

## **Avanzando en propuestas para la promoción de la salud**

Mónica Escobar<sup>1</sup>

*Desde hace más de 10 años, el CELATS viene impulsando diversos proyectos de promoción de la salud en un distrito popular de Lima (Chorrillos). Estas experiencias tienen en común el concebir la situación de la salud en los barrios populares como el resultado de las malas condiciones de vida. El mejoramiento de la salud supone cambios profundos en la sociedad que favorezcan a los más pobres. Para esto es necesaria la participación de los sectores populares organizados.*

*En la confrontación con la práctica estas ideas se han traducido en propuestas de intervención profesional bien diferentes. En este artículo se presentan algunas reflexiones sobre las estrategias metodológicas desarrolladas en estos proyectos y sus alcances respecto a la evolución del concepto de salud.*

A partir del análisis de la experiencia realizada por un equipo de promoción de la salud en una comunidad urbano-marginal<sup>1</sup>, podemos rescatar diversas maneras de enfocar este trabajo. En este artículo desarrollaremos, principalmente, algunos aspectos conflictivos, así como las dificultades surgidas en la relación entre el equipo profesional y la comunidad. La búsqueda de superación de estos problemas nos ha permitido avanzar hacia nuevas propuestas.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Maestría en Educación de Adultos de la Universidad de Montreal. Miembro del Equipo del "Programa de Educación Popular en Salud" que ha realizado esta concepción. Para la publicación de este artículo, se ha contado con la opinión de los miembros del equipo.

<sup>1</sup> Proyecto de Promoción en Salud desarrollado, desde 1978, en varios barrios populares del distrito de Chorrillos en Lima, Perú.

<sup>2</sup> Debido a la necesidad de circunscribir el análisis de la relación equipo-comunidad, no desarrollaremos otros factores presentes en la experiencia y que han tenido también un peso importante en la evolución de la estrategia, especialmente los cambios en la política municipal y estatal, que han repercutido directamente en la organización y en la salud de los sectores populares. Estos se refieren fundamentalmente a:

- la creación de una vasta organización de la mujer en los barrios populares a partir de un programa de distribución y preparación de la leche de los niños (Programa Municipal del Vaso de Leche);
- la promulgación de la nueva ley de salud que consagra los principios de la Atención Primaria en Salud. Con ello hay una aceptación oficial de la participación popular en los programas de salud del Estado.

## **Veamos cuáles han sido esas ideas y qué resultados hemos obtenido.**

La situación de la salud en los sectores populares de Lima es precaria debido a la frecuencia de enfermedades causadas por las malas condiciones de vida. La desnutrición crónica y las enfermedades son el desafío principal para alcanzar la "Salud para todos en el año 2000".

Este es el punto de partida común a las tres etapas de la experiencia que aquí nos ocupa, lo específico de cada una de ellas radica en la forma cómo el equipo profesional –en la práctica- define su rol, el rol de los participantes o los beneficiarios y el tipo de metas que se propone alcanzar. Con esto apunta a una manera distinta de planear el trabajo en salud.

### **1. PROMOCION DE LA SALUD A PARTIR DE LA ATENCIÓN MÉDICA.**

La primera forma de abordar el trabajo en salud (1978-1984) se caracterizó por la realización de tareas de asistencia médica y de promoción de la salud mediante campañas y formación de promotores de la salud (población con una especialización básica que apoyan la atención médica y pueden administrar los primeros auxilios).

Para cumplir sus objetivos, el equipo se propuso una serie de actividades que iban desde la educación sanitaria, la asistencia médica y la capacitación de Promotores, a la investigación de la realidad sanitaria.<sup>3</sup>

Sin embargo, en su ejecución todas ellas se desarrollaron en torno al servicio de la atención médica. Es notorio, en la capacitación de Promotores y en su posterior deserción, que el interés que los motivó a participar en los cursos fue primordialmente personal y económico. La falta de ingresos, y de trabajo hace que estos aprendizajes sirvan como una estrategia de sobrevivencia, lo que no es oportunidad, sino la lógica normal frente a la falta de posibilidades de trabajo.

La participación de la comunidad aunque no se la concibe como "mano de obra", termina convirtiéndose en un trabajo de apoyo a las necesidades de atención médica. Así se forma el Comité de Salud.<sup>4</sup>

Como resultado de este periodo, la población construye una Posta Médica que, para su funcionamiento, requiere el apoyo de organismos privados, pues no cuenta con ayuda estatal, lo que hace que su existencia sea precaria. Se forman,

---

<sup>3</sup> Para ampliar la información sobre este periodo ver Oscar Ugarte: "Salud y Comunidad: la experiencia de Villa Venturo". Revista Acción Crítica N° 6, CELATS, Lima. Diciembre de 1979.

<sup>4</sup> Este comité surge a partir del inicio del proyecto en la comunidad "Su condición ha permitido establecer una relación permanente entre los profesionales y la comunidad a la vez que garantiza la activa participación de la comunidad en el acercamiento de los problemas de salud. Dirige y administra la Posta Médica". Oscar Ugarte, op.cit. pág. 64.

además 35 promotoras de salud pero éstas, luego de ser capacitadas mediante cursos, no asumen colectivamente tareas de cuidado de la salud con la comunidad. La capacitación no se asienta en una organización capaz de revertir el aprendizaje en tareas de la comunidad, en consecuencia, su formación queda como un beneficio más que nada individual, personal.

El Comité de Salud, formado por pobladores que apoyaban las campañas preventivas y el trabajo médico, se disuelve cuando el equipo profesional se retira de la comunidad. En su reemplazo surge la organización de los Asistentes Sociales,<sup>5</sup> a los que la comunidad encarga la tarea de ocuparse de las emergencias y la salud en la manzana. Con esta forma de abordar el trabajo en salud en una comunidad popular casi nada se resuelve, porque se apunta a los defectos y no a las causas. Si bien es cierto que la presencia de personal médico ayuda a hacer frente a las enfermedades, la solución no es más que transitoria, pues el recurso no viene del Estado. Además se circunscribe a la curación, no abordando la raíz del problema de la mala salud. La respuesta inmediata y directa a la demanda en salud de la población tiende a reforzar la dependencia de los beneficiados frente al médico y frente al recurso material necesario para hacer funcionar la Posta Médica.

Sin embargo, a pesar de estas críticas, hay un saldo positivo. El equipo profesional, a través de la formación de promotoras, elabora formas de socializar el conocimiento en salud antes inaccesible a la comunidad. La exigencia de rigurosidad y lo sistemático de la formación posibilitó una buena capacitación. Aunque ésta no logró proyectarse en un trabajo comunitario inmediato, varias de las promotoras de salud, con el tiempo, asumieron responsabilidades en la comunidad, proyectando una sensibilidad y compromiso frente a la problemática de salud comunal. De otro lado, el acercamiento entre el equipo profesional y la comunidad beneficiaria durante este período ha dado luces sobre cómo plantear un trabajo en salud que sea más efectivo, en términos de no crear dependencia y de encaminarse a una solución más radical de los problemas sanitarios de una comunidad, desde las posibilidades de una ONGD.

## **2. PROMOCIÓN DE LA SALUD MEDIANTE LA EDUCACIÓN POPULAR.**

Una nueva forma de abordar la salud se plantea a partir de 1985, al iniciarse una segunda etapa de trabajo con la comunidad. Lo central aquí no es la asistencia médica, sino el apoyo a la educación y organización de la comunidad en torno a la salud.

---

<sup>5</sup> La organización barrial en cada comunidad urbano marginal de Lima tiene una Junta Directiva Central que comprende, además del Secretario General, varias secretarías que se ocupan de diversos aspectos de la comunidad. La Secretaría de Asistencia Social está conformada por un representante por manzana y un delegado a la Junta Directiva Central.

Se parte del supuesto que, para producir avances en salud de los sectores populares, es necesario que estos se incorporen –en forma organizada- a la solución de los problemas sanitarios, y alcanzando niveles de autogestión y de responsabilidad en las tareas emprendidas. Esto implica que la comunidad llegue a desarrollar autocuidados primarios, en su triple dimensión: individual, familiar y comunitaria. Igualmente que alcance un nivel de organización y capacitación que le posibilite participar en la decisión y control de las políticas estatales en salud en tanto ello constituye una ampliación de los canales democráticos. Obviamente, con ello no ignoramos el peso que tiene el rol del Estado en el mejoramiento de la salud, la salud es un fin y un medio de desarrollo, es un derecho humano, cautelarla es, por tanto, responsabilidad del Estado. Sin embargo, el establecimiento de una política estatal que favorezca a las grandes mayorías, requiere de la participación organizada de la comunidad, particularmente en un país de recursos escasos.

El rol de los profesionales provenientes de organismos privados (ONG) no es un reemplazar las funciones y tareas que competen al Estado, sino fortalecer las organizaciones de los sectores populares desarrollando su conciencia sanitaria y las capacidades que les permitan jugar un rol protagónico en el resguardo de la salud en la comunidad, así como constituirse en interlocutores del Estado en la perspectiva de llegar a ser co-gestores de los programas sanitarios estatales.

## 2.1. La concepción de salud que sustenta la propuesta.

El equipo se propone apoyar a las organizaciones de la comunidad que se estructuran en torno a las necesidades que –directa o indirectamente- se relacionan con las condiciones de salud del pueblo, tales como alimentación, agua y desagüe, falta de trabajo, etc. Se pretende desarrollar en estas organizaciones la dimensión sanitaria, sin que por ello cada cual pierda su propia especificidad. La apuesta es que todas las organizaciones de la comunidad puedan canalizar, en su ámbito de trabajo, acciones preventivas y promocionales, y motivarse para conseguir mejoras en los servicios de salud cuando la situación así lo requiera. Esta propuesta corresponde a la concepción de salud integral, determinada en forma multicausal y no sólo desde la perspectiva biológica. La salud es “una fuerza positiva... que ocurre en un organismo que es naturaleza pero también historia social, fusión que se refleja en sus equilibrios bioquímicos fundamentales”.<sup>6</sup> Esta propuesta supone también que toda organización relacionada con el desarrollo de la comunidad puede incorporarse a un trabajo sanitario, sumándose a la prevención y promoción de la salud, participando en la gestión y control de las políticas estatales desde una perspectiva propia.

Lo que no se pretende es producir un cambio en el comportamiento de la comunidad frente a la problemática de la salud: de una concepción que define la salud como por la ausencia de enfermedad, llegar a una definición de la salud

---

<sup>6</sup> URRUTIA, C.; Boggio, A., Maguiña, A.: “Al encuentro de la Salud Popular”, Nuevos Cuadernos CELATS N° 5, Lima, 1985, p.25.

como defensa y desarrollo de la vida. De la reacción individual ante la enfermedad y la búsqueda de curación, llegar a priorizar la movilización colectiva por cambiar los factores que determinan la mala salud del pueblo. De la dependencia y la subordinación a la actividad médica-curativa y a los programas sanitarios del Estado, llegar a una actitud y comportamiento que promueva la cogestión de los programas y la incorporación de los intereses y conocimientos que los sectores populares detentan.

## 2.2. La Educación Popular al servicio de la Promoción de la Salud.

La metodología de la Educación Popular ha sido el instrumento que el equipo ha utilizado para promover estos planteamientos en la comunidad. Es decir, se ha optado por una estrategia educativa en que el sujeto del aprendizaje son los grupos organizados en torno a necesidades y no las personas tomadas individualmente. La tarea del equipo ha sido facilitar la reflexión sobre la práctica de los grupos, aportar elementos ya sistematizados del saber profesional a la implementación de nuevas acciones que redunden en los cambios esperados en el comportamiento sanitario de la comunidad. Con ello se busca, en último término, el desarrollo de las propuestas desde los sectores populares que coadyuven a cambiar las condiciones sanitarias de la población.

En la experiencia que analizamos, el trabajo educativo se ha dado prioritariamente dentro de las organizaciones, como parte de su programa de trabajo, y secundariamente en talleres o grupos de aprendizaje destinados a avanzar en el dominio de una destreza o conocimiento. Así, se apoya el trabajo de los Asistentes Sociales, el Programa del Vaso de Leche, de la Junta Directiva Central del pueblo, de la Secretaria de Asuntos Femeninos. Estas organizaciones se estructuran en torno al problema de la salud y servicio de la Posta Médica (Asistentes Sociales), al problema de la mala alimentación infantil y la distribución y preparación de la leche (Vaso de Leche), a los problemas del hábitat de la comunidad, específicamente la instalación del agua y desagüe (J.D.C), a las necesidades de trabajo y cuidado de los niños (Secretaria de Asuntos Femeninos).

Los cursos y talleres convocan a una o más organizaciones para tratar los siguientes temas: Primeros Auxilios (Asistentes Sociales), Botiquín Comunal y Medicamentos (Asistentes Sociales), Alimentación del Niño (S.A.F), Mujer, Familia y Salud (S.A.F y Programa del Vaso de Leche).

Igualmente se realiza una campaña destinada a promover el debate sobre la salud y alimentación en la comunidad con tres organizaciones (Asistentes Sociales, Vaso de Leche, SAF), además de una investigación participativa sobre las prácticas de la población para curar las enfermedades, rescatando el saber familiar en este aspecto.

### 2.3. Dificultades en torno a la concepción de salud.

A través del apoyo a las actividades de las organizaciones, así como de los talleres o cursos, se intenta impulsar cambios en el comportamiento de la comunidad. Sin embargo, estos nuevos planteamientos chocan con la resistencia de la comunidad, y también con resistencias internas, inconscientes, de los propios promotores.

En efecto, la demanda al equipo por parte de la comunidad es clara: ampliación y diversificación de la atención médica. Desde la perspectiva organizativa, la comunidad ha definido que quienes se ocupan de la salud en el pueblo son los Asistentes Sociales y las promotoras que, voluntariamente, deseen ayudar. Esta organización trabaja la salud desde una perspectiva fundamentalmente curativa y de asistencia a las emergencias en la manzana. Su tarea en la Posta consiste en estar al servicio de las necesidades que los médicos plantean a la comunidad. Respecto a las otras organizaciones, se abocan al problema que les dio origen, sin incorporar aspectos sanitarios.

El equipo acepta dar atención médica, reconociendo que ésta es la necesidad por la cual la comunidad busca el apoyo profesional, pero estructura con los Asistentes Sociales una forma de trabajo que redefine el rol de esta organización. Así los Asistentes Sociales asumen la administración de la Posta y programan las tareas con los profesionales. En algunas de ellas, van desarrollando actividades independientemente del equipo, tales como organizar y administrar un botiquín comunal y establecer contacto con los servicios de salud del Estado para coordinar acciones programadas por éste o conseguir algunas demandas. La más importante ha sido la petición de la transferencia de la Posta Médica al Estado y la integración de las promotoras de salud a la red estatal.

El impulso dado por el equipo a los Asistentes Sociales tiene como objetivo consolidar una organización que, naturalmente ha sido asignada por la comunidad para que se ocupe de la salud, orientándola hacia una nueva forma de percibir su rol. Se pretende que llegue a ser un grupo autónomo, capaz de contribuir en la programación de la red estatal de salud y de promover actividades sanitarias en su pueblo.

El establecimiento de una relación democrática y participativa con la red de servicios de salud del Estado se logra sólo en parte. La población asume un comportamiento participativo con cierta autonomía en la administración de la Posta, cuando en ella atienden los médicos del equipo profesional y en una primera etapa de la transferencia del servicio al Estado. El primer médico que llega a la comunidad expresó su disposición a un trabajo cogestionario y las acciones que se emprendieron inicialmente tradujeron esta forma de relación. Sin embargo cuando este profesional es reemplazado, el nuevo responsable del servicio se opone a la participación de la organización y cierra las puertas a la comunidad. Aún cuando la población había vivido la experiencia de la co-gestión, no tenía la fuerza necesaria para imponerse ante los funcionarios estatales.

Respecto al trabajo con las otras organizaciones ya mencionadas, apoya su fortalecimiento participativo en la dinámica de la necesidad que les dio origen y estableciendo el nexo con la salud a través de charlas, conversaciones informales, y el impulso de acciones conjuntas de las diversas organizaciones en torno a problemas sanitarios.<sup>7</sup>

La resistencia de la comunidad a asimilarse a esta manera de promover la salud y de actuar en base a una concepción de salud es evidente. Las organizaciones se mantienen como compartimentos-estanco, sin aceptar establecer una proyección permanente en el ámbito de la salud. Los intentos del equipo por cambiar esta situación posibilitan acciones puntuales de parte de las organizaciones, e incluso se logra un cambio a nivel del discurso de la población, que llega a considerar la salud en una perspectiva integral, pero en la práctica la comunidad continúa movilizándose sólo cuando hay enfermedades.

Reflexionando sobre los intentos del equipo profesional y la reacción de la comunidad, aparece evidente que la resistencia encontrada proviene de formas profundas de comprensión de la realidad sanitaria y de la relación de educador profesional en la comunidad. Con ello se encuentra el origen de las dificultades para la transmisión de una forma de trabajo a otra, por parte de la comunidad.

Un problema radica en la forma de percibir la realidad. La comunidad concibe el trabajo de sus organizaciones en forma parcelada, resistiéndose a una actividad conjunta o a abrir la organización a otras dimensiones (en este caso, la salud). Ante esta situación, el equipo vio a menudo distribuido su trabajo y responsabilidades en parcelas correspondientes a la dinámica comunal, presentándose también a nivel profesional una fuerte desintegración de las acciones según los objetivos particulares de cada organización, perdiendo de vista la organización global: la salud por las organizaciones de la comunidad. El equipo movilizó muchas energías para superar esta forma de restringir el trabajo de cada organización a los pequeños límites de la necesidad que le dio origen sin ampliar su perspectiva con nuevas dimensiones. Sin embargo, no veíamos entonces cuán cerca estábamos de compartir esta visión de las cosas. En efecto, para nosotros lo integral estaba dado por la variedad de acciones que se desarrollan en una comunidad, desde una perspectiva multisectorial. De ahí que el trabajo en salud con la comunidad de este barrio ha abarcado acciones tan diversas como la creación de un servicio de Cuna Jardín y la formación de un botiquín comunal, de manera tal que toda actividad tendiente al desarrollo de mejores condiciones de vida podía ser considerada una acción relacionada con la salud.

La elaboración del proyecto en conjunto con la comunidad nos impuso una dinámica de amplio desarrollo, dejando así de lado lo central en esta noción de integralidad de la salud, vale decir que lo integral no es producto de la variedad de

---

<sup>7</sup> Una experiencia importante en este sentido lo constituye una campaña del niño sano realizada por tres organizaciones en todo el barrio. Cfr. M. Escobar y D. Ambrosi; "La madre como Agente de salud del Niño". Acción Crítica N° 20, CELATS, Lima, dic. 1986.

acciones que se realicen, sino que se da en toda acción que logra reflejar una interpretación integradora de las diferentes dimensiones del problema de la salud en los sectores populares. Esto constituía una dificultad interna del mismo equipo para concebir el trabajo de promoción de la salud. Al considerar toda acción tendiente al desarrollo de la comunidad como una acción sanitaria, el concepto de salud devenía tan amplio como impreciso.

#### 2.4. Dificultades en la metodología educativa utilizada

En la relación educativa establecida entre el equipo y la comunidad también se expresan algunas dificultades para orientar a la comunidad a trabajar la salud en una perspectiva preventiva-promocional-autogestionaria.

- La parcelación del trabajo de las organizaciones también se debe a su dinámica interna. Cada una de ellas presenta redes de la comunidad, a menudo en competencia. El seguimiento de un miembro del equipo a una de las organizaciones lo identificaba, automáticamente, con la red social que ésta representaba, provocando cierta desconfianza de parte de las otras organizaciones respecto al profesional. Esta situación dificulta la promoción de un trabajo integral, multisectorial al interior de un barrio.
- La introducción del trabajo educativo en el seno de la organización produce un quiebre en la dinámica natural que ésta tiene. La forma de relación habitual entre sus miembros, en el trabajo cotidiano, se presenta de manera sesgada en presencia del profesional (ante él rigen normas de democracia, respeto, diálogo). Esto nos da una visión ideal de los cambios que se están operando en la organización, a partir de la cual impulsamos nuevos pasos en el trabajo con la comunidad; progreso que, finalmente, es más ficticio que real.
- Nuestra pretensión es establecer una relación horizontal, dialógica, participativa, choca con la percepción que la población tiene del equipo profesional. A pesar de que los métodos y las técnicas usados, la población nos sitúa en una posición de autoridad, jerárquicamente superior. El lenguaje especializado, el conocimiento y el rol de facilitador que sabe otorgar la confianza y permitir la expresión de todos, son elementos que favorecen esta percepción. También influye en esta actitud la práctica acostumbrada en la relación de la comunidad con el Estado, este pone condiciones que afianzan el paternalismo y favorece el clientelaje. El autoritarismo está enraizado en la vida cotidiana de la población. Esto tiene repercusiones en la consecución de los objetivos, tales como hacer que la comunidad sea autogestionaria respecto a la salud y entable con el Estado relaciones igualitarias, de co-gestión de los servicios. Pensamos que, para que esto sea posible, no basta la metodología educativa, es necesario que la comunidad pruebe su capacidad en acciones concretas, y logre un nivel organizativo y de movilización que la sitúen en una posición de fuerza frente a los organismos externos, ya sea del Estado o privados.



## 2.5. Algunos logros a rescatar a partir de esta experiencia.

A pesar de las dificultades y limitaciones detectadas en este enfoque de la promoción de la salud, podemos apreciar logros importantes:

- La intervención del equipo profesional se sitúa, definitivamente, más allá de la asistencia médica, señalando un espacio de trabajo con la comunidad urbano-marginal diferente al de los servicios de salud del Estado. Este eje de trabajo se centra en lo educativo, preventivo y promocional.
- La comunidad tuvo la experiencia de poner en marcha y administrar los servicios en forma co-gestionaria con el equipo profesional (Posta Médica y Cuna Jardín).
- La experiencia de transferencia de estos servicios al Estado, si bien no logra la meta propuesta (que el servicio médico inserto en la comunidad defina con ella sus objetivos, movilice sus recursos y evalúe los esfuerzos conjuntos para cuidar de la salud de la población), posibilita el debate y el análisis, con la comunidad, del comportamiento con el Estado en relación ella, así como de las exigencias y esfuerzos que son necesarios para cambiar esta actitud.
- El estudio sobre las prácticas curativas caseras y su aplicación a la atención médica renovarían la cultura popular y confiere a las organizaciones un conocimiento a las prácticas correctas. Con ello se avanza en la capacidad de control que estos sectores puedan tener sobre la enfermedad.<sup>8</sup>
- La participación conjunta de tres organizaciones en la realización de la Campaña de Niño Sano muestra que es posible llegar a cada hogar e impulsar una actividad sanitaria en ellos. La familia se constituye así en unidad receptora de los programas de salud garantizando su permanencia y éxito. Estas organizaciones presentan un nuevo perfil a la comunidad en cuanto promueven la salud en el vecindario. Desgraciadamente, sin el seguimiento del equipo profesional, esta actividad decae, pues no ha surgido aún, una organización que asuma el liderazgo en la salud.
- La participación de la comunidad en la organización de un congreso popular en salud en el distrito la lleva a situar los problemas sanitarios en un contexto societal más amplio. Sin embargo, los acuerdos que allí surgieron tampoco tienen un seguimiento por parte de alguna organización.

En síntesis, esta experiencia define un espacio de trabajo para los profesionales en una comunidad urbano marginal; nos muestra sus posibilidades y las limitaciones que se plantean por el hecho de ser un agente externo de apoyo a la

---

<sup>8</sup> Cfr. Irma Arias: "La Recuperación de la Medicina Tradicional". Acción Crítica N° 2, CELATS, Lima, dic. 1987.

organización. Nos señala, por otra parte, la necesidad de trabajar con las organizaciones más amplias que los pequeños grupos de un barrio, la necesidad de establecer solidaridades amplias en las organizaciones, capaces de aglutinar la fuerza necesaria para desarrollar relaciones más igualitarias, tanto con el Estado como con los agentes externos no gubernamentales. Ello es condición previa para caminar hacia la co-gestión de los programas.

### **3. NUEVAS ORIENTACIONES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD.**

A partir de esta experiencia se plantea, desde 1989, una nueva forma de ver y trabajar la salud, que caracterizaremos brevemente. Un análisis en profundidad sería objeto de otro artículo.

En esta época, el equipo no circunscribe su trabajo a una o varias comunidades, sino que lo realiza a través de una organización<sup>9</sup> amplia, que atraviesa los límites pequeños de un barrio y que, sin embargo, funciona en cada vecindario. La tarea deja definitivamente de ser médico-curativa, para desarrollar la promoción de la salud a través de la organización, en cada comunidad. El aporte del equipo se técnico (conocimientos sanitarios) y educativo.

En este período, la organización es quien inicia las actividades en salud, integrándose el equipo a este trabajo. En consecuencia, la organización juega un papel protagónico y autónomo. A nivel de la zona, tiene un papel integrador de los aportes de varios organismos privados y mantiene una relación con el Estado y el gobierno local en que su capacidad de movilización de amplios sectores le permite negociar desde una posición de mayor fuerza.

La estrategia que el equipo implementa con esta organización tiene por objetivo establecer un proceso permanente de educación sanitaria de la madre de familia de cada barrio. La formación en salud debe ser amplia y democrática, sin que haya gente privilegiada que detente mayores conocimientos dentro de la comunidad.

Para ello se ha elegido un problema sanitario concreto, experimentado por un gran número de familias de los sectores populares: el bajo nivel de nutrición de los niños. Se trata de recoger los datos relativos a la salud del niño, para que la comunidad estudie e interprete las diversas dimensiones del problema de la salud y realice las acciones que correspondan a los distintos niveles de solución.

Debemos subrayar que, en la estrategia educativa de equipo, es de primera importancia que sea la comunidad quien recoja y procese toda la información útil para las actividades sanitarias que se emprenden, lo cual le permite tener control y manejo de ella. El equipo aporta elementos técnicos que facilitan el ordenamiento

---

<sup>9</sup> Organización Distrital del Vaso de Leche.

y el análisis de los datos, pero el progreso en el aprendizaje representa un avance real sólo cuando la población integra este nuevo conocimiento en la programación de sus acciones.

Esta propuesta, de reciente implementación, recoge las dificultades y logros de los años anteriores. Propone un concepto de salud que entiende lo integral como la comprensión de las múltiples dimensiones que tiene cualquier problema; la promoción de la salud como una actividad **permanente**, en la que participa cada madre de familia; lo educativo como un conocimiento que es manejado y controlado por la propia comunidad.

Igualmente, propone que la comunidad esté en condiciones de manejar información sobre su realidad y sobre las políticas que le permita entrar en una relación con el Estado con muchos elementos que le posibiliten avanzar hacia la participación en las decisiones y la gestión de los programas de salud.