

SIMPOSIO

## Educación de la comunidad para la salud\*

### I. PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN LOS PROGRAMAS DE SALUD.

RAMÓN VILLARREAL‡

En el último decenio se ha desarrollado un inusitado interés, en diferentes círculos nacionales e internacionales, en determinar la forma de involucrar más a la comunidad en la formulación, instrumentación y evaluación de los programas de desarrollo social: educación, salud, vivienda y servicios básicos en general.

En el caso de los servicios de salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), han estado llevando a cabo una importante labor para incrementar esta participación de la comunidad en la solución de problemas sanitarios. El concepto tradicional de salud para la comunidad que lleva implícita una actitud paternalista, está siendo cambiado por el de salud por la comunidad, que implica una participación más activa de la población en mejorar sus niveles de bienestar. Más recientemente, el grupo de la universidad Sussex en la Gran Bretaña ha sugerido la expresión de salud con la comunidad para subrayar que los servicios de salud deben ser un esfuerzo conjunto de la colectividad y del Estado y no sólo una responsabilidad de la primera.

Independientemente del significado que se le dé al uso de las mencionadas preposiciones, es eviden-

te que la tendencia es hacia una mayor participación del individuo en lo personal y de sus esfuerzos conjuntos con otros miembros de su grupo social, para elevar el nivel de su bienestar personal y el de la colectividad.

Para que esta participación sea más efectiva, es indispensable una adecuada labor de educación y un cambio de actitudes que permita a las comunidades enfrentarse en la forma más conveniente con sus verdaderos problemas de salud, adoptar decisiones racionales acerca de las acciones necesarias para mejorarlas, y conseguir, de los demás niveles del sistema nacional de salud, el apoyo necesario.

Promover la participación de la comunidad en el análisis de los problemas sociales, así como en la planeación y aplicación de soluciones, representa tomar en cuenta el recurso más rico del país: el humano.

La comunidad no es un conglomerado amorfo. Es una pluralidad de individuos con intereses comunes, que conviven de manera duradera, en constante interacción, con unidad histórico-social, obedientes a ciertas normas y tradiciones pero, sobre todo, con una conciencia común de grupo, conciencia que da relieve y valor social a la participación de todos en el proceso de desarrollo.

La acción comunitaria es la resultante dinámica de una actitud y de un conjunto integral de actividades para la satisfacción de necesidades comunes mediante la organización de sus propios recursos y

\* Presentado en la sesión ordinaria de la Academia Nacional de Medicina, celebrada el 27 de septiembre de 1978.

‡ Académico numerario.

esfuerzos y con el apoyo técnico y material de sectores gubernamentales. Para promoverla, hay que fomentar acciones concretas de educación y organización.

La distribución geográfica de la población mexicana se caracteriza por estar constituida por pequeños núcleos rurales dispersos; se calcula que en 1970 había aproximadamente 84 000 comunidades con menos de 500 habitantes y por otra parte unos pocos grandes centros urbanos con gran concentración periurbana de emigrantes rurales; en 1970 se calculó que casi 30 por ciento de la población de la ciudad de México, estaba constituida por emigrantes.

Por otra parte, la cobertura actual de los servicios de salud deja sin este tipo de servicios a un gran número de habitantes. En esto influyen tanto los factores de distribución geográfica mencionados, como la estructura de los servicios de salud.

En la organización, estructura e instrumentación de los servicios de salud en México ha habido poca oportunidad de participación de la comunidad para expresar sus necesidades y la jerarquización de las mismas y generalmente se ha subestimado lo que el individuo y la colectividad representan como un insumo en la solución de problemas sanitarios. Un vigoroso esfuerzo para promover esta participación, no solamente coadyuvaría a aumentar la cobertura de la atención a la salud, sino que propiciaría un desarrollo más racional de los servicios de salud.

El UNICEF y la OMS han definido la participación de la comunidad como el proceso en virtud del cual, los individuos y las familias, asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y los de la colectividad y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y al comunitario; y a su vez, llegan a conocer mejor su propia situación y a encontrar incentivo para resolver sus problemas comunes. Esto les permite ser agentes de su propio desarrollo, en vez de beneficiarios pasivos de la ayuda al desarrollo. Para ello, han de comprender que no tienen por qué aceptar soluciones convencionales inadecuadas, sino que pueden improvisar e innovar para hallar soluciones convenientes. Han de adquirir la aptitud necesaria para evaluar una situación, ponderar las diversas posibilidades y calcular cuál puede ser su propia aportación. Ahora bien, así como la comunidad ha de estar dispuesta a aprender, el sistema de salud tiene la función de explicar y asesorar, así como dar clara información sobre las consecuencias favorables o adversas de las actividades propuestas y de sus costos relativos.

En una sociedad democrática, las decisiones y las acciones relacionadas con el bienestar de la comunidad deben contar con el consentimiento del mayor número de personas. Este debe ser el punto de partida para cualquier acción social. Por otra parte este consentimiento no debe ser el resultado del autoritarismo ni de la manipulación.

El autoritarismo es una forma de intervenir en el comportamiento de los individuos, que presupone que una persona o grupo de personas es superior e implanta una situación ideal, basada más en el poder que en la razón y la comprensión de la naturaleza humana. La manipulación, por otra parte, es una concepción cínica del ser humano, considerándolo como una simple máquina condicionable por medio de dosis apropiadas de premios y castigos.

Lo que es deseable es crear las condiciones, mediante la recuperación de la confianza en nosotros mismos y en los demás, para que la participación en la solución de los problemas de salud sea efectiva y no un mero postulado.

En vista del interés de estos temas y conscientes de las implicaciones que la educación de la comunidad para la salud tiene en promover el bienestar de la población, la Academia Nacional de Medicina decidió formar un grupo de trabajo que analice el problema desde diversos puntos de vista. En este primer simposio se aborda este asunto con la óptica de especialistas en salud pública y sociología médica, psicología, ciencias de la comunicación, y del administrador de esta clase de programas a nivel nacional.

## II. CONCEPTOS DE SALUD APLICABLES EN LA EDUCACION DE LA COMUNIDAD

RUBÉN VASCONCELOS\*

Desde hace algunos años, y gracias a la creciente influencia de las actividades preventivas, se ha hecho costumbre llamar "servicios de salud" a los servicios médicos. Esto ha contribuido a que el público asocie invariablemente la salud con las actividades médicas y olvide los aspectos de la sanidad ajenos a la medicina.

Por ese motivo, al plantearse el programa de educar a las comunidades en materia de salud, es necesario definir criterios y puntualizar los conceptos sobre los cuales deberán apoyarse las actividades educativas, y antes de estas, la elaboración de los programas y la selección de métodos y procedimientos aconsejables para lograr educación verdadera.

Si desde el punto de vista estrictamente médico ha resultado discutible la definición dictada por la Organización Mundial de la Salud, para el fin de establecer los objetivos de la educación de las comunidades para la salud, esa definición resulta demasiado general, por no decir que abstracta; aunque establece claramente las tres áreas básicas —corporal, mental y social— en las que se manifiesta la salud, no despeja la ambigüedad de otros términos inclui-

\* Académico titular.

dos en su texto, como "enfermedad" y "bienestar"

Por otra parte, el hecho mismo de que la Organización Mundial de la Salud, desde su origen, tenga relación casi exclusiva con la medicina preventiva en sus actividades de salud pública, ratifica la creencia generalizada de que corresponde a la medicina todo lo relativo a la salud. No es esa la realidad y ello explica entre otras cosas, las objeciones a la definición de la Organización Mundial de la Salud; por ejemplo, ante un hipotético paciente que se quejara de pérdida de su "bienestar social" ¿cuál sería el tratamiento eficaz que podría proporcionarle su médico por excelente que fuese su habilidad clínica? ¿Qué tan efectiva es la acción individual o colectiva del médico actual para eliminar o sólo frenar los múltiples y poderosos factores sociales de enfermedad?

No es necesario multiplicar las argumentaciones para convencernos de la necesidad de revisar nuestros conceptos sobre las relaciones de la medicina con la salud, y si volvemos al caso que nos ocupa, es preferible adoptar el nuevo concepto de la salud, considerándola una condición natural, innata, en equilibrio inestable, dinámico que todos los organismos vivos, desde los vegetales hasta los mamíferos superiores mantienen con el ecosistema al que pertenecen. Los trastornos, leves o graves de esa condición, se producen por muy variados factores, unos derivados del propio organismo afectado y otros originados en otros puntos del ecosistema.

Este concepto ecológico de la salud, aplicado a lo humano, ha ido ganando terreno con rapidez en los decenios recientes, cuando nos hemos percatado de los trastornos provocados por el hombre en ciertas áreas de la biosfera, o cuando ponemos en tela de juicio el concepto de la causa específica de las enfermedades derivado de los primeros descubrimientos microbiológicos de Pasteur. Es más, se afirma que los microbios no son intrínsecamente buenos o malos, cuando se recapacita en el hecho, probado primero por el propio Pasteur, de que en ocasiones no basta sólo la presencia del microbio para desencadenar la enfermedad, pues deben concurrir otros factores ecológicos como variaciones de temperatura, humedad, nutrientes disponibles; o bien factores propios del sujeto, como la resistencia a los gérmenes, propiedad cuyo desarrollo puede ser de carácter evolutivo, como lo plantean algunos investigadores.

De adoptarse este primer criterio "ecológico" de la salud, desaparecerían los obstáculos derivados del concepto médico que ahora prevalece, sin que este cambio signifique la desaparición, ni siquiera la disminución, de las áreas legítimamente ocupadas por la medicina en el extenso campo de la salud. Las bases del concepto ecológico estarían en los campos de la biología, porque la salud es una propiedad de todo organismo vivo, es decir, de toda la biosfera, y en el de la antropología, si nos limitamos al examen

de la salud humana.

Otro concepto fundamental para la educación en la salud sería el cultural evolutivo o sea el derivado de los criterios que la humanidad ha alimentado sobre la salud a lo largo de su evolución.

En las etapas iniciales encontramos los planteamientos míticos: la aparición de Higia como una personificación de Atenea, diosa de la sabiduría, pero atenta específicamente al cultivo de la salud, e independiente de las enfermedades y su tratamiento, que estaba a cargo de otras deidades. La amalgama de Higia con Atenea, o dicho de otro modo, de la salud con la sabiduría, daba apoyo a la creencia, nada errónea, de que los hombres podrían mantenerse sanos si vivieran de acuerdo con la razón. Sin lugar a dudas, este criterio conserva su validez hasta ahora, y bien puede ser, como se dijo antes, una de las bases de la educación para la salud.

Pero debe agregarse que la medicina, por su parte, ha tenido siempre dos aspectos complementarios: el de la curación y el de la prevención. Este último logró sus primeras expresiones en las prescripciones higiénicas que con el carácter de mandamientos religiosos comenzó a practicar el pueblo hebreo desde las épocas bíblicas.

Es probable que uno de los motivos por los que la higiene sea vista con menos interés que la medicina, sea la necesidad del esfuerzo continuado del individuo dispuesto a llevar una vida higiénica, en contraste con la facilidad de entregarse pasivamente a los cuidados de brujos, curanderos, médicos o medicamentos mágicos ofrecidos en diferentes épocas como panaceas o por los menos, como alivio de las enfermedades, cuyo origen, a mayor abundamiento, fue atribuido a fuerzas mágicas, en vez de identificar a la falta de higiene o a las costumbres irracionales como verdaderas causas de la enfermedad.

Parece innecesario insistir en el carácter evolutivo de la cultura, pues resulta evidente tanto la supervivencia de las ideas originales como su diversa fisonomía en el seno de los diferentes grupos humanos o en la sucesión de las épocas.

Pasaremos pues a considerar un tercer concepto, cuya importancia es fundamental para la verdadera promoción de la salud. Podríamos enunciarlo con la afirmación de que compete a cada individuo la conservación de su propia salud, con la única salvedad de que el niño deberá recibir de los progenitores adultos los cuidados y la formación necesaria para tomar conciencia de su responsabilidad progresiva a lo largo de su período de maduración para conservarla y promoverla.

De acuerdo con este concepto, se eliminará la pasividad del sujeto ante las alteraciones de su salud. No dará preferencia al papel de paciente ante un curador más o menos poderoso o capaz de conjurar ese maleficio llamado enfermedad. Deberá, por lo contrario, regir sus actividades y sus recreos por los prin-

cipios racionales de la higiene, la legalidad, la solidaridad, expresiones cuyo común denominador puede encontrarse en el balance ecológico. Practicará todos los hábitos derivados de esos principios y buscará en sus propias acciones o en los fenómenos naturales a veces inevitables, lo mismo la causa de sus enfermedades que los caminos de su curación.

Aceptará su vida como un proceso iniciado en fecha precisa, cuyo desarrollo en la salud o la enfermedad está sujeto a fuerzas naturales y a su propia conducta, y cuyo final es inevitable, aunque el momento sea desconocido e impredecible.

El procedimiento para hacer consciente de esos principios a cada ser humano, es evidentemente la educación, no la instrucción o la simple información, sino aquella cuyos objetivos generales se fijan ahora en tres áreas del intelecto: en la cognoscitiva, para establecer habilidades intelectuales; en la psicomotora, para el aprendizaje de habilidades prácticas y hábitos; y en la efectividad, para el desarrollo de emociones y actitudes. De esto se puede concluir que educar es incorporar, en la conciencia del individuo, los conocimientos, los valores y las reglas que la humanidad ha logrado y preserva en el seno de las culturas.

### III. MODELOS PSICOLOGICOS PARA LA EDUCACION Y CAMBIOS DE ACTITUDES EN LA COMUNIDAD

JORGE LLANES\*

Hace varios años en el —entonces— Colegio de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, un grupo de profesores estábamos preocupados por el cumplimiento cabal de las funciones universitarias. Se reformaron planes de estudio, se plantearon investigaciones y se proyectó a la comunidad un programa de extensión. Sin embargo, era evidente para una generación conmocionada por la crisis del 68, que debían atenderse prioritariamente grupos marginales, donde la ignorancia, la insalubridad y la miseria enmarcaban el suceder cotidiano. Tuvimos la oportunidad de iniciar los trabajos de una amplia investigación en el municipio de Nezahualcóyotl, por los cuales logramos sustentar múltiples conclusiones sobre la psicología del tuguriano y los efectos de la marginalidad en el desarrollo de la personalidad; sobre la insuficiencia de la formación universitaria, su sujeción a metodologías y técnicas de operación e investigación frecuentemente ajenas a la realidad nacional; sobre la desvinculación del trabajo en las aulas de experiencias formativas y de servicio a la comunidad, y, en fin, de innumera-

\* Director Técnico de Higiene Escolar. Secretaría de Educación Pública.

bles problemas que aquejaban —y que aquejan lamentablemente— a nuestras universidades y de las cuales nuestro Colegio no era excepción.

La experiencia nos permitió el diseño de varios instrumentos de investigación participativa, de acción social y desarrollo comunitario, de introducción de instituciones educativas en zonas marginadas y el diseño consecuente de varios modelos y fórmulas de organización, de las cuales el ejemplo más acabado teórica y técnicamente es psicocomunidad, cuyos lineamientos básicos pueden sintetizarse en una frase: “una aplicación de la metodología y cuerpo teórico del psicoanálisis a la solución de problemas sociales”.

Cueli y Biro, en el libro cuyo título es precisamente *Psicocomunidad*, han dado cuenta de los primeros desarrollos. Se presentan aquí algunas experiencias posteriores y su vinculación con programas de salud, bienestar y mejoría de la calidad de la vida.

Como investigación participativa, esto es, como método de estudio de una comunidad —actuando como instrumento de captura el propio investigador—, ese trabajo permitió tener un rango de vivencias que pueden apoyar conclusiones como las que siguen.

1o. El diagnóstico previo de un programa debe abarcar la presencia de elementos de la comunidad, no sólo para salvar el frecuente escollo de la impertinencia del investigador a modos y patrones culturales distintos a los de su origen sociocultural y de clase, sino para que estos, de una parte se respeten y de otra se aprovechen en el proceso de cambio que pretende inducir un programa.

2o. Es necesario excluir la fantasía y las necesidades del investigador frente a su objeto de estudio. Este reconocido aserto, no siempre es dable cumplirlo, pues las expectativas inconscientemente penetran hasta los experimentos más lúcidamente diseñados en los marcos de objetividad y publicidad científicas. Para contrarrestar tal efecto debe haber un análisis consistente de las emociones y fantasías de los investigadores, que minimice los errores imputables a las variables emocionales presentes en todo trabajo humano, y más con otros humanos.

Estas conclusiones sirvieron de base a varios experimentos de acción social y desarrollo comunitario. De estos, algunas recomendaciones válidas para nuestro propósito aquí y ahora son:

1o. *La consistencia en el trabajo.* La acción sistemática es indispensable. La sabiduría popular coincide aquí una vez más con los hallazgos psicoanalíticos: “una golondrina no hace verano”. Aun en el extremo, para que una experiencia adquiera calidad de “trauma” requiere una cantidad de energía, inusual en los programas por cierto, y, en su caso, este trauma se dará sólo bajo ciertas condiciones cualitativas que, generalmente son las que importa modificar.

La consistencia impone fijar parámetros perfectamente delimitados y ser coherentes y congruentes las acciones dentro de tales marcos de referencia. Los principales son: tiempo; en el orden de duración, frecuencia, ritmo y puntualidad de los intercambios con la comunidad; lugar; el espacio donde se da la interacción social, cualquiera que esta sea; persona y actitud de esta, que, además de los contenidos del programa incluye la técnica de aproximación. Estos parámetros, al mantenerse al extremo de la rigidez, crean una relación humana peculiar, donde se da constancia objeto; esto es, presencia y confiabilidad en las expectativas, predecibilidad en la conducta y consecuentemente, una apertura en la comunicación y receptividad —que no sumisión formal— a los mensajes que se asumen, con una participación y responsabilidad crecientes por parte de la comunidad.

2o. *El andamiaje teórico-técnico del psicoanálisis*, para la comprensión, predicción y resolución de la relación establecida bajo las condiciones indicadas, es insustituible. Hemos intentado otras técnicas de modificación conductual, que si bien demuestran utilidad, esta siempre es restringida y con frecuencia involucra, desde su selección, actitudes que en el terreno de la crítica social vinculamos con formas autoritarias de relación.

3o. *Honestidad intelectual*, pretendiendo decir con ello, por una parte, no rebasar los parámetros fijados, por endeble que sea, en un momento dado, la repercusión previsible del programa. Y en otro sentido, evitar el sabotaje emocional personal. Uno y otro aspectos son matices de lo antes dicho, pero es de interés destacarlos porque la sinceridad y el compromiso con un programa de acción comunitaria, sobre todo en zonas de muchas carencias, con demasiada frecuencia encubre sentimientos y actitudes que desde el ángulo psicoanalítico pierden algo de su noble auréola, aunque ganen en realismo y en constatación humana. La desidealización y reparación que siguen a un trabajo de duelo psicológico, a que este tipo de experiencia enfrenta, parece una constante, inevitable y necesaria, para lograr resultados positivos. Desde otro ángulo, esta honestidad intelectual, así como evita negaciones maníacas por idealización, corta actuaciones improcedentes que como riesgo van, desde caer en la demagogia o el derrotismo, hasta capturar la atención a factores externos al programa mismo. Mantener la consistencia, reduce rebasamientos innecesarios y preconditiona y determina frecuentemente nuevos intentos, más comprometidos con el cambio social, y más realistas.

Lo anterior, aplicado a la introducción de sistemas educativos vinculados a la salud, tuvo diversas repercusiones en lo que se ha dado en llamar programas no convencionales en la enseñanza de la medicina. Referiré muy esquemáticamente el modelo en el que personalmente he estado involucrado, porque otros, si bien mantienen puntos de coincidencia, no

corresponden a una aplicación estricta de la metodología propuesta por nosotros. Luego mencionaré algunas experiencias en curso.

La aplicación de psicocomunidad a un contexto educativo tuvo como marco un programa experimental para los dos primeros años de la carrera de medicina de la UNAM, de marzo de 1972 a diciembre de 1973. Las razones para esta elección fueron diversas, pero todas enfocadas a la búsqueda de alternativas a problemas de cupo, vinculación teórico-práctica y de acción comunitaria. Se fijó el modelo así: 36 estudiantes como máximo cupo del grupo; un tutor que los acompañaba durante su trabajo; una responsabilidad real en el cuidado de la salud de la población y un sistema pedagógico que integraba este servicio a los elementos teórico-prácticos del curso, modelo de enseñanza-aprendizaje que imponía visitas semanales a una zona delimitada (bajo los parámetros ya descritos) así como sesiones de igual frecuencia de supervisión psicodinámica del grupo que deslindaba las fantasías previas, el trabajo de campo y los conflictos emocionales de los integrantes del grupo, entre sí, con el tutor o la comunidad.

Los resultados más inmediatos de esta experiencia fueron al nivel del grupo: ganancias en la autonomía personal, que van desde la diferenciación y separación de la familia, a la responsabilidad, laboral y sexual; un rol profesional más definido y conscientemente elegido; académicamente no más, pero tampoco menos suficiencia, y siempre mayor habilidad práctica. En la comunidad, se observó la disminución de algunas enfermedades y de complicaciones evitables por medidas higiénicas concretas; mayor uso racional de los recursos asistenciales disponibles y sobre todo, un cambio de actitudes que, por usar la jerga psicoanalítica, es una menos oral, pasiva, dependiente y hostil.

Este y otros experimentos similares permitieron comprender que el modelo de psicocomunidad (que integra acciones de investigación, docencia y servicio), tiene aplicaciones en diversos contextos; y ha sufrido evoluciones. Algunas de ellas, actualmente en curso, como promociones de salud mental patrocinadas por los Centros de Integración Juvenil, en un barrio de la ciudad de México; otras, en unidades habitacionales del IMSS, para disminuir el riesgo de consumo de drogas y en otras comunidades más, para hacer un uso racional de recursos asistenciales.

Aplicación restringida de la técnica de psicocomunidad para educación de la salud es el llamado teatro popular, o puesta en escena en la vía pública de guiones teatrales con un alto grado de improvisación y diálogo con el público, presentando temas que producen conclusiones del grupo actor y del espectador que luego se canalizan por vía de atención institucional.

Por todo lo anterior puede decirse que se cuenta

con una vasta experiencia en este ámbito, que permite la aplicación del psicoanálisis a tareas de prevención y de educación y cambio de actitudes en la comunidad, con efectos positivos para la salud.

Debo pasar a un punto más general, pero de urgente definición en relación a las aplicaciones de estos u otros modelos de contacto y participación comunitaria en la educación para la salud.

Se acepta que la mejoría de los conocimientos, como base de la actividad económica, de la acción política y el acceso a mejores condiciones de vida, es un principio operante y generalizable a diversas sociedades y culturas. Aumentar el saber, la educación, deviene en instrumento básico del desarrollo, en anticipación de conductas y actitudes tendientes a mejorar la calidad de la vida. Así, la educación, en el sentido estricto de salud, es una parcela de la promoción social, instrumento del comportamiento institucional para acrecentar las condiciones del desarrollo individual y colectivo, exento de los tropiezos y valladares que significa la enfermedad.

En la sociedad mexicana actual —por razones que no viene al caso analizar detenidamente aquí—, se da una fórmula peculiar que caracteriza la estructura social y la relación entre las élites médicas, poseedoras aparentes de los conocimientos promotores de salud y las grandes masas. Han procurado sí, la elevación del acceso a conocimientos y servicios de salud pero, hasta ahora, fijando con ello su dominación sobre las mismas y han ejercido esta potestad sobre el saber con un estilo evocador de actitudes coloniales. Se está muy lejos de que el gran público tenga la participación en los quehaceres de su salud que excluyó, por su pleno desarrollo, el dominio y jerarquía social de las élites médicas.

La crítica de esta situación todavía está iniciándose. La promoción del saber que dé, por la vía de la educación y la cultura, acceso a la salud, todavía está por venir; y la educación para la salud que hoy se aplica no se impone más allá de la comunicación unilineal y la información. Esto es consecuencia lógica de que la forma y nivel de la educación para la salud, no puede ser ajena al tipo global de sociedad y a la proyección que en su ejercicio se hace consecuentemente.

Para hacer educación para la salud se dispone de modelos, de pautas programáticas y lineamientos ideológicos más o menos definidos y sistematizados, que apuntan a valores y significados que conviene esclarecer y precisar, a fin de que, explícitas las intencionalidades, se adviertan los modelos y la validez de sus propósitos, la confiabilidad y oportunidad de su empleo. Si se ha de asumir que la educación para la salud es un instrumento definido, y tal vez, decisivo, para la calidad de la vida, esta decisión no puede dejarse de lado. La conciencia y la libertad, prerrequisitos de la acción crítica, evolucionadora y

exigentes del cambio de la sociedad, devienen en condición y medio de la promoción misma.

Las referencias reiteradas a la educación para la salud no correlacionan positivamente con los esfuerzos de definición de las condiciones histórico-sociales que la justifican, ni de métodos de acción específicos ajustados a las variadas situaciones que se aduce coadyuva a resolver (si bien esta carencia se intenta subsanar en el ámbito académico y de responsabilidad administrativa con diversos proyectos y programas, a lo que no es ajena la Academia Nacional de Medicina, como da testimonio este simposio).

A manera de resumen final diré:

La educación —lato sentido— como un eslabón generacional, en tanto instrumento de incorporación de valores y actitudes de los nuevos miembros del cuerpo social, en forma que se asimila útil para sí y el conjunto, es de sobra reconocida y a ella se aplican importantes recursos de la sociedad. Para la consecución de objetivos particulares coincidentes con los juicios valorativos consagrados sobre la salud, son ciertamente menos, pero participativos de los ideales de mejoría y progreso usualmente aceptados. Esto impone, sin embargo, como condición primera para programas de alcance nacional, un análisis crítico, que permita hacer explícitos los valores y actitudes que se sostienen como norma, como desiderata de las instituciones y que se consideran idóneas para nuestro grupo social. A este efecto y por vía de acceso, convendrá ubicar los fines y los medios en su contexto real y no aceptar los ya formalmente consagrados en el ámbito de nuestras sociedades médicas.

Saber y actuar se mencionan intencionalmente como polos extremos de la ciencia y la política, pretendiendo inscribir una relación bipolar que la realidad obviamente desmiente, y que una práctica honesta intelectualmente desdice.

Un análisis, sea esquemático, nos descubre de inmediato la certidumbre de relaciones de poder y dominio y las contradicciones inherentes. De ello resalta como evidente, que la educación en general o de la salud en particular, como cualquier otro elemento sistémico, pretende preservar las ideologías dominantes y que su cambio y renovación sólo se dará si el escrutinio crítico y la reflexión seria resuelven las contradicciones que son inherentes al quehacer social y producen programas consecuentes, válidos, confiables y oportunos.

Pero si no hemos de renunciar a nuestras aspiraciones, a pesar de lo fragmentario que sean las respuestas y de los largos periodos requeridos para ver frutos en lo social, debemos empezar. . . Y el cambio empieza con nuestra propia subjetividad, pues sólo en el vencimiento de las resistencias y en la crítica, que empiezan con uno mismo, se abren horizontes para el auténtico cambio social.

#### IV. INFORMACION VERSUS COMUNICACION. IMPLICACIONES PARA LA "PRODUCCION" DE SALUD

GUILLERMINA YANKELEVICH†

Los estudios acerca del fenómeno de la salud se han planteado, en términos generales, bajo dos enfoques: los que consideran la salud como una relación energética del tipo "insumo-producto" y los que discuten el problema como un proceso poblacional de la naturaleza "oferta-demanda".

Dentro del primer enfoque podemos ubicar algunas investigaciones procedentes del área de la economía, en las que la salud se considera un insumo esencial en la determinación de la capacidad productiva de un individuo o una población. También dentro de este mismo punto de vista, aunque con un planteamiento inverso, se pueden incorporar diversas investigaciones del área biomédica y de medicina social, en las que la salud se postula como un "producto" y las investigaciones se realizan alrededor de las condiciones necesarias para obtenerlo.

El segundo enfoque, el de dinámica de "oferta-demanda", engloba aquellos estudios en los cuales se investigan las necesidades o "demandas" de salud de la población y su relación con la capacidad de "oferta" institucional o privada que responde a las necesidades planteadas. Este último grupo incluye básicamente las investigaciones relacionadas con diagnóstico y planeación de la salud.

Los dos enfoques mencionados han sido trabajados a los niveles individual y social, de análisis; los insumos en salud pueden ser de interés tanto individual (o familiar) como social; la inversión en la salud del individuo o la comunidad repercute tanto en el incremento o la seguridad de un ingreso personal, como también en el aumento del producto social obtenido. De la misma manera, se puede plantear que la medicina privada se interesa básicamente en la demanda a nivel individual y la medicina institucional hace mayor énfasis en la demanda de tipo social.

Ambos puntos de vista sobre la salud, el de oferta-demanda y el de insumo-producto, poseen una característica que los asocia bajo un denominador común; en los dos planteamientos la población constituye un elemento pasivo con respecto al fenómeno de la salud; es decir: la comunidad, o sus integrantes, consumen un recurso necesario para su subsistencia.

En este sentido las investigaciones, y sobre todo

las estrategias de acción que de ellas se siguen, han descuidado un elemento fundamental en los caminos de adquisición de salud en una población; la salud no es únicamente algo que las personas reciben, es también algo que ellas son capaces de "producir".

Un individuo, por ejemplo, con alto ingreso, tendrá mayores expectativas de salud, en virtud de su gran capacidad de demanda de servicios; pero habitualmente esta persona posee también mayor escolaridad y un mejor acceso a la información. En estas condiciones sus expectativas aumentan, en virtud de que la oportunidad de conocer nuevas técnicas relacionadas con el mejoramiento de la salud y su mayor preparación para utilizarlas, se traduce en la posibilidad de contribuir a la "generación de salud" para sí mismo, para su hogar e incluso para la totalidad de la población. Es un hecho indiscutible el que una persona siempre escoge el "mejor" camino para lograr el nivel de salud deseado; pero esta selección no se realiza entre todas las vías de acceso disponibles sino entre las que el individuo conoce. Su espacio de decisiones está conformado por la información que posee y que además está en capacidad de utilizar.

Una consecuencia importante de la perspectiva planteada con respecto a la salud, es el hecho de que la posibilidad de contribuir a la generación de salud, sea en el hogar o en la comunidad, puede por sí misma abatir los costos individuales y sociales involucrados en alcanzar o mantener un estándar dado. Estos aspectos, en países como el nuestro, deben atenderse cuidadosamente, puesto que ofrecen posibilidades de un mejor aprovechamiento de los recursos disponibles.

Las consideraciones anteriores, plantean la importante cuestión de cómo cambiar a una comunidad de una posición pasiva a una productiva en lo que a la salud se refiere.

La visión de la comunidad y sus integrantes como "generadores" de salud ha sido mencionada en trabajos anteriores;<sup>1-3</sup> ya se expresó en este mismo simposio que una estrategia de modificación de la actitud de una comunidad con respecto a la salud, desde luego a largo plazo, es la orientada educación y aculturación de sus integrantes. Igualmente son conocidos los múltiples intentos de informar a la comunidad, a través de diversos medios, acerca de la disponibilidad de recursos y técnicas novedosas en salud, con objeto de lograr resultados a más corto plazo.

A pesar de los conocimientos antecedentes, las diversas gestiones llevadas a cabo por diferentes instituciones no han arrojado resultados del todo satisfactorios. Recordemos con propósitos únicamente ilustrativos que el uso de anticonceptivos, la modificación de los alimentos que componen la dieta, el cambio de hábitos en las madres con respecto a los hijos lactantes y otros son algunos de los casos, entre los frecuentemente comunicados, en los que no se

† Académica numeraria. Departamento de Biofísica y Biomatemáticas. Instituto de Investigaciones Biomédicas. Universidad Nacional Autónoma de México.

### Sistema de transmisión de información



Fig. 1. Componentes de un canal físico de transmisión de información. El emisor lo constituye el investigador y el receptor, los miembros de la comunidad.

ha alcanzado el nivel de cambio esperado en la actitud de la población.

La lectura de las referencias a los trabajos mencionados<sup>4-6</sup> revela la presencia de lo que aquí se ha denominado como "actitud de consumo pasivo". Así, la presencia de promotores o informadores logra la utilización del recurso ofrecido; pero una vez que aquellos son retirados, en la mayoría de los casos la población retorna a su comportamiento original. No parece, en conclusión, que las estrategias empleadas en la promoción hayan generado el cambio de actitud requerido para que una comunidad se haga consciente de la capacidad de participar en la generación de su propia salud.

Los ponentes anteriores versaron ampliamente sobre diversos aspectos relacionados con el cambio de actitud. Con respecto a este mismo problema nos ha parecido de interés el presentar, en esta ponencia, un conjunto de estudios realizados por nosotros sobre la capacidad de comunicación visual con una comunidad. Así mismo, nos proponemos discutir las implicaciones que surgen de esta investigación con respecto a la "producción de salud" en una población.

En el estudio referido, nos abocamos a la tarea de generar un planteamiento formal de la comunicación humana, para lo cual se consideró a los investigadores y a las comunidades participantes, como los elementos integrantes de un canal físico de información, esto es el emisor y el receptor respectivamente (fig. 1).

La ubicación del estudio de un canal humano dentro de la teoría de la información permite la formalización de las relaciones entre emisor y receptor dentro de un diagrama de Venn (fig. 2).

La formulación mencionada, ofrece dos posibilidades importantes:

- Valorar cuantitativamente la información visual compartida entre el investigador y las comunidades.
- Destacar aquellas propiedades de los mensajes visuales emitidos por el investigador, que "optimizan" la información por él compartida, con el receptor.

Intervinieron en la investigación dos tipos de po-

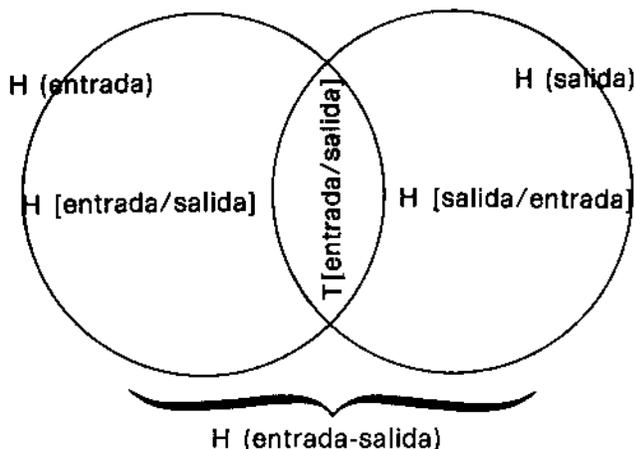


Fig. 2. Relaciones de incertidumbre (información promedio por símbolo) en un canal físico de información. En la entrada del canal se encuentra el emisor y a la salida, el receptor.

H [entrada/salida]: información total en el sistema. H [entrada/salida]: equivocación; fracción de la información que el emisor envía pero que se pierde en el canal.

H [salida/entrada]: ruido; fracción de la información a nivel del receptor que el emisor no envió. Información generada en el proceso de transmisión. T [entrada/salida]: información compartida; información común para el emisor y el receptor.

blaciones: rurales y urbanas. Estas fueron expuestas a una serie de imágenes fotográficas y esquemáticas como las que se muestran en las figuras 3 a 6. En ellas se valoró, en bits, la información emitida por la fuente y correspondientemente, la información captada por la comunidad como una función de la capacidad de sus integrantes para identificar y retener, a plazo corto, la información contenida en cada transparencia.

Un grupo de las imágenes proyectadas mostraba objetos aislados (figs. 3 y 4) (tanto para los esquemas como para las fotografías) mientras que el otro, presentaba los objetos relacionados en una escena (figs. 5 y 6).

Los resultados, que aparecen en extenso en publicaciones previas,<sup>8,6</sup> fueron, en los aspectos más generales, coincidentes con los comunicados en la literatura; la población rural fue, comparativamente con la urbana, deficiente en la cantidad de información compartida con el investigador. Este resultado fue muy evidente con las imágenes esquematizadas y de menor significación en el caso de las fotografías.

Una interpretación frecuente acerca del destacado desempeño de las comunidades socioculturalmente desarrolladas vs. las de escaso desarrollo, es la de un insuficiente ejercicio de la función perceptiva visual y

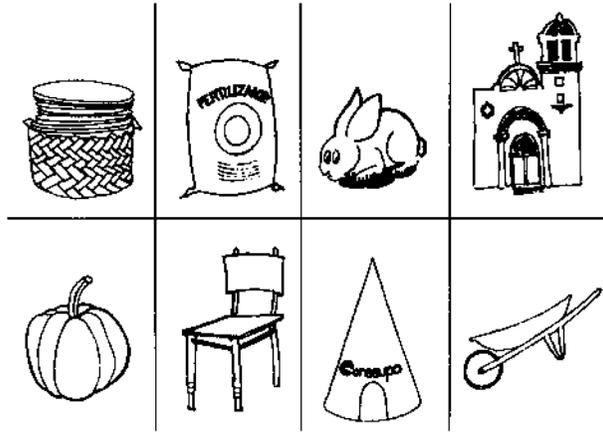


Fig. 3. Serie de imágenes que contienen objetos no relacionados entre sí, generadas con dibujos de línea.

una deficiencia en la capacidad de abstracción conceptual que acontece concomitantemente con el proceso perceptivo. Se ha llegado incluso a comparar el desempeño de poblaciones de escaso desarrollo con la de niños preescolares, los que por razones de edad, no han alcanzado la madurez perceptiva y de abstracción del adulto.<sup>10</sup>

El diseño particular de la investigación, que permitió comparar entre el desempeño con imágenes esquemáticas e imágenes fotográficas escenificadas y no escenificadas, nos ha orientado hacia una interpretación diferente. El deficiente desempeño de la población rural vs. la urbana, que acontece básicamente con imágenes esquematizadas, se debió más bien al desconocimiento que tenían los miembros de la comunidad rural del cifrado empleado en los mensajes.

El término cifrado o código (anglicismo, este último, muy frecuentemente utilizado en la literatura) debe extender su conotación cuando se analiza un canal humano de transmisión de información.<sup>11</sup> En el lenguaje de imágenes, y lo mismo que acontece en el verbal, el cifrado no implica únicamente los símbolos y las reglas de asociación de los mismos, caso del canal físico.

El hombre, que ha elevado el nivel de complejidad en su comunicación por medio de palabras, también ha complicado considerablemente su forma de comunicación a través de imágenes. En esta nueva condición, resulta insuficiente para la cabal comprensión de un mensaje, el poder identificar las imágenes y el que éstas se desarrollen en un escenario familiar. La forma simbólica en su representación esto es, el cifrado, también debe ser conocida para el receptor de la información. Se debe reconocer la existencia de una superestructura "retórica", de origen sociocultural, en el lenguaje de imágenes, al igual que se le ha identificado en nuestro lenguaje

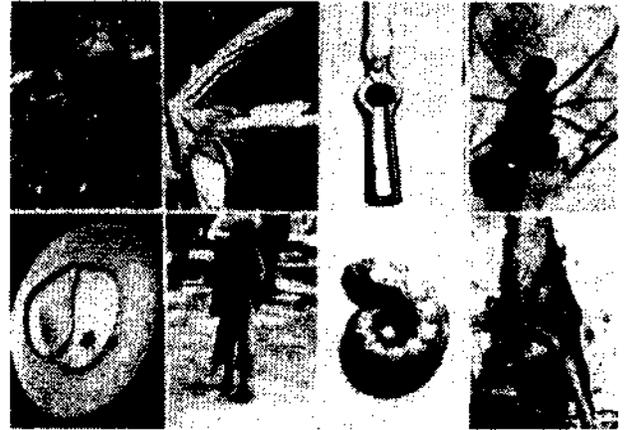


Fig. 4. Serie de imágenes que contienen objetos reales, no relacionados entre sí, generadas con fotografías.

con palabras.

El desconocimiento del "cifrado" por razones culturales, en la población rural, desautoriza a identificar su mal desempeño con una deficiencia en la posibilidad de abstracción conceptual. Acaso la interpretación debiera ser inversa: estas poblaciones, frecuentemente iletradas, aún poseen aquella original capacidad de abstracción de información de las imágenes, que posiblemente ha sido diezmada en los que hemos adquirido y ejercitado por mucho tiempo el hábito de lectura con un lenguaje fonético.

Las reflexiones anteriores, aunadas a los resultados cuantitativos obtenidos, permiten concluir lo que sigue.

Durante el acercamiento a una comunidad a través del canal visual, pueden establecerse dos tipos diferentes de relación entre el emisor y el receptor: la de una mera "transmisión de información" o la de una verdadera "comunicación".

La población puede ser ubicada, por la naturaleza del mensaje, en la posición de ser exclusivamente "informada". En este caso adopta la única posición posible, que es la de un almacenamiento pasivo de la información. Si esta última le es transmitida con un "código" plenamente conocido, sus individuos pueden optar por una posición activa, de tipo reflexivo, que les permite ubicar la información en su propio contexto de conocimientos. Ello significa poder evaluar, comparar, ponderar y reestructurar su acervo informacional como un resultado del nuevo aporte recibido. En este segundo caso, aun la ausencia de un cambio en el comportamiento de la persona, constituye una participación activa en el proceso, dado que ha mediado la toma de una decisión concreta.

Los medios masivos llamados de comunicación, que bajo el criterio aquí establecido constituyen medios masivos de "información", logran un resultado

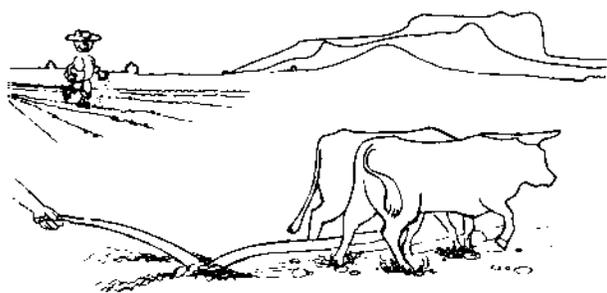


Fig. 5. Serie de imágenes que contienen objetos relacionados en una escena, generados con dibujos de línea.

totalmente consistente con nuestras interpretaciones, esto es, producen un incremento en el consumo de aquellos aspectos acerca de los cuales se informa a la población. Si este último es el propósito, más vale no ocuparse de verdaderamente comunicar el mensaje a la comunidad; ello podría generar un cambio de actitud en sus integrantes, quizá no deseable para la fuente proveedora de la información.

El conocimiento derivado de nuestros estudios sobre comunicación con una comunidad tienen, a nuestro criterio, una conexión directa con nuestra discusión previa sobre la participación de la población en la generación de salud. Es posible que meramente "informar" a la comunidad, en los términos discutidos, sobre técnicas y hábitos de salud, genera en ella, cuando más, una elevación en el consumo de los recursos disponibles.<sup>12</sup> Un ejemplo muy evidente de ello es lo que acontece con algunos moradores urbanos que reciben una gran cantidad de información pero que, siendo aún marginados culturales en la urbe, no están en condiciones de reflexionar sobre su contenido. El lograr la "comunicación" con una población, nuevamente en los términos definidos, da cabida a su participación consciente y activa en la promoción de un valor, socialmente reconocido en su comunidad, que es la generación de salud.

La diferencia entre informar y comunicar radica, en parte, en el cifrado utilizado en los mensajes, como apuntan nuestras observaciones. Este hecho, ampliamente reconocido desde el punto de vista del lenguaje hablado,<sup>13</sup> debe hacerse extensivo al lenguaje de comunicación por medio de imágenes.<sup>9</sup>

Es decir, la comunidad debe contemplarse, no sólo como un consumidor de servicios en salud; es también una posible fuente de "producción" de la misma. La población adopta una actitud de consumo pasivo o una posición activa en la generación de su propia salud, dependiendo en una buena parte, de



Fig. 6. Serie de imágenes que contienen objetos reales relacionados en una escena, generadas con fotografías.

las opciones que le ofrecen las fuentes proveedoras de la información.

#### REFERENCIAS

1. Weiss-Altaner, E.: *Producción de salud y mortalidad*. Demografía y Economía 9: 53, 1975.
2. Yankelevich, G.: *El uso del análisis de factores en la selección de variables de interés en salud pública*. Salud Pùb. Méx. 18: 641, 1976.
3. Yankelevich, G.: *Necesidades de salud en un futuro cercano*. Ciencia y Desarrollo 21: 52, 1978.
4. Díaz, G. R. y Morales, M.: *La contribución del INCCAPAC respecto al problema de la planificación familiar*. Presentado en la Primera Reunión sobre Investigación Demográfica en México. México, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, 1977.
5. Jiménez, R.: *Actitudes y motivos hacia el tamaño de la familia, en la población rural y semiurbana de México*. Presentado en la Primera Reunión sobre Investigación Demográfica en México. México. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, 1977.
6. Chávez, A. y Angeles, C.: *Estudio sobre la recuperación de niños en comunidades rurales. I El papel de la atención médica*. Arch. Latinoamer. Nutr. 18: 135, 1968.
7. Chávez, A. e Iñiguez, G.: *Estudio sobre la recuperación de niños desnutridos en comunidades rurales. II. La importancia de la auxiliar adiestrada*. Arch. Latinoamer. Nutr. 18: 149, 1968.
8. Yankelevich, G. y Naranjo, E.: *La comunicación con una población rural, analizada como un "canal de información"*. Conferencia Internacional IEEE. Capítulo: Hombres, sistemas y cibernética. México, 1978.
9. Naranjo, E. y Yankelevich, G.: *Valoración de la información compartida con una población rural*. Demografía y Economía 12: 1978.
10. Spaulding, S.: *Communication potential of pictorial illustration*. AV Communic. Rev. 4: 31, 1956.
11. Yankelevich, G.: *La teoría de la información en biología*. Naturaleza 5: 224, 1974.
12. Yankelevich, G.: *Interacción médico-población*. GAC. Méd. Méx. 107: 537, 1974.
13. Smith, G. A.: *Introducción*. En: *Comunicación y cultura*. Vol. I. Teoría de la comunicación humana. Buenos Aires, Ed. Nueva Visión, 1976.