si éstas instancias convocan a lo mismo, hoy que la PS se perfila como un elemento de indiscutible relevancia en el futuro de los servicios sanitarios a nivel mundial. (4)

Ahora bien, diversas revisiones del tema (5-7) revelan un abismo entre la convocatoria a la PS y su puesta en marcha en el área de salud, y también subrayan la necesidad de caracterizar con mayor precisión una [metodología](#) apropiada para el impulso de una verdadera PS. Los obstáculos para tal impulso pueden provenir de concepciones diversas y/o antagónicas acerca de la participación, pero también pueden resultar de nuestra incapacidad para llevar a cabo tal impulso desde el punto de vista técnico. En esta situación, la definición, el impulso y la [evaluación](#) de la PS en salud se encuentran íntimamente relacionados y pueden sintetizarse con las siguientes preguntas:

"¿Qué es la PS en salud?", "¿cómo se impulsa?", "¿cómo se evalúa?"

DEFINICION: UN TERMINO MULTIDIMENSIONAL

El primer rubro problemático que se encuentra en relación con la PS en salud es de orden conceptual, pues la participación, al no poderse definir de manera universal, pues no es unívoca ni neutral, da lugar a interpretaciones diversas y hasta antagónicas. Se convoca a la "participación" desde hace muchos años, en numerosos lugares y bajo diversos móviles; desgraciadamente, la usual apología de la participación no ha desembocado en propuestas aplicativas suficientes. Por dicha razón, y ante la necesidad de superar los obstáculos metodológicos dependientes de cualquier definición que se tome como punto de partida, conviene considerar dos concepciones globales en relación con la PS, elaboradas a partir de las revisiones hechas por Muller Oakley y Muller. (3,8,9)

a) La participación como fin: como el acceso al [poder](#) de quienes se encuentran marginados del mismo, influyendo directamente en las decisiones que afectan su vida (Oakley), y como el mayor control de la población de las condiciones que intervienen en su proceso salud-enfermedad-atención (Muller).

b) La participación como medio: como recurso para hacer llegar los [programas](#) a la población y obtener de ella la colaboración necesaria para la aplicación de los mismos (Oakley), y como la movilización de los [recursos](#) de salud de la [comunidad](#) (Muller). Se utilizarán aquí estas dos definiciones globales, y eventualmente contradictorias entre sí, como referentes al abordar el tema de la PS en salud, refiriéndonos a ellas como "Participación Poder" (PP) la primera, y como "Participación Movilización" (PM) la segunda. A partir del reconocimiento de que la PS es un proceso más que UD [producto](#) terminado, se pueden considerar algunos aspectos de la segunda definición (PM) como estadios iniciales del proceso al que la PP alude. Esta, por sus implicaciones de fondo, presenta un claro desafío no sólo de índole [política](#), sino también cultural.

El no reconocer tal desafío aparece, de hecho, como un obstáculo importante para la PS en salud, mientras que su reconocimiento nos lleva a buscar una alternativa realista que, sin invalidarlo completamente, cuestiona el papel central que el sector oficial pudiera tener en el impulso de la PS en salud. Como referente, la PP se encuentra menos alejada de la participación comunitaria que se da en el marco de las culturas subalternas, con sus mecanismos de [solidaridad](#) y reciprocidad -ahora ampliamente capitalizados por [el Estado](#)

en términos de PM- que de esa "participación" como se la entiende en la cultura dominante, en la cual "se otorga parte" de las medidas de control a la población, o se la finca en una mera presencia [física](#), en el entendido de que quienes se enteran y acuden "participan"; acudir y enterarse, sin embargo, no modifica necesariamente la [calidad](#) cuestionable de esa "participación": en el país hay gran tradición de participación. Lo que el [programa](#) (de Solidaridad) ha hecho es reconocerla, respetarla y alentarla, y al mismo [tiempo](#) no permitir que esa participación desemboque en la frustración de no ver una respuesta, sino al contrario, con los recursos que maneja Solidaridad, hoy la participación puede traducirse en obras de beneficio colectivo... Ahora empiezan a formarse Coordinadoras de Comités de Solidaridad, que son un nivel superior de organización para lograr mayor [eficiencia](#) en el manejo de recursos... (10)

Esta tradición utilizada desemboca en la colaboración controlada, característica de la participación como medio. Precisamente ésta es la PM: al margen de la eficiencia en el manejo de recursos, nada deleznable, queda relegada la cuestión central del control.

La segunda definición global de la PS (Participación Movilización), reduce la participación a la calidad de recurso y la confina al terreno de las [estrategias](#) administrativas y de servicios, resultando así en el ámbito sanitario una expresión del [Modelo](#) Médico Hegemónico (MMH) que presenta, entre sus rasgos estructurales, precisamente los de asocialidad, individualismo, relación asimétrica en el vínculo médico/paciente, participación subordinada y pasiva de los "consumidores" en la [acciones](#) de salud y tendencia al control social e ideológico. (11,12)

Ahora, si se parte de la PS tal como se encuentra esbozada en la propuesta SILOS (ubicable en nuestra [interpretación](#) más como PP), se observa justamente en este rubro una contradicción con el MMH, pues se plantea algo que no coincide con la "colaboración controlada", característica de una PM: ...para que el proceso de [descentralización](#) se cumpla, son necesarios ciertos requisitos, como... el desarrollo del poder político local, dado... sobre todo por la formación de una base de sustentación política a través de la participación directa, activa y pluralista de las [organizaciones](#) de la comunidad ... aspecto fundamental para el desarrollo de los silos lo constituye el apoyo a los procesos de participación social... la [estrategia](#) para tal fin debe viabilizar la deliberación entre el conjunto de actores organizados (comunitarios e institucionales) sobre los [problemas](#) de salud y su atención... La activación de los procesos mencionados requiere tener en cuenta... la ampliación o apertura de nuevas posibilidades donde puedan realizarse análisis colectivos y programas concertados mediante la [planificación](#) participativa... (1) "Son incompatibles, entonces, el MMH y el planteamiento de los SILOS, por lo menos en lo que respecta a su postulado de PS cuando se la define en términos de acceso al poder?"

Concluir en una incompatibilidad absoluta y condicionar la PS en salud a la transformación [estructura](#) (tal como se plantea para la PS en general, en algunos trabajos revisados), llevaría a despreciar el ámbito de la vida cotidiana y la gama de posibilidades específicas en tiempo y espacio que esta conlleva. (13)

Con estos elementos a la mano, no es difícil plantear cuáles serán, grosso modo, los obstáculos para uno y otro tipo de PS, pues la movilización de la población para acatar

programas e indicaciones y utilizar con mayor [eficacia](#) sus propios recursos o los que se le conceden (PM), indudablemente presenta obstáculos, pero éstos pueden ser más de índole técnico-[logística](#) que política, mientras que la primera acepción genera del término (PP) se involucra por necesidad con la esfera política y cultural, además de la técnica e implica un proceso amplio que no se confina al ámbito sanitario. Es por esta razón que las instancias oficiales no han sido las que intentan generar una PP, y ésta, por sus implicaciones estructurales, carece de una metodología adecuada para su impulso y evacuación.

La PP es, tal vez, el principal escollo entre el planteamiento de los SILOS y las condiciones actuales inherentes al MMH; sin embargo, hay que buscar en el estado actual del proceso nacional de PS un contexto y una alternativa para su impulso, más que explorar exclusivamente en el ámbito de los problemas y de las acciones sanitarias.

De hecho, aún cuando la usual compartimentación por sectores y disciplinas se cuestiona en la propuesta SILOS, (1,14) es normal que, desde el sector salud, se desvincule la "participación para la salud" como ente aparte de un proceso global de participación, soslayando sus implicaciones [políticas](#) (15,16) Esta desvinculación queda manifiesta al recordar que más de la mitad de los mexicanos mayores de 15 años carecen de instrucción forma escolar o de primaria completa y que, cuando mucho, sólo uno de cada cuatro trabajadores mexicanos está sindicalizado.* No se puede, con referentes como éstos, impulsar una PS a nivel sanitario cualitativamente acorde con la propuesta SILOS, al margen de un proceso de participación global.

* El 18.15 por ciento de [muestra](#) población mayor de 15 años carece de instrucción formal escolar y el 35.32 por ciento presenta primaria incompleta (totalizando estos dos [grupos](#) un 53.48 por ciento; (17) nuestra tasa de sindicalización, muy baja, oscila entre el 14 y el 25 por ciento. 18) .

ESPACIOS Y ACTORES DETERMINANTES EN EL IMPULSO A LA PS

La definición de PS que se adopte en cualquier programa de salud determinará no sólo el tipo de impulso que requiera sino, además, a quién corresponde llevarlo a cabo. De aquel el surgimiento de nuevos espacios, actores y agentes, característicos en un proceso de Participación Poder: ... se hace hincapié en el proceso de acceso al poder que, gracias a una buena organización, da a la población la [fuerza](#) necesaria para crearse un espacio... tenemos que pensar verdaderamente en un [concepto](#) radicalmente diferente de la práctica de los proyectos (de participación). Hay que acabar con el modelo predominante de los expertos que formulan propuestas y de la población . . . que asiente pasivamente de un modo u otro y hemos de sustituirlo por actores totalmente diferentes... el [método](#) exige agentes de [proyecto](#) radicalmente diferentes... (3)

En la PP, actores y agentes externos confluyen en un proceso organizativo local que no soslaya la necesidad de tener acceso a la [función](#) pública. La gestión municipal como espacio local de PS

El impulso de un proceso de PP implica transformar los mecanismos actuales de planificación, operación y evaluación de los programas sanitarios, cuestionados con claridad en la propuesta SILOS, que se basa en [principios](#) como la descentralización e intersectorialidad. (1,2) Desde esta perspectiva, la gestión municipal aparece como espacio operativo esencial, dada su relevancia en relación con la alimentación, el trabajo, la reacción y otros muchos elementos sanitarios y asistenciales; también por ser éste un espacio favorable precisamente en la articulación de acciones colectivas para abatir causas de morbimortalidad e impulsar el proceso de apropiación social de la salud y salubridad. (19)

El [discurso](#) municipalista incrementado en el sexenio precedente, basado en la modificación del Artículo 115 constitucional, planteó insistentemente la relevancia de la autonomía y de las iniciativas locales de los ayuntamientos. De hecho, el [Plan](#) Nacional de Desarrollo 1989-1994 reconoce nuevamente al municipio como eje del [desarrollo social](#) y económico: ... en tal virtud la [Ley](#) de Salud, tanto Nacional como Estatal, define la [competencia](#) y atribuciones de los municipios en [materia](#) de salud, la cual faculta al municipio para formular y desarrollar programas municipales de salud, en el marco del [Sistema](#) Estatal de Salud, del Sistema Nacional de Salud y de acuerdo con los principios y [objetivos](#) de los planes nacional, estatal y municipales de desarrollo... (20)

Sin embargo, el que la ley faculte al municipio para formular y desarrollar programas de salud es insuficiente: la [instrumentación](#) del postulado municipalista depende directamente del proceso mismo de PS. En otras palabras, quien faculta a la ley misma es el estado cualitativo de la PS. Actores diferentes, agentes externos e instancias potencialmente favorables a la PS.

La aparición de "nuevos actores" (3) lleva a considerar los procesos alternativos de educación como fundamentales para la PS, cuyo [objetivo](#) principal es aumentar la capacidad de autogestión. Sin embargo, en ellos la metodología educativa, más que un fin en sí misma, expresa la inserción de lo educativo en un proceso amplio de organización política. La incorporación de nuevos actores se ha analizado, en particular, con respecto a la facultad reglamentaria de los municipios:

... El perfil educativo global de las autoridades municipales en la mayor parte de los municipios del país, los ubica en una postura de desventaja para integrarse a la función pública con elementos previos en el orden jurídico y administrativo... en la mayor parte de su ejercicio constitucional realizan una doble tarea: aprender a gobernar en el acto... (21)

El insuficiente ejercicio de la facultad reglamentaria de los municipios en el área de salud, remite al hecho de que, en particular en este campo, la PS entendida como PP es un camino en muchos sentidos no transitado aún cabalmente, a pesar del enorme potencial de sus espacios y actores. (22) De ahí se desprende el estrecho vínculo que, en el área de la salud, existe entre [la educación](#) y la PS.

Sin pretender un modelo universal, se ha planteado que un paso inicial necesario en la aparición efectiva de nuevos actores y espacios de PS, es la formación de grupos en los que se lleve a cabo un proceso educativo y organizativo. Estos grupos, claramente identificados,

pertenecientes al sector poblacional excluido de poder y diferencialmente más afectado en su salud, requieren de un agente de PS cualitativamente distinto del agente usual de movilización, cuyo cometido es conciliar intereses a nivel comunitario; el agente de PP discrimina por definición al sector poblacional que requiere de mayor organización y se aplica preferentemente a éste, en su calidad de "sector de [riesgo](#)". "Cuál es la fuente de tal tipo de agentes? No pueden éstos tener un origen único: las organizaciones sociales y/o populares, los partidos y agrupaciones políticas, algunas instancias gubernamentales y no gubernamentales pueden, en un momento dado, de manera deliberada o accidental, generar condiciones para este tipo de estímulo.

En el [desempeño](#) del agente externo se expresa la definición de PS y, con frecuencia, justamente su indefinición. En este sentido, en los últimos años han surgido diversos programas no gubernamentales, de tipo educativo o asistencial, algunos de los cuales confluyen en organizaciones o "[redes](#)" de salud. Es conveniente, sin embargo, evitar un manejo mecánico del calificativo "no gubernamental" como garante de PP y viceversa, del [carácter](#) gubernamental como necesariamente inadecuado, ya que en más de un sentido, [gobierno](#) es poder. Gobernar es ejercer la [autoridad](#), decidir la política, guiar, dirigir, timonear. (23) Tal es la connotación de la Participación Poder.

De manera complementaria, el desarrollo cualitativo de [la organización](#) regional y municipal, que se puede ubicar como parte de un proceso de PP, permite regular y mejorar el ejercicio de las agrupaciones no gubernamentales que trabajan en la [promoción](#) social y de salud, eventualmente proclives, en su confluencia dirigida externamente, a la conformación de nuevos poderes ajenos a la población. Así, las instancias gubernamentales, desde la perspectiva de la PP, deben ser utilizadas, no rechazadas ni satanizadas, permitiendo entonces que el carácter "no gubernamental" sea transitorio y evitando la génesis de nuevos intermediarios entre la población y su salud.

Estas consideraciones son relevantes en la aparición de nuevos agentes, porque el ejercicio de algunos organismos no gubernamentales puede facilitar el desarrollo de procesos de PP. Hace falta, entonces, impulsar ese potencial y estudiar su desempeño e impacto: "de qué es expresión principal su surgimiento?", "de las políticas dirigidas al Tercer Mundo por parte de algunos países desarrollados, o de un proceso endógeno de PS en las poblaciones atendidas?

Por otro lado, desde una perspectiva más amplia, la necesidad de espacios y de actores diferentes tiene relación, a nivel nacional, con el surgimiento actual de nuevos [valores](#) y prácticas en [México](#) que, centrados en la participación [ciudadanía](#), expresan la [demanda](#) de apertura del espacio público y la supresión del [monopolio](#) de las [funciones](#) públicas que han ejercido la élite política y las burocracias dirigentes: .. se trata en realidad del choque entre una cultura política tradicional (pasiva) y una cultura moderna (participativa)... La coyuntura presente puede definirse como la de un desarrollo desigual y combinado de la politización; y en ella los factores regionales y culturales son mucho más determinantes que la posición estructural de [clase](#)... (18)

A este nivel no se le puede pedir al sanitarista que genere una cultura de participación que, si bien existe más a nivel local en comunidades tradicionales (24) choca, empero, con la

participación pasivo-receptiva característica de la [sociedad](#) de [consumo](#) de un México que mira, en calidad subordinada, hacia los países desarrollados. Es importante considerar desde dos perspectivas la relación entre PS y salud; en primer término y en orden de importancia, comprendiendo la connotación y el potencial sanitarios de la PS, e, inversamente, reconociendo al ámbito sanitario como un espacio privilegiado de PS. El campo de la PS global, entendida aquí como PP, apenas se está gestando en un país como el nuestro. Surge en municipios y en movimientos sustentados en organizaciones civiles y políticas alternativas (definido tal carácter precisamente por la modalidad de participación que impulsan). Tales son los espacios hoy favorables para la aparición de los nuevos actores y del "interlocutor sanitario" al que se hace referencia a continuación.

EVALUACION DE LA PS EN SALUD

En la evaluación de la PP en salud, los obstáculos provienen tanto del carácter de proceso de la PS como de su [naturaleza](#) eminentemente cualitativa. ... en la participación como fin no existe ninguna noción necesaria de metas de desarrollo fijas y cuantificables... es escaso el [conocimiento](#) que tenemos sobre este método (que) no se presta a la realización de las [encuestas](#) burocráticas de las administraciones ni, hasta cierto punto, a los [métodos](#) establecidos de [investigación social](#)... no es posible considerar que la participación sea cierta clase de ingrediente cuantificable que ha de inyectarse en un proyecto de desarrollo. Se trata esencialmente de un proceso cualitativo que, para tener sentido, entraña ciertos cambios fundamentales en la manera de pensar y de obrar... la calidad intangible de la participación... parece desafiar todo intento de cuantificación... (3)

Ante esta situación, las medidas necesarias para evaluar un proceso de PP resultan más propias de la metodología de [investigación](#) en [antropología](#) social, que de la investigación sociológica o epidemiológica usual.

Si la PS en salud, entendida en términos de la primera definición global a que nos hemos referido (PP), implica ganar control en el proceso salud-enfermedad-atención por parte de quienes carecen de él (que son precisamente los más afectados en el espectro diferencial del [daño](#) evitable), motivo de evaluación cualitativa de la PS será precisamente esta capacidad de acceso a la toma de decisiones y a la función pública.

Un conjunto social que ha ganado poder o se encuentra en tal proceso, modifica cualitativamente su relación con problemas de salud e instancias sanitarias: se relaciona en diferente plano al dirigirse como polo antes inexistente o irrelevante; es esa "población cubierta" que se empieza a descubrir en su potencialidad como nuevo actor en un espacio nuevo, como sujeto sanitario, abandonando la calidad pasiva de usuario o [cliente](#). El surgimiento de un interlocutor, tan requerido por el estado mexicano, ha de tener en el ámbito sanitario sus particularidades, ejerciendo una función reguladora y dialéctica de contraparte, que trasciende la colocación del brazo para la vacuna cuando ésta pudo llegar, y el lavado de las cortinas del centro de salud cuando éstas le fueran confiadas. La emergencia de este interlocutor sanitario, que se puede caracterizar en términos de su poder local (y reiterando, "poder sanitario"), sintetiza la aparición de una PS efectiva en salud,

nutriendo y regulando el desempeño de las instancias sanitarias oficiales y no oficiales en la zona (práctica privada, incluidos los terapeutas no hegemónicos, comerciantes locales de fármacos, etc.). (2,25)

UNA EXPERIENCIA EN ANÁLISIS

Las dos definiciones globales de PS brevemente expuestas (PP y PM), tienen una expresión concreta en la operación de diversos programas en una zona rural en estudio a la que nos referiremos a continuación, incluyendo la gestión desde el municipio y el ejercicio de una organización campesina regional, apoyada para el área de salud por un equipo no gubernamental.

A partir de la definición de PS como Participación Poder, la propuesta operativa aplicada desde 1987 por tal equipo en la zona para el trabajo de salud se encuentra conformada por tres elementos básicos:

- a) La adscripción a un proceso regional organizativo;
- b) una base pedagógica;
- c) la incorporación de elementos de la cultura local.

Adscripción a un proceso regional organizativo

Reconocer a la PS en salud más como proceso integral que como producto específico, implica incorporar su impulso al impulso global de la PS en la vida cotidiana. Asimismo, partir del reconocimiento de que no existen comunidades exentas de [conflictos](#) internos, sino [conjuntos](#) de sectores en contraposición, afectados unos diferencialmente más que otros en su calidad de vida, orienta la adscripción del trabajo de promoción a un [grupo](#) determinado de la población, (3) el más afectado en su salud, que corresponde, en la zona, al conjunto de comuneros agrupado en una organización regional campesina que, a pesar de sus numerosas limitaciones y sesgos, se erige como instancia colectiva para la resolución de problemas de tenencia de [la tierra](#), de acceso a insumos y lucha por servicios. Esta adscripción reconoce una realidad organizativa pre-existente y contribuye a evitar la aplicación [mecánica](#) de las [soluciones](#) predeterminadas, características de la [burocracia](#) sanitaria y del poder central.

Ugalde (6) ha subrayado la necesidad de partir de las [estructuras](#) organizativas locales, al revisar una serie de experiencias sobre participación comunitaria en programas de salud en [América](#) Latina. En otros términos, la incorporación del trabajo impulsor de la PS en salud al ámbito organizativo [campesino](#) no sólo nutre al ámbito sanitario al integrarse a un [movimiento](#) con arraigo y al favorecer la toma de la temática de salud por parte del campesinado organizado (lo que Menéndez llama "proceso de apropiación social de la salud y salubridad"), sino que obra también en sentido inverso, al nutrir al mismo proceso

organizativo campesino con una visión integradora de los servicios necesarios, facilitada por la inclusión y discusión de la temática sanitaria.

Base pedagógica

La base pedagógica de la cual se parte, no formal, se encuadra en las corrientes actuales de [pedagogía](#) participativa o educación popular. (26-29) Se entiende que el componente educativo en el impulso a la PS es fundamental, y requiere de una metodología conformada con los elementos que se busca desarrollar, entre los cuales el término "participación" es clave. Sin embargo, tan importante o más que la metodología educativa utilizada, es su inserción en un proceso organizativo más amplio que le confiera [dirección](#) y sentido.

Incorporación de elementos de la cultura local

Un tercer elemento es el reconocimiento del poder que tienen las pautas culturales para organizar la vida de la gente; (30,31) numerosos elementos de la cultura local, lo son también sanitarios o tienen una relación estrecha con lo sanitario, no sólo en términos de la llamada "[medicina](#) tradicional", incluidos sus terapeutas, concepciones, recursos y prácticas, sino en todo el tejido de la vida cotidiana. Como lo ha planteado también Ugalde, (6) en el terreno de las [variables](#) culturales locales se encuentra ubicada una buena parte de la explicación del fracaso de numerosas propuestas sanitarias.

Se proponen Sistemas Locales de Salud, pero... "acaso no existe un Sistema Local de Salud operando ya en las comunidades?, "pretendemos que el de los SILOS va a ser el primero, que el resto no cabe en la categoría de sistema, que la población ha vivido hasta ahora en el vacío o en el error? Mas bien, la propuesta SILOS plantea que la cultura local de salud, (2,25) en términos de sus agentes, concepciones y recursos, requiere de reconocimiento y de ser incorporada y que esto último, si bien no es fácil, se verá facilitado en el contexto de un proceso de PS (dado el carácter sustantivo de la cultura local en él), partiendo de los elementos más tangibles de la cultura médica local.

DESCRIPCION DE LA EXPERIENCIA

La región de referencia está constituida por siete poblados y 11 rancherías, aproximadamente con 20 000 habitantes en total y una población fundamentalmente campesina e indígena; uno de cada cuatro adultos es analfabeta y el ausentismo escolar en los periodos de sequía, siembra y cosecha es del 45 por ciento. (32) La agricultura es la actividad fundamental, aunque sólo el 20 por ciento de las tierras de la región es cultivable dado el alto índice de terrenos en pendiente y pedregosos, y la escasa precipitación pluvial anual. (33) Estas condiciones obligan a complementar el trabajo agrícola, estacional, con la maquila de bordado a máquina, la [albañilería](#) y la colecta y [venta](#) de [plantas](#) medicinales silvestres.

La misma situación agrícola genera una creciente emigración, temporal o definitiva, a diversas ciudades en México y [Estados Unidos](#). Una larga lucha frontal entre comuneros y "propietarios" por la titularidad de las agrestes tierras ha caracterizado a esta región. (32,34) Debido a la salinidad del [agua](#) que se extrae del subsuelo, el [agua potable](#) utilizada en la

cabecera municipal se trae de manantiales lejanos, destinando cada [familia](#) a uno de sus integrantes para trasladarse con burros y cántaros cada tercer día a buscar el preciado líquido. Por otra parte, no existen sistemas de alcantarillado, de drenaje ni de colecta de [basura](#).

Diversas [instituciones](#) gubernamentales han operado en la zona; en la práctica y en términos generales, la PS que impulsan se puede caracterizar como una PM, en la cual se convoca a los comuneros, mediante ofertas de [crédito](#) y recursos económicos, para tomar parte en diversos proyectos de escasa continuidad pero cuyo efecto requiere aún de una evaluación detenida.

Por otro lado, el trabajo de promoción de salud integrado al proceso organizativo regional al que nos referimos, se inicia a partir del triunfo electoral de una planilla municipal, impulsada por la organización regional campesina. El apoyo fue solicitado por los comuneros organizados, a seis meses de iniciado el trienio de su gobierno municipal, a un equipo no gubernamental de educación para la salud.

Se iniciaron entonces diversos cursos periódicos de educación para la salud, apoyados con algunos elementos de pedagogía participativa e investigación-[acción](#). Se conformó un grupo de mujeres campesinas motivado por el [interés](#) en contar con recursos inmediatos, complementarios a su práctica precedente, para enfrentar las [enfermedades](#) más comunes. El grupo acordó, al cabo del primer semestre de trabajo, la apertura de una "Casa de Salud Campesina", en un local prestado por el ayuntamiento. Se cuenta entonces con una instancia tangible de servicios que prestigia al gobierno municipal comunero, en la cual las campesinas se han ido capacitando como "promotoras de salud", ofreciendo atención elemental y canalizando pacientes para las visitas periódicas que realiza el médico encargado de la [capacitación](#), y elaborando y vendiendo a bajo [precio](#) medicamentos, muchos de ellos preparados con recursos terapéuticos locales, básicamente plantas medicinales.

Posteriormente se iniciaron cursos de capacitación que trascendieron el ámbito de la cabecera municipal para incluir a campesinas procedentes de otras comunidades, inclusive externas al municipio, agrupadas por la organización regional. Se conformó entonces, al interior de la organización regional campesina, una Comisión de Salud, que consideramos eje en este proceso, estructurada por dos representantes por cada una de las comunidades participantes, las cuales llegan a totalizar 15. Dicha Comisión celebra asambleas mensuales en el local de la organización y llega a operar dos casas de salud en dos poblaciones; también llega a contar con unas 30 campesinas en capacitación seriada y a elaborar preparados medicinales que se venden inclusive fuera del ámbito geográfico del municipio, brindándole una concreción motivadora al trabajo, acorde al [pragmatismo](#) campesino.

Al finalizar el trienio de gobierno municipal comunero, se designó en asamblea a una de las principales promotoras de salud como Regidora de Salubridad y Asistencia (regiduría ancestralmente "fantasma") de la planilla que triunfó en las nuevas elecciones de noviembre de 1989. Para entonces, la Comisión de Salud había iniciado contactos para comercializar sus preparados medicinales en combinación con la Comisión Nacional para la Subsistencia Popular (CONASUPO) regional; había establecido relaciones con las instancias de salud y

atención médica en la región (reuniéndose con el jefe de la Jurisdicción Sanitaria para plantear una agenda); había participado en la designación del Comité de Salud del [IMSS](#) rural y definido conjuntamente un programa de la Regiduría Municipal de Salud; había integrado su temática a las reuniones mensuales que la organización campesina lleva a cabo con funcionarios gubernamentales (incorporando temas de salud y asistencia a una agenda antes nutrida exclusivamente con asuntos agrícolas) y, también, había obtenido del nuevo gobierno municipal comunero la donación de un fondo para un proyecto de autogestión económica que le permita hacerse de recursos para el apoyo a su trabajo. Surge, así, la [imagen](#) de ese interlocutor sanitario al que se ha hecho referencia.

El proceso es promisorio e incluye, incluso, algunos componentes de investigación-acción, como son el estudio del [registro](#) civil para completar un [diagnóstico](#) de salud elaborado conjuntamente con las promotoras, y el registro conjunto de prácticas y recursos de medicina tradicional y doméstica en la zona.

Hasta aquí todo parece de [manual](#), de un manual de "salud comunitaria". Pero éste precisa de un capítulo fundamental, que es el de las condiciones políticas locales, estatales y federales: en cada uno de esos niveles se agazapan obstáculos cuyo surgimiento permite, en primera instancia, evaluar en términos del proceso aludido de "participación-poder" la experiencia en salud que comentamos, pues la aparición de un interlocutor real termina por generar una reacción por parte del poder local amenazado y del poder estatal tangencialmente incomodado. La cualidad genuina de la participación se revela por su carácter subversivo, han subrayado con acierto. (6,35)

El proceso político al que se adscribe la experiencia de promoción de salud referida se enfrentó, ineludiblemente, con los intereses afectados por las medidas de regularización de tierras. El avance en dicho proceso regularizador acentuó violentamente una confrontación que tiene al gobierno municipal en el centro de la disputa. El nuevo gobierno comunero electo (del cual forma parte una promotora de salud en calidad de única regidora [mujer](#)) se topó con la ocupación de la presidencia municipal (incluida su "Casa de Salud Campesina") por parte de los integrantes locales del partido derrotado en las elecciones, ocupación ilegal que, sin embargo, recibió el apoyo del gobierno estatal.

Si ya el periodo de gobierno municipal previo se vio empañado por el asesinato de varios comuneros, incluyendo uno de sus regidores (el cual fungía como principal responsable de las obras de agua potable) la ocupación ilegal desembocará en [la muerte](#) de nueve campesinos más (agosto de 1990), después de un tenso compás de espera de más de seis meses, con un desenlace que facilitará la designación de un consejo municipal favorable a los terratenientes.

Ante las condiciones de represión y hostigamiento sufridas por los comuneros en la zona, el trabajo de salud se vio afectado de manera refleja, pues la adscripción del mismo al proceso organizativo regional resultó en una intimidación para las campesinas en capacitación y una interpretación del choque violento como resultado de un desafío indeseable, generado por la organización hacia el gobierno estatal y federal. Quedaron entonces suspendidos la regiduría de salud y su programa, pero resultó también alterada (que no cancelada) la [dinámica](#) de participación.

Es en este punto crítico que, finalmente, conviene resaltar el papel ambiguo y mediatizador que juegan entonces dos tipos de instancias relacionadas con la promoción social y de la salud. La operación de ambas completa el efecto negativo del choque violento en el proceso incipiente de participación en salud.

El primer tipo de instancia al que nos referimos, y de hecho el más relevante, es el de los organismos gubernamentales de promoción social que trabajan con el campesinado en la zona. Una de estas instituciones resultó representativa del papel antiparticipativo que juegan eventualmente este tipo de programas. Precisamente en los meses en los que se gestó el choque violento, la dirección regional de uno de estos programas se modificó para operar ofreciendo apoyos a las campesinas a [cambio](#) de su explícita, textual "no participación" y alejamiento de "la política"; se recurrió al común recurso (político) de satanizar a la política; la gravedad del momento local y la dependencia directa de la institución hacia el ejecutivo estatal resaltaron así su poderoso papel político.

La intimidación, apuntalada con recursos económicos, fue exitosa y cuestionó incluso la calidad del programa educativo previo aplicado por los agentes externos asociados a la organización campesina. La operación de otra instancia federal de promoción en la zona afectó al proceso organizativo campesino, pero más por incapacidad y falta de visión de sus agentes locales que por una política deliberada de bloqueo, al apoyar selectivamente a los grupos ya intimidados. Por su parte, las instituciones de salud en la zona se mantuvieron al margen dado su papel asistencial limitado.

Secundariamente, una de las "redes" de organismos no gubernamentales en salud, al optar por la indefinición deliberada y la elusión de solidaridad básica ante la situación [crítica](#) de uno de sus asociados -la Comisión de Salud de la organización campesina reprimida- presentó, en los hechos, un papel antiparticipatorio cualitativamente similar al jurado por las instancias oficiales referidas.

CONCLUSIONES

Esta experiencia, en [síntesis](#), deja clara la necesidad de vincular, o más, de adscribir el trabajo de promoción de salud y el trabajo asistencial a los procesos organizativos locales. La PS en salud, entendida como PP, es posible hoy en día en todos los espacios en los cuales, precisamente a nivel local, se está generando un interlocutor ante el Estado, y en tales términos cabe recordar una vez más la trascendencia y el potencial que el municipio tiene, haciendo una paráfrasis, en tanto que "primer nivel de ejercicio del poder". Asimismo, los procesos educativos y organizativos aplicados, en los cuales la figura de la mujer campesina es central, requieren ser reformulados a la [luz](#) de la definición operativa de PS adoptada (PP), previendo sus implicaciones en el desarrollo del acceso a la función pública y los [riesgos](#) y posibilidades que éste implica.

Por otro lado, desde la perspectiva de la PS, el impulso y desarrollo de los SILOS se verá directamente beneficiado en la medida en que tome en cuenta la existencia de un sistema local de salud previo y actual y, principalmente, en la medida en que en su conformación

tomen parte los procesos organizativos locales, que en la zona rural mexicana se encuentran representados potencialmente en la figura de las organizaciones regionales campesinas.

Es ilusorio exigirle al sector sanitario oficial algo más que una disposición favorable para vincularse con este tipo de procesos, pues no cae en el campo de sus responsabilidades el impulso a los procesos locales de PP: al Estado no se le puede exigir que erija su interlocutor, más sí que respete el surgimiento de su contraparte, pues sin ella sufrirá un deterioro reflejo-ilustrado por situaciones actuales en otros países-, de lo que podría llamarse una carencia dialéctica por ausencia de interlocución genuina. Por otro lado, es también ilusorio esperar que cualquier "[red](#) de salud" u organización que presente como su característica más destacada su carácter de "no gubernamental" más que su inserción social, en su carencia de solidaridad y autonomía, muestre algo diferente a sus móviles de sobrevivencia económica en el momento en que el proceso de PS incomode o se encuentre frontalmente con los detentores actuales del poder.

Solicitud de sobretiros: Dr. Paul Hersch Martínez INAH

Morelos. Matamoros 200, 62440 Acapantzingo, Morelos, México.

-1 Investigador titular del Programa de Etnobotánica y Antropología Médica, Centro Regional Morelos, Instituto Nacional de Antropología e [Historia](#), Integrante del Colectivo de Educación e [Información](#) en Salud, A.C.

Fecha de recibido: 27 de abril de 1992

Fecha de aprobado: 20 de agosto de 1992

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. Resolución XV y Documento CD33/14. Agosto 14-15, 1988. Washington: OPS, 1989.
2. De Roux G y col. Participación social y sistemas locales de salud. En: Pagini JM, Capote R. Los sistemas locales de salud. Washington: OPS. 1990;519:28-49.
3. Oakley J, Marsden D. Consideraciones en [torno](#) a la participación el desarrollo rural. Ginebra: OIT, 1985.
4. De Miguel J. Participación de la población. En: De Miguel J. La salud pública del futuro. Barcelona: Ariel, 1985: 194-265.
5. Morley D y col., comp. Practising health for all. Oxford: Oxford Medical Publications, 1983.

6. Ugalde A. Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria en los programas de salud en [Latinoamérica](#). Soc Sci Med 1985;21:42-53.
7. Zakus D. La participación comunitaria en los programas de atención primaria a la salud en el Tercer Mundo. [Salud Publica](#) Mex 1988;30:151-174.
8. Muller F. Participación popular en programas de atención sanitaria primaria en América Latina. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública, [Universidad](#) de Antioquía, 1979.
9. Muller F. Contrasts in community participation: Case studies from Perú. En: Morley D y col., comp. Practising health for all. Oxford: Oxford Medical Publications, 1983:190-207.
10. Portilla S. [Entrevista](#) a C. Salinas de Gortari. Gaceta Solidaridad, México: abril 15, 1992.
11. Menéndez E. La [crisis](#) del modelo médico y las alternativas autogestionarias en salud. Rev Centr de Cienc de la Sal 1981;19(7):65-90.
12. Menéndez E. Hacia una práctica médica alternativa; hegemonía y autoatención (gestión) en salud México. Cuadernos de la Casa Chata, 1984:86.
13. Heller A. La [revolución](#) de la vida cotidiana. Barcelona: Editorial Península, 1982.
14. Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Talleres Subregionales, Doc. HSD/SILOS-1, Washington: OPS, 1989.
15. Martínez G. La participación comunitaria en los programas de salud del IMSS. Rev [Higiene](#) 1988;38(1):17-20.
16. Soberón G y col., comp. La salud en México: testimonios 1988. Participación comunitaria, México: SSA, 1988: 236-258.
17. INEGI. [Encuesta](#) Nacional de Valoración Educativa. México, 1989.
18. Sánchez Susarrey J. "Corporativismo o [democracia](#)?" Rev Vuelta 1988;136:12-19.
19. Menéndez E. Continuidad y discontinuidad del proyecto sanitarista mexicano. Crisis y reorientación conservadora. En: Almada Bay I, comp. Salud y crisis. México: Editorial Siglo XXI, 1990:221-245.
20. Ruiz de Chávez M, Lara-Ponte R. La salud y el municipio. Cuad de Fortalecimiento Municipal. México: Centro de Estudios de [Administración](#) Municipal, INAP, 1988(1).
21. Pontifes Martínez A. La facultad reglamentaria de los ayuntamientos en el gobierno y la [administración](#) municipal. México: Centro Nacional de Estudios Municipales, Secretaría de Gobernación, 1988.

22. López Monjardín A. La lucha por los ayuntamientos. Una utopía viable. México: Instituto de [Investigaciones](#) sociales, [UNAM](#), 1986.
23. Gómez de Silva G. Breve [diccionario](#) etimológico de la [lengua](#) española. México: El Colegio de México y Fondo de Cultura Económica, 1988.
24. Bonfil G. México Profundo. Una civilización negada. México: Editorial Grijalbo y Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, 1990.
25. Pedersen D. Curanderos, divinidades, santos y doctores: elementos para el análisis de los sistemas médicos. En: Roersch C y col., comp. La medicina tradicional en sistemas formales de salud. Cuzco, Perú: Centro de Medicina Andina, 1989:53-83.
26. Jara O. Educación popular: la dimensión educativa de la acción política. [Panamá](#): CEASPA, 1981.
27. Gajardo M, Werthein J. Educación participativa: alternativas metodológicas. Rev Lat de Est Educ Mex 1983;13(3):83-104.
28. Rodríguez Brandao C. Los caminos cruzados: formas de pensar y realizar educación en América Latina. Rev de Educación de Adultos, INEA 1986;2(2):28-14.
29. Centro de Estudios Educativos. Educación Popular en [América Latina](#). "Avances o retroceso? México: Col. Estudios Educativos, 1982:7.
30. Tylor E. Cultura primitiva. [Madrid](#): Ayuso, 1977. 31. Peacock J. El enfoque de la antropología. Barcelona: Editorial Herder, 1989.
32. Legorreta-Díaz MC. La lucha por la [tierra](#) de los comuneros de Jolalpan, Puebla, de 1910 a 1980 y sus perspectivas revolucionarias ([tesis](#)). México: Facultad de [Ciencias](#) Políticas y Sociales, [UNAM](#), 1986.
33. Diakite L. Evaluación del área de influencia del Plan Chiautla, estado de Puebla (tesis). México: Colegio de Postgraduados, Universidad Autónoma Chapingo, 1978. 34. García F. Los caciques cuando pierden arrebatan. Rev México Indígena 1991:23:50-54.
35. Wolfe A. The limits of legitimacy. Political contradictions inn contemporary capitalism. Nueva York: The Free Press, 1977.