

INVESTIGACIÓN ANTROPOLÓGICA PARA UNA NUEVA CULTURA DE LA SALUD

Selene Alvarez Larrouri*

Resumen

El presente texto tiene por objetivo exponer y fundamentar algunos conceptos para orientar la investigación antropológica requerida en la promoción y protección de la salud de la población, a través de la transformación de las condiciones de vida actuales. Se parte de una definición de los elementos constitutivos de la cultura de la salud. Se define el concepto de promoción para la salud a través de la exposición histórica del mismo, para decantar en la actual propuesta de los organismos internacionales en la Carta de Ottawa. Se discute esta propuesta a la luz de la acción de las instituciones de salud y se propone

una alternativa de NUEVA CULTURA DE LA SALUD. Se determina el papel de la investigación antropológica en este proceso y se proponen, desde las Teorías de Paulo Freire y Jurgen Habermas, dos metodologías: La hermenéutica y la investigación acción participativa. Se propone también un diseño metodológico abierto y líneas de investigación específicas que permitirían construir un conocimiento que coadyuve al mejoramiento de la precaria salud de la población.

Palabras Claves: Ciencias Sociales y Salud, Cultura de la Salud, Investigación Antropológica

Recibido: 14 de Enero de 1997 • Aceptado 22 de Marzo de 1997

* Doctora en Sociología. Investigadora del Instituto Nacional de Antropología e Historia de Veracruz, México. Aptado. 639, C.P. 91000. Xalapa, Veracruz. Fax: (28) 187.309.

ANTHROPOLOGICAL RESEARCH FOR A NEW HEALTH CULTURE

The present text proposes to explain and support certain concepts which orient the anthropological research required in the promotion and protection of health in the population, through the transformation of present-day life conditions. It begins with the definition of the constituent elements of the culture of health. It defines the concept of the promotion of health through the historical explanation of the same, in order to demistify the present proposal of international organisms in the Ottawa Letter. It discusses this proposal in light of the actions of health institutions and proposes an alternative

to the New Culture of Health. It determines the role of anthropological research in this process, and proposes, based on the theories of Paulo Freire and Jurgen Habermas, two methodologies: hermeneutics, and participative action-research. An open methodological design and specific lines of action are proposed which permit the construction of a body of knowledge which helps to better the precarious health of the population.

Key words: *Social Science and Health, Culture of Health, anthropological research*

Una parte importante de la cultura es patrimonio del inconsciente colectivo, es resultado de una evolución histórica, producto de la relación de las personas y colectividades con su medio. La cultura consciente es aquella que no es tanto un resultado, sino una decisión de cómo se quiere ser, qué formas se quieren tener, qué saberes se quieren desarrollar: una cultura que mira hacia el futuro, aun cuando se apoye y tenga en cuenta la cultura del pasado.

Cembranos, Mortesinos y Bustelo

Introducción

El presente texto tiene por objetivo exponer y fundamentar algunos conceptos para orientar la investigación antropológica requerida en la promoción y protección de la salud de la población, a través de la transformación de las condiciones de vida actuales.

Los seres humanos han dejado rastro a lo largo de su historia, de las transformaciones que han efectuado sobre su entorno para sobrevivir y reproducirse. Las características de las transformaciones responden a las distintas formas en que se han organizado en sociedad; familia, grupo, institución, estado etc.

Las formas de organización social para reproducirse han creado las condiciones de vida específicas en los distintos momentos históricos.

Son estas condiciones sociales, económicas, políticas, científicas, etc., las que perfilan la situación de salud de los seres humanos en su proceso de reproducción.

Los grupos sociales tienen una "forma de vida" peculiar que está constituida por sistemas de significación, formas de hacer, de reproducir y de transformar; que suponen algún grado de auto - reflexión y auto - validación. Es una forma de relación y transformación del entorno que siempre está acompañada de un halo de cosa entendida por sus autores; el ser humano no se limita a adaptarse y a transformar el medio, le otorga un sentido (Melich, 1994).

Puede decirse entonces que existe cultura ahí donde una "forma de vida" permite la formación de sujetos: individuos que están en acuerdo o en desacuerdo con la forma en que viven. Los sujetos se diferencian de los meros individuos de una especie por el grado de autonomía frente a las coacciones biológicas; por el grado en que guían sus acciones de acuerdo con reglas y cánones de valor que no están dados naturalmente sino en el contexto de una tradición; por el grado en que pueden contar su opinión o perspectiva en la elaboración y validación de las reglas; por el grado en que pueden negociar modelos de la realidad a partir de su propia experiencia y en un comercio con las perspectivas de otros de su grupo, a través del lenguaje (Bickerton, 1994).

Así, el proceso de organizarse en sociedad y de crear condiciones de vida específicas transformando el entorno, está intrínsecamente ligado a una manera de pensar el mundo y a un intercambio de perspectivas, de sentires y afectos que van tejiendo una red de representaciones intersubjetivas. Las representaciones intersubjetivas son formas codificadas en que los sujetos se refieren a la realidad (natural, social e interna individual) en su proceso de reproducción, como pertenecientes a un grupo humano históricamente determinado. Hacen posible la comunicación de complejos de sentido y el ajuste del entendimiento entre quienes comparten una misma lengua, un entorno y un umbral de saberes y tradiciones (Bruner, 1988). Las representaciones intersubjetivas son las percepciones del mundo natural - cultural que se adquieren a través de la intercomunicación y el lenguaje. Unifican la experimentación y el pensamiento de sentido común de los hombres que viven su existencia cotidiana entre sus semejantes con quienes los vinculan múltiples relaciones de interacción (Mardones, 1988).

De acuerdo a lo anterior, cultura se puede definir como la producción, apropiación, usufructo, reelaboración y resignificación de las representaciones intersubjetivas mediante las cuales los sujetos y grupos se instituyen a sí mismos y dan significado y sentido a su propia realidad y al proceso a través del cual interactúan entre sí, se organizan para su reproducción y transforman las condiciones en las que viven. Ahora bien, en la medida en que toda reproducción social es manifestación y producción cultural, y en la medida en que la reproducción material de las sociedades consiste en dar respuesta a desafíos vitales, por ejemplo, superar o prevenir padecimientos y malestares incapacitantes psico-fisiológicos, puede decirse, que siempre, ha habido culturas de la salud.

Pertenecer a un grupo, identificarse con el mismo, haber nacido y haberse desarrollado en el seno de una familia, de una clase social, en un país, en un momento histórico no sólo es condicionante de una salud o de una exposición a la enfermedad específica, si no también de tener una representación del cuerpo, de la salud, de la enfermedad.

Estas representaciones intersubjetivas no son nociones autónomas ni patrimonio de sujetos aislados, surgen por analogía con las representaciones de los miembros de la comunidad a la que pertenecen, se reproducen o cambian en relación con una experiencia con el mundo externo, ó sea, se aprenden (Samaja, 1994).

El concepto de comunidad aquí utilizado se aleja de la concepción geográfica o de la atención privilegiada de las instituciones formales. Conceptualizamos como comunidad, a un grupo social cuyos miembros poseen un sentido de identidad y permanencia, disponen de sistemas de representaciones intersubjetivas comunes; comparten valores y normas; constituyen formas de organización social específicas; ejercen influencia unos sobre otros; comparten conflictos, necesidades y compromisos para satisfacerlas y sintonizan emocionalmente con base en una historia común, sus experiencia y el apoyo mutuo (Organización Panamericana de la Salud, 1994).

Una nueva cultura de la salud que aliente la promoción de la salud

Para entender mejor cómo y por qué la promoción de la salud ha llegado a adquirir una importancia igual - o superior - a la atención y prevención de

padecimientos, ofrecemos una vista histórica del concepto y cómo surge su relación con la nueva cultura de la salud.

En Inglaterra durante el siglo pasado se pensaba en la salud como el producto de las condiciones sociales y económicas y las recomendaciones para promoverla iban en el sentido de desarrollar mejores condiciones de vida y de trabajo. La historia les dio la razón, hoy sabemos que las reducciones en mortalidad y morbilidad en varios países se debieron en gran medida a las mejoras de las condiciones sociales y económicas en general.

Al despuntar el presente siglo y con base en esta idea - que era correcta -, se hipotetizó que el desarrollo económico se haría responsable del mejoramiento material de las condiciones de vida; así fue que la conceptualización de la promoción de la salud pasó a ser parte de la racionalidad de la medicina: el sanitarismo, la revolución epidemiológica, la atención hospitalaria, la medicalización, la prevención y la atención primaria marcaron entonces los derroteros de la promoción de la salud. El concepto de salud como ausencia de enfermedad y/o curación de la misma es característico del modelo médico predominante.

Sin embargo, en nuestros países no hemos contado con un desarrollo sustentable que se hiciera cargo de mejorar las condiciones de vida de la mayoría de la población a lo largo del siglo y el modelo de atención a la enfermedad no ha podido hacer frente a los problemas de salud derivados de condiciones de pobreza. Así, desde los años 50's, la colectividad se convirtió en un ámbito de intervención. Las acciones de promoción y prevención implicaban involucrar a la población a través de la animación rural y el desarrollo de la comunidad a través de los llamados "líderes de opinión" o "socios para el desarrollo". Se hablaba, en aquél entonces, de un desarrollo integral de la comunidad; pero su participación era concebida como la aceptación de lo dicho por los profesionales de la salud. Se trataba de una participación instrumental donde la comunidad aparecía como recurso en la cooperación de acciones para los servicios médicos (McDonald, 1988).

En los años 70's, con las estrategias de ampliación de cobertura y atención primaria a la salud, se refuerza la cooperación instrumental en las acciones de salud, llamándole participación comunitaria (Grenn, 1991).

En los 80's empieza a hacerse evidente una gran realidad en América Latina: no hay avances sustantivos. Los sistemas de salud son débiles en su organización y deficientes en el manejo administrativo, los problemas de salud

se multiplican debido a la crisis económica, los recursos son cada vez más escasos y la capacidad técnica no es suficiente para enfrentar estos retos (Guerra, 1992).

Esta realidad conduce nuevamente a la concepción de que el proceso salud - enfermedad es un producto histórico relacionado con las condiciones económicas y sociales; y si salud es sinónimo de completo "estado de bienestar" es inseparable de las condiciones de vida "y sólo se la puede definir como el control sobre los procesos de reproducción de la vida social" (Bruno, 1988).

Hoy en día, la concepción del futuro de la salud de los países pobres ya no puede separarse de un desarrollo sostenido, no puede ser parte de la medicina ni del modelo médico exclusivamente.

La carta de Ottawa nace como política compartida por los países y los organismos internacionales. Este acuerdo define la promoción de la salud como "el proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma". Afirma claramente que la promoción de la salud "va más allá de los estilos de vida" hacia la creación de las "condiciones fundamentales y los recursos para la salud: paz, vivienda, educación, alimentación, ingreso, un ecosistema estable, la conservación de los recursos, justicia social y equidad" (Organización Panamericana de la Salud, 1987). Enfatiza que la gente no puede obtener su pleno potencial de salud a menos que sea capaz de tomar el control de aquellas cosas que la determinan (Terris, 1992).

La conceptualización de que el proceso de promoción de la salud implicaría incidir en las condiciones económicas, políticas, científicas, sociales y en la cultura de cada país, involucra a todas las personas e instituciones del mismo y no solamente a los servicios de salud, los cuales se conciben ahora como "mediadores entre los intereses antagónicos y a favor de la salud" (Guerra, 1992).

El concepto de nueva cultura de la salud impulsado por los organismos internacionales, intenta atraer la atención sobre la necesidad de un cambio: en lugar de que la salud represente sólo la incumbencia de un sector gubernamental, hoy se estima necesario que ninguno de los otros ámbitos de la reproducción social: el económico, el político, el social, el científico y el de las representaciones y prácticas de los distintos grupos sociales pueda deliberar, o proceder a la acción, al margen de sus efectos para la salud colectiva.

Pero, si la nueva cultura de la salud representa la construcción de un equilibrio del ámbito de la salud con otros ámbitos de la reproducción de las

sociedades y un ajuste de las metas y métodos a los recursos, también ilumina el aspecto de la producción de salud como articulación de visiones del mundo, creencias, saberes técnicos, tradiciones y los hábitos más íntimos; es decir, pone el dedo sobre las representaciones del mundo y la salud, y de los saberes y prácticas que dan identidad a las personas y a los grupos.

La nueva cultura de la salud implica cambio de formas de hacer, y por lo tanto, en alguna medida cambio de "forma de vida" de todos aquellos involucrados en el proceso de creación de las condiciones de vida que promueven salud.

La nueva cultura de la salud invita a todas las comunidades, grupos e instituciones a tomar mayor responsabilidad y mayor capacidad de decisión; los invita a apropiarse de las herramientas teóricas y técnicas disponibles y a inventar otras en una interacción dinámica con su ambiente y entre sus integrantes y en contacto con aquellos otros grupos que estimen solidarios y útiles. Invita, en suma, a un nuevo "Pacto Social", a una nueva organización social que sea capaz de enfrentar globalmente el futuro de la salud de la región.

En la medida en que la nueva cultura de la salud invita a las distintas comunidades miembros de una organización social a abrir los ojos sobre sí mismas para someter a revisión sus problemas de salud, su papel en los mismos y sus formas de atenderlos, las expone a deliberaciones que se vuelven necesariamente transculturales.

Además, preconiza que el compromiso con la promoción de la salud debe expresarse en el establecimiento de mecanismos de organización social, que coordinen la planeación de la promoción de la salud en los distintos niveles: nacional, regional y local y que las estrategias y programas de promoción deben adaptarse a las necesidades locales y a las posibilidades específicas de cada país y región y tener en cuenta los diversos sistemas sociales, culturales y económicos (Guerra, 1992).

Dentro de esta tendencia, la continua consulta, diálogo e intercambio de ideas entre individuos, grupos e instituciones en los que la expresión y desarrollo del interés de la sociedad asegure las oportunidades reales de mejoramiento de la salud, necesitaría ubicarse en un espacio geopolítico, en un contexto social y cultural histórico concreto.

El espacio geopolítico donde la operacionalización de la promoción de la salud en la región tendría mayor eficacia es el Municipio. "La política de

municipios saludables apunta a un proceso continuo de liderazgo, dedicación a la salud, compromisos y creatividad. Supone, desde luego, la valoración de unas condiciones iniciales y la determinación de unos objetivos y metas que se proponen alcanzar... coloca el énfasis en el compromiso, en la acción intersectorial, en la co-gestión social y, en la vinculación de las actividades políticas y las de instituciones públicas, privadas y de la comunidad al propósito de mejorar la salud de la población." (Organización Panamericana de la Salud, 1992).

La relación de los gobiernos con la sociedad cambia radicalmente bajo este esquema; el rol de los movimientos sociales, los grupos de autoayuda y autoatención, los distintos grupos no gubernamentales y las instituciones sociales, desde la familia hasta la comunidad, actualmente son reconocidos e incorporados al trabajo conjunto con las instituciones de gobierno.

Esta forma de concebir la promoción de la salud y una nueva relación entre gobierno y sociedad se inserta como modelo en la actual reestructuración de los sistemas de salud que se lleva a cabo en América Latina, por ejemplo, los sistemas locales de salud (SILOS), que tienen como meta el buscar un nuevo balance entre imperativos de crecimiento económico y atención a las demandas sociales y de salud (Organización Panamericana de la Salud, 1989).

Esta reestructuración pretende hacer la descentralización y la desconcentración, una realidad.

La nueva organización social que sería capaz de producir mejor salud, implica una apertura a la participación de nuevos actores y un distanciamiento de la atención médica, la atención hospitalaria y la vigilancia epidemiológica. La participación es entendida como el desarrollo de procesos reflexivos y continuos fundados en la acumulación de experiencias y la democratización de conocimientos mediante los cuales las comunidades se organizan para el logro de mejores condiciones de vida y por lo tanto, de salud (Guerra, 1992).

Los sectores gubernamentales, ajenos hasta hoy al sector salud, tienen en la nueva organización social un papel importante, que en muchos casos no han tomado como bandera que se traduzca en acciones efectivas en la implementación de las políticas de promoción de la salud. Debido a lo anterior, una de las estrategias más importantes que apunta la Carta de Ottawa es el lograr la elaboración de una política pública sana que haga que los responsables políticos tomen conciencia de las consecuencias que sus decisiones tienen para la salud y asuman su responsabilidad de crear las condiciones básicas necesarias para

lograr una vida más sana, involucrando a sectores hasta ahora no directamente implicados en el fomento de la salud (Declaración de Victoria, 1994).

La Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de Salud llevada a cabo en Santa Fe de Bogotá, en noviembre de 1992, se adhiere a las propuestas de la Carta de Ottawa y propone su estrategia para América Latina: "Convocar, animar y movilizar un gran compromiso social para asumir la voluntad política de hacer de la salud una prioridad. Este es un proceso tendiente a modificar las relaciones sociales de modo que sean inaceptables la marginación, la iniquidad, la degradación ambiental y el estado de malestar que éstas producen" (Organización Panamericana de la Salud, 1992).

El otro elemento social fundamental que toma cuerpo en este proceso de organización social de la promoción de la salud es la participación comunitaria¹. Es importante insistir en que para que se lleve a cabo el proceso de operacionalización de políticas en los niveles locales y la consecuente transformación de los sistemas de concertación social - como son la creación de políticas locales, las responsabilidades compartidas y una socialización del poder y el saber que potencie el esfuerzo colectivo o individual-, las comunidades y su participación son un componente esencial en la activación de todo el mecanismo de promoción de la salud (Guerra, 1992).

Una nueva forma de organización social capaz de crear nuevas condiciones que resultaran en el mejoramiento de la salud se ha fomentado desde las instituciones de salud. Sin embargo, la participación real de los nuevos convidados en el proceso de promoción de la salud no ha sido sencilla ni automática, de hecho, en la última década no se han logrado los objetivos de participación social establecidos (Vásquez, 1984). El fracaso de un número importante de programas (Magnus, 1986) se debe mucho a que con frecuencia éstos buscan transformar la mentalidad y las conductas de los participantes, sin tomar en cuenta la

1. La concepción de participación en el proceso de promoción se aleja claramente de su igualación con el de consulta o de uso instrumental. Se caracteriza por la negociación de la relaciones entre las partes, la no imposición de grupos, la autoridad compartida en la toma de decisiones, la identificación e involucramiento de todos los grupos y personas afectados, y la disponibilidad de recursos por parte de los grupos menos poderosos hacia el equiparamiento de las partes (OPS, Washington, 1994:18).

formas en que éstos se representan los problemas e imaginan soluciones a los mismos (Castro, s.f.), no toman en cuenta la cultura de salud propia de los participantes, la forma en que actualmente se representan y conceptualizan su cuerpo, la relación entre ellos, su enfermedad y su salud: poniendo énfasis en analizar los saberes y prácticas de los sujetos desde su óptica técnico científica de la salud.

En la práctica, lo que se hace es tratar de aglutinar el proyecto de promocionar la salud - que es un proyecto colectivo - alrededor de una conceptualización única. La modificación a la que alude la Carta de Ottawa se interpreta en el sentido de que la gente cambie sus representaciones y adopte una conceptualización técnica de los problemas de salud.

Pero éste es precisamente el enfoque que desoye una realidad: las maneras diferentes de conceptualizar la enfermedad y la salud de los participantes son un producto histórico, son parte una forma de vida y una forma de ver las cosas que, de hecho, acaba chocando con otra concepción histórica que les viene impuesta, la de los planeadores de los programas del Sector Salud. El suponer a las concepciones técnicas como universales y trabajar en el sentido único de que lo mejor es que los otros las acepten y las hagan suyas, es proceder como si la racionalidad técnica, por su riqueza, el único saber, y que este valor en sí fuera suficiente para ser reconocido por los participantes en un proyecto de transformación de la realidad. Las instituciones de salud pasan por alto las representaciones de la salud de la gente, sin percatarse que no se trata de que la gente no conciba o de que conciba mal, si no de que concibe diferente; con sus representaciones intersubjetivas que tienden a diferir de la conceptualización técnico-científica del sector salud.

La pretensión de forzar una nueva cultura de la salud no tiene eco en la población que, o bien lo siente como imposición o no le interesa ni motiva, pues no concuerda con sus proyectos de vida. No es posible, en la realidad, una aceptación automática por parte de los sujetos y grupos en las comunidades ya que no les interesa un diálogo en el cual no tienen turno al habla (Shedlin, 1979). Especialmente cuando se les considera como nuevos actores de la participación en la promoción de la salud.

Por lo anterior, la posibilidad de crear UNA NUEVA CULTURA DE LA SALUD desde nuestra perspectiva, debe partir del reconocimiento de las diferentes representaciones de los problemas de salud que hoy en día existen y

que pertenecen a los distintos actores sociales organizados en un trabajo conjunto por la promoción de la salud. A partir de esta constatación de la realidad, se podrá construir una nueva cultura que tenga el mismo significado para los participantes y que aglutine compromisos, esfuerzos y resultados en salud. Sin un proceso democratizador real que elabore consensos, que parta de las distintas representaciones de la realidad y que incluya realmente lo que los participantes piensan, quieren y por lo que están dispuestos a comprometerse y a comprometer sus escasos recursos; la participación de los actores fundamentales en el proceso de promoción de salud, y por lo tanto la creación de una nueva cultura de la salud, seguirá siendo utilitarista, como lo fue la participación comunitaria en el pasado.

Ahora bien, si consideramos que la nueva cultura de la salud es también un proceso de discusión y concentración de representaciones que tenga significado para los participantes, estamos hablando de un proceso de reconocimiento entre los distintos saberes y prácticas². O sea, estamos hablando de un acercamiento recíproco de perspectivas referidas a qué es la salud, cómo se logra, por qué se carece de la misma, qué corresponde a cada sujeto o grupo, cuáles son las soluciones, cuáles son los compromisos, quién pone los recursos, etc.

En este proceso complejo ¿de dónde partimos? No se trata de sumar distintas formas de representarse la salud y la enfermedad, es un proceso más complejo. Se trata de un "poner en la mesa de discusión" los significados, representaciones, saberes, prácticas, formas de organización y acciones específicas de los distintos actores en un proceso de explicitación colectiva que permita la creación de consensos y acuerdos que incidan en una nueva organización que transforme la realidad e incida en la salud de la población.

¿Cómo lograr una nueva cultura de la salud que no ponga el peso en lo curativo como de hecho lo hacen las culturas actuales (incluidas las que utilizan la medicina tradicional); una cultura que además de ser consensuada y eje de los esfuerzos de los distintos actores, sea de promoción; o sea, que se enfoque al cambio de condiciones de vida que darán salud? Creemos que una opción es crear nuevas representaciones intersubjetivas de la salud que incidan y nazcan a la

2 La investigación social sobre los saberes es hoy en día exigua. Existen estudios principalmente por parte de la antropología médica. La mayoría de estos son sobre síndromes y terapéuticas tradicionales.

vez de una nueva organización social y de la transformación de las condiciones de vida de los sujetos y grupos.

Actualmente, se cuenta con suficientes experiencias y con un cúmulo de conocimientos que nos permiten entrever posibles caminos para racionalizar los procesos que han apuntado y apuntan a la construcción de una nueva cultura de la salud. Un camino de racionalización es la investigación antropológica.

La investigación antropológica en la promoción de la salud

Una de las aportaciones posibles de la antropología social a la promoción de la salud es la de potenciar científicamente el proceso de creación de una nueva cultura de la salud, que incida en la capacidad de los sujetos y de los grupos para crear condiciones alternativas de vida y tomar control de aquellas cosas que determinan su salud.

Así, la investigación antropológica en promoción de la salud tiene como objeto de estudio el proceso de apropiación, producción, recuperación y reproducción de culturas de la salud por parte de los sujetos y grupos sociales y la forma que éstas permean su organización y la transformación de su realidad con acciones que inciden en condiciones que fomentan la salud.

Los hombres se relacionan de maneras específicas en cada sociedad; y las condiciones estructurales de su interacción actual son al mismo tiempo las que definen su potencialidad de cambio. Las relaciones de poder, la apropiación de los recursos, las normas sociales, los procesos de legitimación, los conflictos, la interacción entre los hombres, las formas de vida y las formas específicas de organización a través de las cuales se lleva a cabo su reproducción y la transformación de su realidad son el contexto en el que se ubica el objeto de estudio. Es por esto que la investigación no debe desligarse del proceso más general de la reproducción social que lo rodea y debe ser en todo momento entendido y considerando dentro de un contexto histórico.

El acercamiento al proceso de cómo las concepciones compartidas permiten acciones concertadas, cómo las acciones permiten transformar la realidad y crear condiciones alternativas de vida para fomentar la salud, cómo este proceso va dando mejores o peores resultados, cómo los resultados tangibles van teniendo

una aceptación de las nuevas concepciones y cómo estas últimas van integrándose a las representaciones de los distintos grupos se da a través de dos momentos: 1) La comunicación y el entendimiento de las distintas representaciones de la realidad y saberes entre los participantes para crear una concepción consensuada y 2) el poner a prueba esta concepción de la realidad en una transformación de la misma con sus consecuentes resultados en salud y su integración a las representaciones de los distintos actores en el proceso.

Así, los temas específicos de esta investigación antropológica son: cuáles saberes, cuáles prácticas, cuáles fines, cuáles conocimientos, cuáles relaciones con el entorno tienen sentido para los diferentes sujetos y grupos, y cómo se van transformando con una práctica que pertenece a un proyecto colectivo de una nueva organización social y que tiene resultados en las condiciones de vida y la salud.

A continuación presentamos dos metodologías cuya combinación sirve para crear conocimiento sobre su objeto de estudio: la Hermenéutica como relación con los co-sujetos de estudio y la investigación acción participativa (IAP) en la producción de conocimientos pertinentes y la transformación de la realidad.

Hermenéutica

La ciencia antropológica tiene que ser comprendida históricamente como un producto cultural que consiste en conocimiento, pero que también consiste en la competencia de paradigmas, teorías, enfoques y tradiciones de investigación. Ante esto, es necesario identificar el balcón desde donde miramos a la sociedad, el andamio en que nos ha montando nuestro momento histórico, o sea, nuestras posturas teóricas. La antropología se ha interesado por el estudio de la cultura y de la interrelación de los sujetos y grupos en su reproducción. Ha construido un conocimiento que integra la descripción, la comprensión, la interpretación, el análisis y la explicación de sus objetos de estudio desde distintas teorías y bajo diversos paradigmas.

Este trabajo parte de las teorías de Paulo Freire y Jürgen Habermas que se basan en una antropología del desarrollo, una teoría de la dominación y una teoría de la emancipación. Morrow ha estudiado la convergencia de las teorías de Habermas con la de Freire;

"Los dos enfoques se basan en una crítica al positivismo (tanto en su forma lógica empírista como en su forma materialista histórica): ambos privilegian una concepción hermenéutica del conocimiento como decisivo para las ciencias humanas; ambos buscan fundamentar la validez del conocimiento en procesos de discurso racional (dialógico) o habla ideal en que la reflexión crítica pasa a ser la base de una crítica de la dominación y una visión de la transformación" (Torres, 1995).

En cuanto a los métodos de acercamiento al objeto - sujeto de estudio, la hermenéutica pertenece a las disciplinas de la comprensión-, aquellas que se abocan a la intelección de sentido para los sujetos en estudio. Se inscriben bajo el paradigma de la comprensión y la interpretación de las significaciones intersubjetivas, tomando en cuenta los motivos, propósitos y significados que los sujetos atribuyen a sus acciones y conductas, es por esto que en ella se habla de co-sujetos y no de sujetos de estudio. No ubican su objeto de estudio de manera externa, para explicarlo o describirlo desde fuera sin tomar en cuenta lo que el sujeto o grupo tenga que decir de sí mismo.

La hermenéutica es un método que ofrece respuestas acerca de lo que las personas piensan y sienten. Se utiliza para comprender actitudes, creencias, motivos, sentidos, saberes y prácticas (Debus, 1995).

Esta forma de acercamiento a los co-sujetos de estudio es un proceso de descubrimiento, de interpretación y de comprensión, no de pruebas de causalidad o de cuantificación de hechos. Los métodos de recabación de los datos son básicamente cualitativos debido a que más que el registro de la realidad desde la conceptualización del investigador se trata de la interpretación de la trama conceptual de las personas, junto con ellas. Para comprender las acciones en términos de intenciones, propósitos y significados de una manera hermenéutica tenemos la empatía como predisposición investigativa y al lenguaje (verbal y gestual) como "objetivación" del proceso de comunicación. Sin embargo, es importante no reducir la investigación hermenéutica a técnicas cualitativas, si no asumirla en el sentido amplio de las disciplinas interpretativas para entender las representaciones de una comunidad que son las que le dan un significado a las manifestaciones de la organización y la acción.

En el proceso de aprehensión de lo subjetivo, se comienza por obtener categorías a partir de la propia conciencia situacional de los individuos que actúan y éstas se articulan con la interpretación antropológica en forma dialéctica, abierta y consensual (Mardones, s.f.).

La hermenéutica ofrece un repertorio de procedimientos para sintonizar con prácticas humanas inmersas en culturas no directamente accesibles para el intérprete, o sea, con las conceptualizaciones y vivencias de quienes participan en una "forma de vida" en cuyo seno están inmersas (Usher, 1992). Permite una comprensión de los significados subyacentes a las representaciones y las prácticas investigadas y las situaciones dentro de las cuales se localiza la problematización de la realidad y la acción.

Es aquí donde la hermenéutica se vincula a la IAP tendiendo un puente entre los co-sujetos y el investigador mediante un proceso que se ha denominado "fusión de horizontes". Este consiste idealmente en que los interlocutores puedan sentirse convalidados en el intercambio de percepciones mutuas con miras a una posible cooperación específica para la transformación de la realidad: La "fusión de horizontes" permite a ambos ampliar la consideración recíproca a través de la modificación razonada de sus percepciones. Corresponde al acuerdo en el que se han armonizado interpretaciones diferentes, complementarias y contradictorias al enriquecerse no sólo con las experiencias y representaciones de los participantes, sino con las perspectiva que éstos tiene de su situación y sus fines.

En este proceso se ventilan conflictos, inconformidades, dudas, cuestionamientos, etc. Al compartir un problema histórico común, a través de la comparación y el contraste de las diversas interpretaciones en este contexto, se genera un proceso de información, de toma conciencia de la realidad grupal, se ejercita la crítica, se proponen alternativas y se toman decisiones (Baños, 1994).

Investigación-acción participativa (IAP)

La investigación-acción participativa es una propuesta metodológica que toma fuerza en América latina y en Europa en los años 60's con base en el hecho de que los resultados de la investigaciones no tenían trascendencia social. Así, se inició un replanteamiento de criterios selectivos para determinar un campo de investigación donde los grupos populares se integran a su propio proceso de investigación y a la generación de proyectos para mejorar sus condiciones de vida, de manera participativa, sostenida y alternativa (Barandao, 1985). Esta propuesta metodológica se inserta en una estrategia de acción definida, que involucra a los grupos y comunidades populares en la producción - transformación de la realidad y de los conocimientos. La IAP persigue la transformación

social vista como una totalidad y supone la articulación de la investigación, la acción y la educación a través de la participación (Fals-Borda s./f)

La producción de conocimiento en la IAP no es neutral en cuanto a su direccionalidad valorativa; al contrario, asume plenamente que el proceso participativo repercute en la distribución del poder en la sociedad a través de la transformación de la realidad (Smith, 1993).

Existe una amplia experiencia de conformación epistemológica, teórica y práctica de este tipo de investigación ligada a la rica experiencia Latinoamericana de movimientos populares y de generación de proyectos para mejorar condiciones de vida de manera participativa y emancipativa³.

Este proceso ha decantado en la ubicación de principios básicos para la IAP, en los cuales hay acuerdos por parte de los principales autores:

1. La realidad social se conoce transformándola. El objetivo último de la investigación es siempre la transformación de la realidad, para mejorar las condiciones de vida de los participantes a través de la participación en la utilización y creación del conocimiento.

2. El investigador se convierte en sujeto y objeto de la investigación, abordando la realidad de una manera comprometida y democrática. El papel del investigador en todo este proceso ha sido resumido con sencillez de la siguiente manera: no se trata de vivir y pensar como el pueblo, sino con el pueblo (Bosco, 1978).

3. La interacción entre participantes es bidireccional, de comunicación e interacción recíproca (dialógica).

4. La teoría se fortalece y se hace más consistente al ser confrontada a través de la investigación, con la práctica, y ésta se mejora estratégicamente, se diversifica y se consolida con los aportes teóricos, constituidos por otras experiencias.

3 Para una historia de la conformación de la IAP ver Rodríguez, L. **Investigación participativa en América Latina: Sus principios básicos**. En metodología participativa: **Infancia Callejera y Programas de Atención**. Pp. 47-81. Fundación Latinoamericana de Consultores FULCO, A.C. Xalapa, México, 1993.

5. En un proceso de IAP se investiga sobre necesidades genuinamente sentidas por la comunidad, que emergen de encuentros dialógicos de expectativas y formas de percepción es decir, de la comunicación.

6. Este tipo de investigación no debe confundirse con un espontaneísmo estéril; ni es su afán generar situaciones conflictivas.

7. El modelo de la investigación no es cerrado, vertical o impositivo, pero no se trata de descuidar el rigor racionalizador que permita lograr lo propuesto (De Shutter, 1977; Alvarez, 1994).

¿Por qué es participativa?

La investigación se realiza con la concordancia deliberante de los propios sujetos y grupos investigados; este es el rasgo que se explicita al llamar a la investigación participativa.

En el proceso de la IAP, el investigador y los sujetos involucrados interactúan, mediante sus propias representaciones. En este sentido son co-intérpretes de la situación a estudiar y para ponerse de acuerdo sobre cómo se va a investigar, tienen que compartir su propia percepción del problema.

El proceso de racionalización de la apropiación de distintos saberes por parte de los sujetos y grupos, de una nueva organización social, de una transformación de la realidad, de los resultados en salud y de la consecuentes apropiación de nuevas representaciones empieza con el proceso de problematización de las condiciones de salud de la comunidad involucrada.

La problematización es un quehacer compartido en el cual los distintos tipos de actores implicados, los miembros de una comunidad, los sectores de gobierno y los técnicos, participan en igualdad en las decisiones sobre qué investigar (problema). La participación continúa durante todas las tareas de investigación, también en la aplicación del conocimiento a la transformación de la realidad y en el mejoramiento de la salud.

Es importante ubicar este proceso en un contexto de desigualdad social, no sólo en torno a las representaciones sino en cuanto a que una comunidad alberga sistemas inequitativos en producción, servicios, poderes, saberes y creencias. Pueden ser, además de socialmente desiguales, política e ideológicamente antagónicos (Usher, 1992).

El porqué de las acciones

Para que un proyecto consensuado de promoción de salud sea posible, es importante que sea significativo para sus participantes, solamente así será motivador. Poner sobre la mesa de discusión las distintas representaciones de la realidad, problematizándola, es sólo el principio en el proceso de investigación. Para que las nuevas representaciones pasen a formar parte de las formas de vida de los participantes, tienen que confrontarse con la realidad, mediante acción transformadora, y dar resultados. La investigación que parte de una definición consensuada es aceptada como válida si demuestra en la práctica su efectividad, si se integra como una experiencia vivida con resultados específicos.

Las acciones o prácticas de los sujetos son actos peculiares de significación (Schultz, 1993). O sea, responden a ciertas representaciones de la realidad, responden a representaciones significativas para ellos. Los motivos que los sujetos tienen son contextos objetivos de significado. No hay acción sin significado. No hay producción de nuevas culturas sin significados compartidos, pero tampoco hay apropiación de nuevas representaciones sin que medie un proceso de acción que transforma la realidad y la avale.

Weber, Marx, Horkheimer y Adorno coincidieron en que la racionalización social se limitaba a la institucionalización de la racionalidad con arreglo a fines. Para ellos, la verdad proposicional y la eficacia empírica son, en un primer paso, los criterios de racionalización social. Identificaron la racionalización social con el crecimiento de la racionalidad instrumental y estratégica⁴ de los contextos, de acción.

Habermas critica este concepto restringido de acción. A las acciones estratégicas Habermas les llama acciones comunicativas cuando éstas no quedan coordinadas a través de cálculos egocéntricos de intereses, sino a través del

4 Weber llama a una acción orientada al éxito, instrumental, cuando la considera bajo el aspecto de observancia de reglas técnicas de acción y en ella se evalúa el grado de eficacia de la intervención en un estado físico; en cambio, a una acción orientada al éxito la llama estratégica cuando la considera bajo el aspecto de observancia de reglas de elección racional y evalúa el grado de eficacia cosechado en el intento de influir sobre las decisiones de un oponente racional. Las acciones instrumentales pueden ir asociadas a interacciones sociales, las acciones estratégicas son acciones sociales.

entendimiento. En la acción comunicativa los sujetos no se orientan primariamente por su propio éxito sino por el entendimiento.

El entendimiento conduce a un acuerdo de actuar bajo condiciones que remiten a una base racional, ésta alude a convicciones comunes que ya han ventilado relativamente los significados en disputa de los participantes. Los sujetos que actúan comunicativamente pueden orientarse también hacia su propio éxito, más en el marco de la acción comunicativa sólo pueden alcanzar el éxito que apetecen a través de un entendimiento; el entendimiento es determinante para la coordinación de sus acciones (Habermas, 1993).

La IAP en promoción de la salud es la racionalización en el proceso de potenciamiento de la producción de significados junto con los co-sujetos de la investigación, los afectados mismos, a través de la transformación de la realidad y la consecuente legitimación de nuevas culturas de la salud que nacen de la acción comunicativa y fomentan la salud.

Con la creación de una nueva cultura de la salud se trata de abrir un proceso de educación colectiva, un proceso de profundización de la toma de conciencia que se opera en los hombres cuando actúan, cuando trabajan. "La educación es praxis, reflexión y acción del hombre sobre el mundo para transformarlo" (Freire, 1997).

La IAP atiende explícitamente la dimensión educativa de la acción, más no se agota en la explicación, no es aprendizaje solamente. En ella la operaciones interpretativas de los co-sujetos tienen la función de un mecanismo de coordinación de la acción enderezado a la obtención de los fines consensuados de transformación, donde está dada la probabilidad de creación de nuevos significados.

Así, en la IAP la participación es conceptualizada como un proceso educativo basado en que si el hombre es históricamente el artífice de su propia formación, puede ser pensador y creador de una mayor capacidad de decisión sobre su propio destino y el de la sociedad. (Esperón, 1978)

La participación real de la comunidad efectivamente es uno de los mejores métodos para que los sujetos y grupos se involucren en forma espontánea, interesada y entusiasta en la problematización y transformación de los problemas. Sin embargo, es importante que esta participación, a la vez que habilita

a las personas, produzca una dinámica propia que permita a los sujetos y grupos seguir trabajando aunque el investigador ya no esté (Mardones s/f).

Por ejemplo, no se conforma con que los participantes lleguen a compartir la concepción de que el agua contaminada produce diarrea, sino que lleva en mientes que al resolver el problema de la contaminación aprendemos eso, y actuamos o transformamos ya nuestra realidad. Se convierte en ejercicio y efecto demostrativo de que aprendemos haciendo, actuando, organizándonos, trabajando en equipo, intercambiando conocimiento y perspectivas sobre los problemas, sus causas y determinantes, y formulando y negociando propuesta (Cherqueira, 1994). Nos educamos en el complejo arte de superar las barreras con-vivenciales que obstaculizan la investigación y solución de problemas. Nos educamos porque hay un proceso constante de REFLEXION.

De acuerdo con Freire, conocer es develar un objeto de estudio, darle una nueva vida. El conocimiento, al desarrollarse en dos fases dialécticas que permiten la síntesis, tiene la cualidad de dar vida, de animar los objetos mediante su ubicación dentro de un contexto concreto: al estudiar se procede a descomponer, a separar a un objeto de la totalidad en donde está inmerso y al analizarlo se recompone al objeto, se retotaliza al elaborar la síntesis de lo que estamos estudiando. Aquí es donde necesariamente debe entrar el conocimiento-análisis de la cotidianidad para que la realidad pueda ser conocida a la luz de la acción transformadora (Shor, 1991). Este proceso se sintetiza en 3 momentos metodológicos esenciales: problematización - reflexión - acción

Epílogo

En un mundo tan necesitado de espacios de deliberación práctica, de consideración dialógica de criterios sobre lo que debe hacerse en cada caso, de voluntad de participación inteligente y significativa, confiamos en que el ejercicio de abrir procesos de promoción de la salud a través de IAP incidirá en la producción de una nueva cultura de la salud. Sobre todo porque el empeño de poner en juego métodos conversacionales capaces de mover a reflexión sobre las pretensiones de validez de lo que se cree o se piensa y someter a examen las pretensiones de los otros, podrá a la larga darnos mejores instrumentos para mejorar la precaria situación de salud nuestra población.

Bibliografía

- ALVAREZ, S.; ESPERÓN, A.; HERNÁNDEZ, L. y RODRÍGUEZ, L. (1994). **Antologías 1 y 2 para el Diplomado en Promoción de la Salud**. Xalapa: Universidad Veracruzana.
- BAÑOS, I. (1994). **La ama de casa en el cuidado de la salud del bebedor**. Trabajo IAP presentado para acreditar el Diplomado en Promoción de la Salud. Xalapa: Universidad Veracruzana.
- BARANDAO, C.R. (1985). Estructuras sociales de reproducción del saber popular, **Teoría y práctica de la educación popular**. Pátzcuaro, México: OEA-CREFAL (pp. 132-166).
- BICKERTON, D. (1994). **Lenguaje y especies**. Madrid: Alianza Universidad.
- BOSCO, J. (1978). **Investigación en comunicación**. Conferencia impartida en Cali, Colombia. Mimeo.
- BRUNET, J. (1988). **Realidad mental y mundos posibles**. Barcelona, España: Gedisa.
- CASTRO, R. *et al.* (s/f). Racionalidad y educación para la salud en una comunidad de Morelos: elementos teóricos iniciales. **Psicología y Salud**, s/n.
- CORBIN, J. & STRAU, A. (1990). Grounded theory research, procedures, canons and evaluative criteria. **Qualitative Sociology**, 13(1).
- CHERQUEIRA, T. (1994). **Comunicado Escrito**. Washington, DC: OPS.
- DE SHUTTER, A. (1977). **Metodología de la investigación: corrientes de la investigación social**. Pátzcuaro, México: CREFAL.
- DEBUS, M. (1995). **Manual para excelencia en la investigación mediante grupos focales**. Washington, DC: AED. HEALTHCOM. USAID.
- Declaración de Victoria, Canadá, 1992. Citado por Rocabado, F., en Promoción de la salud: estrategia para prevenir enfermedades no transmisibles. **Higiene**, Enero-marzo, 1994 (pp.79-87).
- Dirección General de Fomento (1990). **Los medios didácticos para el fomento de la salud**. México, DF: Secretaría de Salud.
- Dirección General de Fomento (1993). **Manual de dinámicas y técnicas grupales**. México, DF: Secretaría de Salud.
- ESPERÓN, A. (1978). Concepción educativa. **Perspectivas de la educación en América Latina**. Cali: Edimex (pp. 135-136).
- ESPERÓN, A. (1994). **La investigación participativa: principios y guía metodológica**. Trabajo para optar al Diplomado en Promoción de la Salud. Xalapa: Universidad Veracruzana.

- FALS-BORDA, O. (s/f). **Knowledge and people's power: lessons with peasants in Nicaragua, Mexico and Colombia.** Nueva Delhi: Indian Social Institute.
- FREIRE, P. (1977). **¿Extensión o comunicación?** México, DF: Siglo XXI Editores.
- GONZÁLEZ, J. (1978). **Dinámicas de grupos.** Técnicas y tácticas. México, DF: Ed. Concepto, S.A.
- GRENN, L. & KREUTER, M. (1991). **Health promotion planning. An educational and Environmental Approach.** Mayfield: Mayfield Pub.
- GUERRA, C. *et al.* (1992). **La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate.** Washington, D.C.: OPS, Publicación Científica N° 540.
- HABERMAS, J. (1993). **Teoría de la acción comunicativa. Complementos y estudios previos.** México, DF: Ed. Rei.
- LÓPEZ, P. (1993). **Un método para la investigación-acción-participativa.** Madrid: Ed. Popular, S.A.
- MAGNUS, M. (1986). Grado de adaptación de programas de educación sanitaria de la comunidad en América Latina y el Caribe. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, 100(5):477-90.
- MARDONES, J.M. & URSÚA, N. (s/f). **Filosofía de las ciencias sociales.** México: Editorial Fontamara
- MASON, E & BRAMBILE, W. (1989). **Understanding and conducting research. Applications in education and the behavioral sciences.** MacGraw-Hill.
- McDONALD, J. & ZANDSTRA, I. (1988). **Research in health education. Possibilities for the health sciences division. Position paper for divisional review.** Canadá: International Development Research Center.
- MELICH, J-Ch. (1994). **Del extraño al cómplice.** Barcelona, España: Ed Anthropos.
- Organización Panamericana de la Salud (1987). **Promoción de la salud y equidad. Carta de Ottawa. Declaración de la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, efectuada en Canadá.** San José de Costa Rica: Asociación Costarricense de Salud Pública, OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (1988). **Orientaciones para el desarrollo de proyectos investigación-acción-participación.** Serie Desarrollo de Servicios de Salud N° 66. Washington, D.C.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (1989). **La investigación en sistemas y servicios de salud y el proceso de implantación de los SILOS en América Latina y el Caribe.** Washington, D.C.: OPS.

- Organización Panamericana de la Salud (1992). **El movimiento de municipios saludables en América**. Mimeo. Washington, D.C.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (1994). **Lineamientos metodológicos para la ejecución de un análisis sectorial en promoción de la salud**. Washington, D.C.: OPS, División de Promoción y Protección de la Salud.
- SAMAJA, J. (1994). **La reproducción social y la relación entre salud y condiciones de vida**. Documento de Trabajo. Buenos Aires: OPS, División de Salud y Desarrollo. Programa de Análisis de la Situación de Salud.
- SCHULTZ, A. (1993). **La construcción significativa del mundo social. Introducción a la sociología comprensiva**. Barcelona, España: Ed. Paidós.
- Secretaría de Educación Pública (1990). **Manual para la investigación participativa**. México, DF: Dirección de Educación Indígena.
- SHEDLIN, M.G. (1979). Assessment of Body Concepts and Beliefs Regarding Reproductive Physiology. **Studies in Family Planning**, vol. 10, N° 11-12, nov.-dic. Citado por Castro, R. et. al., Racionalidad y educación para la salud en una comunidad de Morelos: elementos teóricos iniciales. **Psicología y Salud**, s/f, s/n.
- SHOR, I. (1987). **Medo e ousadia. O cotidiano de profesor**. Sao Paulo: Editora Paz e Terra. Citado por Escobar, M. y Freire, P., **La psicología de la pregunta**. CISE-UNAM, México, 1991.
- SMITH, S. *et al.* (1993). El concepto de investigación acción participación comunitaria en pro de la salud. **Foro Mundial de la Salud**, Vol. 14 (pp. 320-325).
- TERRIS, M. (1992). **Conceptos sobre la promoción de la salud: dualidades en la teoría de la salud pública**. Washington, D.C.: OPS.
- TORRES, C.A. (1995). **La política de la educación no formal en América Latina**. México, DF: Siglo XXI.
- USHER, R & BRYANT, I. (1992). **La educación de adultos como teoría, práctica e investigación. El triángulo cautivo**. Barcelona, España: Ed. Morata.
- VÁSQUEZ, L. (1984). Participación de la comunidad. **Colomb. Med.**, 15 (2):66-8.
- WERNER, D. & BOWER, B. (1984). **Aprendiendo a promover la salud**. México, DF: Fundación Hesperiana y Centro de Estudios Educativos.