

IV Taller “Paraguay desde las ciencias sociales”

Presentación de línea de investigación

Gottero, Laura (lauritagottero@hotmail.com) – GESP (UBA), IIGG-CONICET (UBA)

Educación para la salud y participación social **Experiencias y discursos en Paraguay y Argentina**

En el desarrollo de una política de salud, la dimensión educativa ocupa un lugar destacado, tanto en lo que se refiere a la capacitación de los agentes sanitarios como en la formación ciudadana y comunitaria. Sin embargo, como todo proyecto educativo, éste deja a un lado ciertos contenidos para privilegiar otros, a la vez que construye de determinada manera los fenómenos asociados con la problemática señalada —incluso, la misma elección de los factores de dicha asociación es en sí una decisión que recorta ciertos sentidos de un amplio espectro, y deja afuera ideas o fenómenos que, de ser incluidos, actualizarían —y también modificarían, posiblemente— la mirada sobre las cuestiones analizadas.

Asimismo, las planificaciones educativas que abordan de manera específica la dimensión de la educación para la salud, con fines de promoción y prevención en la población, constituyen un eje central en la mayoría de los planes y campañas sanitarias en Argentina. Esto constituye, asimismo, una tendencia global impulsada por los mismos organismos internacionales que establecen a la educación como una de sus premisas de acción de salud, dado que no sólo provee de conocimientos a la comunidad sino que también la impulsaría hacia la participación social. Este planteo, en términos formales, parece inobjetable; sin embargo, se vuelve cada vez más necesario debatir sobre los contenidos que se difunden a través de la tríada información-educación-participación, puesto que utilizar estos conceptos sin actualizar la perspectiva hegemónica desde la que se los está promoviendo resulta riesgoso a la hora de pensar y de trabajar sobre problemáticas sociales.

Esta propuesta de línea de investigación parte de la premisa de que la ubicuidad de la educación para la salud en las planificaciones sanitarias obliga a discutir a éstas como un todo, en sus múltiples aspectos y connotaciones, y también incluir una perspectiva comparativa que permita articular experiencias en diferentes países que presentan coincidencias en sus agendas sanitarias. La educación para la salud siempre es considerada como positiva y constructiva en sí misma, y aunque en sus cuestiones de forma esto pueda llegar a ser así, es preciso avanzar en el debate sobre sus contenidos y construcciones simbólicas, del mismo modo que se discuten los presupuestos de cualquier otra planificación de enseñanza-aprendizaje. Es en este sentido que se postula que la selección y la organización de ciertos materiales e informaciones pretendidamente educativas, sobre cuestiones de agenda sanitaria y pública, constituye un recorte semántico que no está dado, sino que parte de una decisión ideológica y política.

Siguiendo lo expuesto, esta línea de investigación se encuentra en pleno avance en el plano argentino, y encuentra una posibilidad de comparación con las políticas de salud elaboradas en Paraguay sobre dengue y fiebre amarilla a partir de los presupuestos sobre educación de la salud plasmados a través de las nociones de participación social y de la figura del agente comunitario. Para ello, se realizará un análisis comparativo que relacione de manera crítica la Guía Participación social en la prevención del dengue. Guía para el promotor (Argentina, 2009), y el Manual para el Vigilante Comunitario (Paraguay, 2013). El objetivo general de este análisis comparativo documental es

indagar qué construcción discursiva se elabora sobre la educación para la salud en ambas guías para, en consecuencia, problematizar las siguientes cuestiones:

a) cuáles son las posibilidades que se destacan a partir de esta asignación simbólica para profundizar el diagnóstico sobre las condiciones de vida de la población —que incide en la prevalencia de dengue. La omisión del contexto socioeconómico se contrapone, en los documentos estudiados, con una predominancia de las informaciones sobre entomología y características biológicas del mosquito —en el caso de la fiebre amarilla, también existe un extenso apartado sobre las características de los monos que también pueden ser contagiados—, a partir de los que se puede conocer el ciclo completo de reproducción del *Aedes aegypti* y sus modos de vida. La existencia urbana del mosquito no es asociada con las condiciones de vida poco favorables (con la existencia de basurales, saneamiento deficiente, etc.), sino con el modo de vida del hombre, dentro de los que se cuenta —en el caso argentino— el motivo de migrar; en efecto, no sólo en la guía que se analiza en este trabajo, sino en todos los demás materiales educativos sobre el dengue, las migraciones se presentan como uno de los factores causales de los brotes periódicos de esta enfermedad. Es decir, la migración no forma parte de un “estado de situación” sino que es una causa que, siguiendo la lógica preventiva, también debería tratarse.

b) el rol del agente comunitario como mediador entre el Estado y la sociedad. la figura de los “agentes comunitarios” ha tomado una creciente fuerza en Argentina, como encargados de promover la salud en un sentido territorial y apelando a su conocimiento del área donde trabajan, puesto que antes de ser promotores fueron (y son aún) habitantes o vecinos del lugar donde ahora intentan inculcar nuevas prácticas de salud. En este sentido, en trabajos anteriores sobre promoción de salud y dengue he señalado que “la caracterización del agente comunitario adolece de una ambigüedad constitutiva: hecho a imagen y semejanza de un enviado estatal, debe hacer primar en sus actividades la ligazón con la comunidad y lograr que el aparato de Estado intervenga sólo con casos de enfermedad confirmados, no así en la prevención del día tras día, ni en la modificación de condiciones estructurales que promueven la reemergencia de enfermedades infecciosas en forma periódica” (Gottero, 2012: 65). En la medida en que pueden ser los cronistas de situación en el terreno mismo donde se desarrollan los problemas, los AC en salud poseen una creciente importancia no sólo para la población objetivo de las medidas de prevención, sino también para el Estado, en tanto la presencia de estos trabajadores constituye una forma de demostrar intervención estatal y, a la vez, una aparición regulada (a veces, postergada) de los equipos de salud que se encuentran involucrados en el tratamiento de las ETV.

c) el sentido dado al término “participación social” en el contexto de estas iniciativas estatales en ambos países, en tanto se trata de una idea que tenía un trasfondo comunitario y horizontalista en los 70 pero que fue resignificada a partir de su utilización por parte de los organismos internacionales. Es importante indicar que, pese a las formulaciones actuales que basan la mayor parte de sus acciones de salud en la educación y la participación, como derivadas de la promoción, ésta no se encuentra asentada sólo en estas dimensiones, sino que requiere de otros factores para hacerse efectiva. Tal como Díaz Brito *et. al.* (2012) enumeran a partir de lo expuesto en la Carta de Ottawa, los cinco puntos necesarios para la PS son: a) elaboración de políticas públicas saludables; b) creación de ambientes favorables; c) reforzar la acción comunitaria; d) desarrollar aptitudes personales; e) reorientar los servicios de salud. Cada uno de estos requisitos fue objeto, posteriormente, de encuentros internacionales

donde fueron tratados en profundidad, pero es preciso señalar que la educación para la salud es una de las herramientas para promocionar la salud, mas no la única. Pensar en su predominancia es, por un lado, obtener plusvalía de la acción comunitaria y formar un recurso humano barato (los promotores de salud) que no cuenta con medios efectivos y materiales de transformación y, por el otro, dejar a un lado las propuestas críticas que, con argumentos tomados de la teoría y de la práctica, resaltan la impotencia de las medidas educativas en contextos de fallas infraestructurales que impiden el acceso al agua potable, al saneamiento urbano y a la erradicación de basurales a cielo abierto, por ejemplo (Gottero, 2012), así como la falta de registro de las posibilidades efectivas que tienen los pobladores de concretar los “consejos” de prevención, lo que es considerado por Briceño-León (1996) como las circunstancias, condiciones materiales reales, que permiten comprender “ por qué una familia pobre sin servicio de agua potable debe guardar el líquido en recipientes que permiten los criaderos de *Aedes aegypti*” (Briceño-León, 1996: 8). Si estas diferencias, provenientes de la desigualdad socioeconómica y urbana, quedan desatendidas, la resistencia a la propuesta educativa —o promotora de la prevención— es el resultado más probable:

Las personas en las distintas zonas endémicas demuestran cansancio frente a las inspecciones domiciliarias, a consumo de pastillas, al uso de insecticidas, a la toma de muestras de sangre, en fin, a todo un conjunto de acciones que no se les consultan ni explican del todo (...) La resistencia de los seres humanos obliga a un cambio en los programas y en especial en la manera de entender la relación de las personas con el control de las enfermedades y los programas de control (Briceño-León, 1996: 8).

Omitir estos datos contextuales fundamentales para una política de promoción y prevención constituye una premisa errada sobre la que frecuentemente se construyen las estrategias de información-educación-comunicación.

A partir del análisis comparativo propuesto, se espera dar lugar, en el marco de un debate, a la ubicuidad de la educación para la salud en las planificaciones sanitarias, pues es una tarea obligada discutir a éstas como un todo, en sus múltiples aspectos y connotaciones. En este sentido, la primera instancia de esta sección de conclusiones remite a los sentidos asociados con la educación para la salud: siempre se la considera como positiva y constructiva en sí misma, y aunque en sus cuestiones de forma esto pueda llegar a ser así, es preciso avanzar en el debate sobre sus contenidos y construcciones simbólicas, del mismo modo que se discuten los presupuestos de cualquier otra planificación de enseñanza-aprendizaje. Es en este sentido que se postula que la selección y la organización de ciertos materiales e informaciones pretendidamente educativas, sobre cuestiones de agenda sanitaria y pública, constituye un recorte semántico que no está dado, sino que parte de una decisión ideológica y política. Esta apreciación encuentra un ejemplo concreto en las políticas de capacitación para agentes comunitarios y en las campañas de comunicación para la población en general que se enmarcan en el plan general de prevención del dengue y la fiebre amarilla en Argentina, desde el año 2009, donde puede observarse una desconexión riesgosa entre lo postulado por la ley migratoria 25871 en cuanto al derecho a la salud para las poblaciones migrantes, y el desarrollo discursivo sobre prevención y promoción sanitarias en el área de epidemiología. Es por eso que esta línea de investigación planea continuar con el estudio efectuando la comparación con el documento para agentes

comunitarios elaborado por el Ministerio de Salud paraguayo, en virtud de que una mirada regional sobre esta problemática será fructífera a la hora de realizar balances y formular propuestas.

Bibliografía citada

Briceño-León, Roberto (1996) Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. *Cuadernos de Salud Pública* (pp. 7-30), 12(1), enero-marzo.

Gottero, Laura (2012) Enfermedades migrantes y pedagogía epidemiológica: agentes comunitarios, participación social y educación en salud". *Revista Iberoamericana de Salud y Ciudadanía* (pp. 62-85), Vol. I, N°.1, 62-85. Acceso web: <http://revista.iohc-pt.org/index.php/es/revistas>.

Díaz Brito, Yoimy, Pérez Rivero, Jorge Luis, Báez Pupo, Francisco, y Conde Martín, Marlene (2012) Generalidades sobre promoción y educación para la salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral* (pp. 299-308), 28(3).