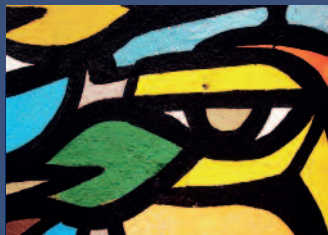


# LA LUCHA DE LOS PUEBLOS POR SU SALUD Y LIBERACIÓN EN AMÉRICA LATINA

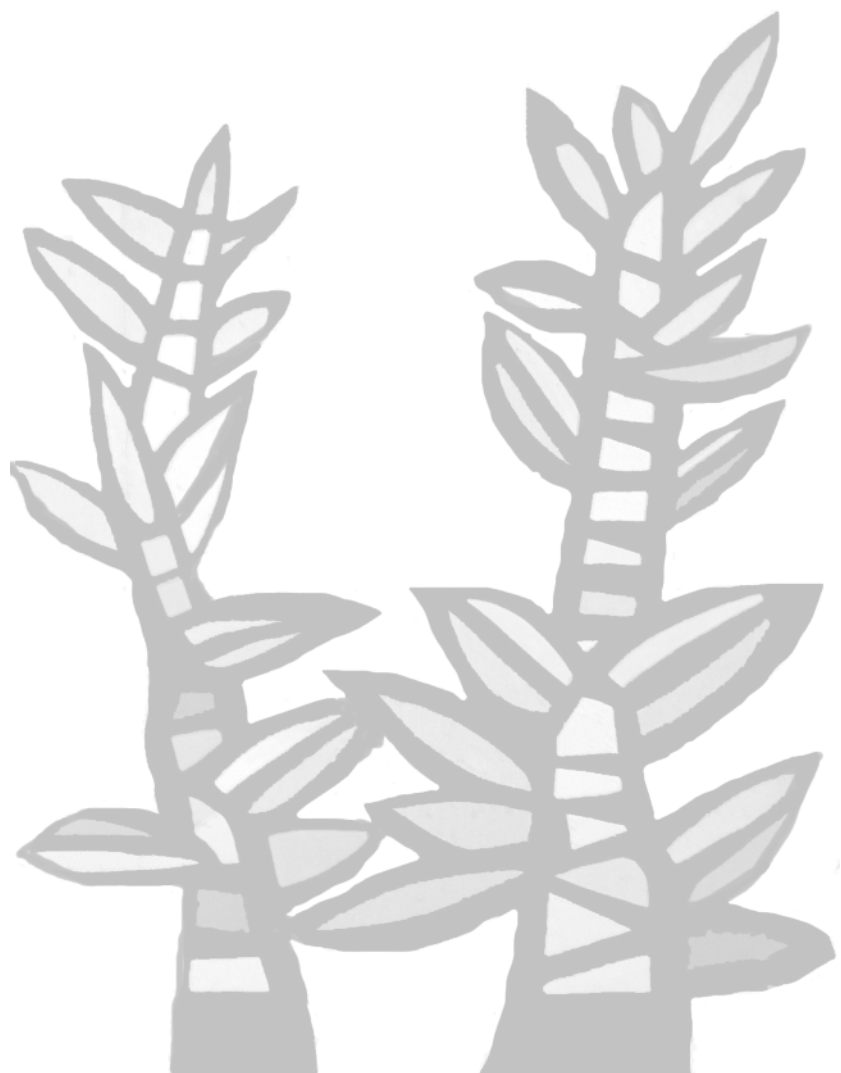


PERSPECTIVA  
HISTÓRICA

DAVID WERNER









encuentro  
internacional  
y pluricultural:  
**BUEN VIVIR  
Y SALUD**  
Cuenca-Ecuador  
7 al 12 de octubre de 2013

---

La Lucha del Pueblo para la Salud y la Liberación  
en América Latina: una perspectiva histórica.

---

David Werner

Diseño y Diagramación:  
El Gato

Impresión:  
Arte y Diseño

Cuenca, Octubre 2013

# LA LUCHA



Preparado para la  
I Asamblea  
Internacional del  
Movimiento de la Salud  
de los Pueblos  
- Latinoamérica -,  
dentro del "Encuentro  
Internacional y  
pluricultural:  
Buen Vivir y Salud".  
Cuenca, Ecuador.  
7 al 12 de octubre 2013.

# DE LOS PUEBLOS POR SU SALUD Y LIBERACIÓN EN AMÉRICA LATINA

DAVID WERNER

## PRESENTACIÓN

“Hay hombres que luchan un día y son buenos. Hay otros que luchan un año y son mejores. Hay quienes luchan muchos años, y son muy buenos. Pero hay los que luchan toda la vida, esos son los imprescindibles”.

Bertolt Brecht  
1898-1956.  
(Dramaturgo y poeta alemán)

Un espacio para hablar de la lucha y los luchadores por la salud, es un tiempo propicio para mencionar el mayúsculo rol que ha jugado David Werner. Su obra, más allá de las fundamentales producciones “Donde no hay Doctor”, “El Niño Campesino Deshabilitado” o “Aprendiendo a Promover Salud” y muchas otras más, ha sido y es un verdadero camino de vida. Un camino, en cuyo luminoso trajinar han ido generando lecciones y herramientas de enorme significado para la defensa y la construcción colectiva de un quehacer de salud desde la perspectiva de los más excluidos, plena de dignidad y valientemente contrahegemónica.

Sus reflexiones y metodologías alentaron a lo largo de no menos las cuatro últimas décadas un accionar de salud comunitaria marcada por la presencia fraterna y solidaria de las y los promotores de salud, mujeres y hombres nombrados por sus comunidades para capacitarse y actuar con total legitimidad enfrentado por igual al dolor de la enfermedad como al calor y color de la organización comunitaria.

Y es que este movimiento sanitarista popular se ha constituido en quizás la respuesta más sólida que desde la una orilla comunitaria tuvo la invocación de Alma Ata (1978): poner en marcha una apuesta que debía llegar a proveer Salud para Todos. Hoy, 35 años después de ese llamado, seguimos es-

perando que “la otra orilla”, El Estado, concrete aquello a lo que se comprometió.

En este tiempo en que la “oficialidad” habla de la necesidad de impulsar una APS “renovada”, y en el que nosotros reconocemos que la APS integral no ha perdido vigencia, se hace más necesaria aún esa luz que David “Camino” Werner es capaz de encender para iluminar el sendero por el que deberemos transitar este diario construir colectivo aprendizajes y, desde luego, en el diario combate por una vida digna, por una salud para todas y todos.

Leer “La Lucha del Pueblo para la Salud y la Liberación en América Latina: Una Perspectiva Histórica” escrito a propósito de la I Asamblea del Movimiento para la Salud de los Pueblos – Latinoamérica, es sin lugar a dudas una motivación especial, un llamado a no claudicar, a vencer el miedo que muchos de los gobiernos llamados progresistas han impulsado como estrategia para controlarnos, una invocación a mantenernos en la trinchera, un sacudón para que recordemos con que al final del túnel, siempre está la luz.

Gracias David, por ser testimonio vivo de esta lucha; por recordarnos, que la roja bandera de la salud y la dignidad, sigue y seguirá flameando por lo alto, por ser ejemplo, por ser camino.

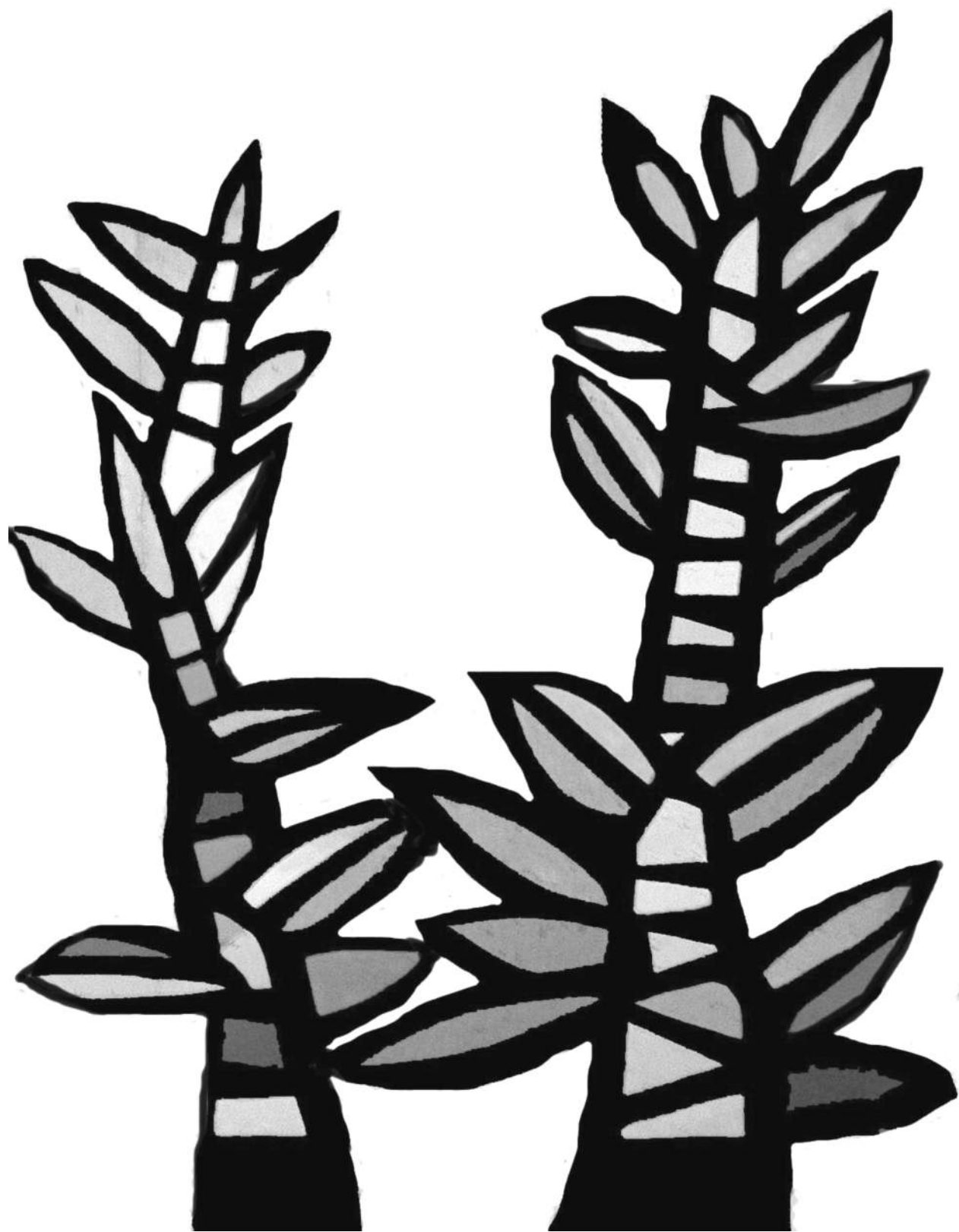
Jorge Parra

MASTER EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA  
PROFESOR PRINCIPAL DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
UNIVERSIDAD DE CUENCA

# ÍNDICE

I.	Introducción	<u>08</u>
II.	Movilizaciones locales y nacionales	<u>12</u>
III.	El surgimiento de la solidaridad	<u>20</u>
IV.	Educación para el Cambio	<u>36</u>
V.	Conclusión: ¿A dónde vamos?	<u>64</u>
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68





# I. INTRODUCCIÓN



**A.**

## **LA LUCHA POR LA SALUD ES UNA LUCHA POR LA JUSTICIA SOCIAL**

En nuestra lucha por la salud y los derechos de todos, ahora en el siglo 21, ¿qué podemos aprender de los grandes momentos de la Salud Comunitaria en América Latina durante la última mitad del siglo 20?

Yo sugeriría que podemos aprender mucho... incluyendo cosas que pueden ayudar a basarnos en nuestras actuales estrategias de acción organizada para el cambio social. Como uno de los viejos activistas de aquellos tiempos, me gustaría compartir algunas historias y lecciones sobre el papel que los promotores de salud y sus redes de base jugaron en la lucha para la salud y la justicia en esos días.

El período entre los años 1960 a 1990 fue un tiempo emocionante y difícil, de acción popular para la igualdad, la justicia social y el bien común. Esta acción en muchos países fue opuesta fuertemente por las clases dominantes. Era común la tortura, las desapariciones y otras violaciones de los derechos humanos y la ley internacional. Pero a pesar de los contratiempos, este fue un tiempo en que se realizaron algunos profundos cambios muy positivos. Dictaduras fueron derrocadas a pesar de la intervención directa o indirecta de los Estados Unidos. En muchos sentidos, las luchas de los años 60 a los 90 formó las bases para los recientes cambios dramáticos que produjo gobiernos más representativos. Gracias al "poder popular" que surgía en el siglo 21, el nuevo milenio actual tiene más esperanza de convertirse en la "era post-neocolonial" en que los pueblos marginados del mundo se ponen a pie y gritan, "¡Ya basta!"

## **B.**

### **LA POLITIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN AMÉRICA LATINA**

A partir de finales de los años 50, en varias partes de América Latina, algunos pequeños programas de salud no gubernamentales comenzaron a surgir en las zonas rurales y barrios urbanos más marginados. En aquellos tiempos la mayoría vivía en condiciones de pobreza extrema, con muy poco apoyo público. El sistema político fue en gran parte “neo-colonial”, ya que las potencias extranjeras que habían colonizado y dominado a los pueblos indígenas fueron reemplazados por poderes internos igual de opresivos, aunque sujeto a sus mandones del norte. Algunos de estos países de las Américas eran claramente dictaduras. Otros pretendían ser democracias, pero la enorme brecha entre los de arriba y los de abajo dejaron a los pobres sin voz y sin poder. Esta mayoría vivía en la pobreza extrema. El hambre y la falta de saneamiento causaba mucha enfermedad. La mortalidad infantil y materna era altísima. Los servicios formales de salud no alcanzaron a los pobres debido a las distancias y los costos. E irónicamente, la atención médica profesional – para aquellas personas que podían conseguirla – fue otra causa de enfermedad y muerte. Su alto precio aumentó el hambre y bajó la resistencia a las enfermedades. Incluso hoy en día, en muchos países, el alto costo de los médicos y la medicina sigue siendo la causa principal que deja las familias de bajos ingresos en la miseria y dependencia total.

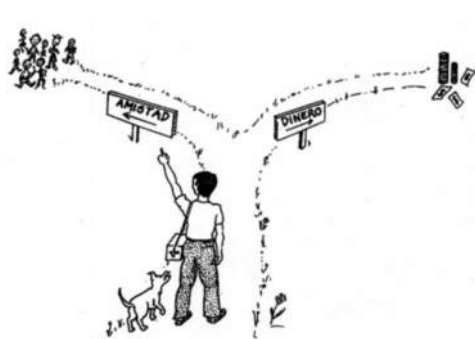
Este conjunto de injusticia social, enfermedades de la pobreza, y la falta de servicios llevó a la “generación espontánea” de muchos pequeños programas de salud comunitaria, que surgieron en las aldeas y barrios más necesitados, en toda la región. Muchos de estos proyectos fueron iniciados por personas ajenas – sacerdotes, monjas, médicos, enfermeras, trabajadores sociales – comprometidos a servir a los pobres.

De los que iniciaron estos modestos proyectos de base, muchos eran muy idealistas pero políticamente ingenuos, al menos al principio. Tenían poca comprensión del poder y las injusticias sistémicas que mantuvieron a los campesinos sin voz y económicamente esclavizados. Por el contrario, estos extranjeros bien intencionados (y yo era uno de ellos) solían ver los drásticos problemas de salud en términos biomédicos, que se debían combatir con la tecnología biomédica. Pero, poco a poco, nos hicimos conscientes de los determinantes sociales de la salud.

En estas comunidades marginadas, y sobre todo en las áreas indígenas, las necesidades eran enormes. Las pequeñas clínicas improvisadas luego fueron inundadas con gente, muchos que llegaban de lejos. Por falta de personal, los programas comenzaron a capacitar a las personas locales – a veces curanderos y parteras tradicionales – como “promotores de salud”. Debido a que estos promotores fueron seleccionados por sus propias comunidades, la mayoría fue muy dedicada. Se comprometieron a trabajar por su gente, no por el dinero.

A medida que los programas de atención primaria llegaron a ser más participativos, los promotores, junto con la gente, comenzaron a discutir y analizar las causas fundamentales de los problemas de salud. Luego comenzaron a organizarse para superar sus problemas comunes, por sí mismos, por lo menos a nivel local. Y poco a poco, de estos esfuerzos colectivos, crecieron grupos informales – de madres, de campesinos sin tierra, de jornaleros, incluso de niños callejeros y jóvenes – todos en busca de una voz más fuerte en las decisiones que afectaban a la salud y la vida. Por este proceso de análisis colectivo, muchos programas comunitarios informales evolucionaron desde un enfoque en la atención curativa, a las medidas preventivas y, finalmente a la acción socio-política.

En tanto que estas iniciativas comunitarias comenzaron a movilizar a la gente para hacer frente a las causas socio-políticas a raíz de los problemas de salud, a menudo fueron vistos como amenazas por la estructura de poder local: las autoridades públicas, los usureros, los médicos particulares y otros que rutinaria-



Trabaje primero por la gente, no por el dinero.  
La gente vale más.

mente explotan a los pobres. Como resultado, muchos de los programas no gubernamentales que habían sido recibidos favorablemente por los poderes ya fueron vistos como subversivos – especialmente donde los gobiernos eran más alejados de los pobres. La última cosa que los poderes no querían ver era que los de abajo se organizaran para defender su salud y sus derechos. Las duras reglas y obstáculos que impusieron eran cada vez más duros, y en algunos países los trabajadores de la salud y las parteras fueron detenidos – o peor.

Como resultado, en los países donde la oposición estaba creciendo, muchos promotores perseguidos se unieron clandestinamente con los movimientos de resistencia. Con su capacidad de organización, varios se hicieron líderes de las luchas para la liberación contra la tiranía.

De esta manera, la Atención Primaria Comunitaria en América Latina llegó a jugar un papel clave en la movilización del pueblo marginado en las luchas de la salud y la verdadera democratización en América Latina... y más allá.

Permítanme darles unos ejemplos.

## II. MOVILIZACIONES LOCALES Y NACIONALES



# A.

## GUATEMALA

En Guatemala, uno de los primeros y más influyentes programas de Salud Comunitaria se inició en el altiplano de Chimaltenango por un médico visionario, Carroll Behrhorst. Él servía a las comunidades indígenas marginadas y cruelmente explotadas. Su programa era entre los primeros que capacitaba a promotores de salud locales. A medida que los promotores comenzaron con la gente a analizar los determinantes básicos de la salud y a tomar acción colectiva para mejorar su situación, el gobierno militar consideró el programa y sus trabajadores como subversivos. Algunos promotores fueron desaparecidos. Durante los años de la política de pacificación “tierra quemada” pueblos enteros fueron reducidos a cenizas (igual a lo que Estados Unidos hacía poco después en Vietnam). Bajo las órdenes del Presidente Ríos Montt, destruyeron las aldeas por el simple “delito” de tomar acción colectiva para resolver a sus necesidades urgentes.

Un ejemplo de eso ocurrió el pueblo de San Martín, donde yo tomé la foto en la portada de mi libro *Aprendiendo a Promover la Salud*, que muestra una promotora enseñando a un grupo de madres. Un año más tarde, San Martín fue quemado por los militares. Sin embargo, para el gobierno tales barbaridades tendían a ser contraproducentes. La gente – y los promotores – que sobrevivían solían huir a zonas liberadas y se unían con los guerrilleros.

Más al norte, en las tierras altas de Huehuetenango, un programa comunitario, coordinado por las Hermanas de Maryknoll, también capacitaba a promotores locales, en



La aldea de San Martín fue totalmente quemada poco después de que David Werner tomó esta foto, que aparece en la portada del libro *aprendiendo a promover la salud*.



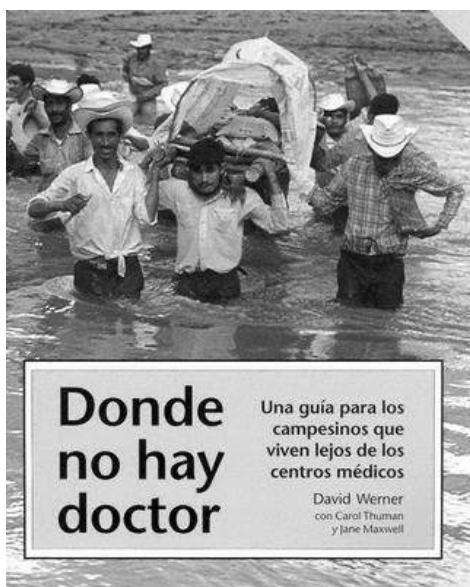
su mayoría mujeres, que movilizaron a pueblos sobre cuestiones de salud y sus derechos. Al igual que en Chimaltenango, el programa pronto se cayó del favor con los poderosos. Los promotores tenían que mantener un perfil bajo. De ninguna manera querían que las autoridades los encontrara con mi libro *Donde no Hay Doctor*. Esta guía de salud comunitaria – que el programa dio a todos sus promotores – era considerada subversiva, porque animó la gente a organizarse en torno a las necesidades.

Cuando las Hermanas daban el libro a sus promotores, también les entregaban un pequeño cuchillo. De esta manera, cuando una promotora iba de pueblo en pueblo, en caso que los soldados le detuviera el autobús, ella rápidamente podía cortar el tapizado de su asiento, y meter el libro para ocultarlo. Esta medida preventiva podía salvar la vida. A veces los trabajadores de salud o parteras fueron asesinados, simplemente por haber sido sorprendidos con mi libro.

## B. CHILE

En Chile – después de que el democráticamente electo presidente Salvador Allende fue derrocado – y efectivamente, asesinado – por el golpe militar apoyado por Estados Unidos en 1973 – la junta de Pinochet implementó las políticas neoliberales del “mercado libre” impuestas por los “Chicago Boys”. Se privatizó las industrias del gobierno y los servicios públicos, como la salud. El resultante “milagro chileno” hizo más ricos a los ricos y a los pobres más pobres. Durante la dictadura de Pinochet, *Donde No Hay Doctor* fue prohibido por los militares. Sin embargo, el editor de la edición chilena, Editorial Cuatro Vientos, llevó al gobierno a los tribunales. Sorprendentemente el tribunal rescindió la prohibición.

Durante este tiempo de represión violenta y enormes necesidades, un pro-





grama de salud de la comunidad radical llamado EPES (Educación Popular en Salud) nació en los sectores pobres de Santiago y Concepción. Como parte de la educación para la salud, EPES promovió la concientización y la movilización de la gente en torno a los problemas de salud. Este “empoderamiento popular” desempeñó un papel crítico en la ola de resistencia que eventualmente llevó al derrocamiento del dictador en 1988.



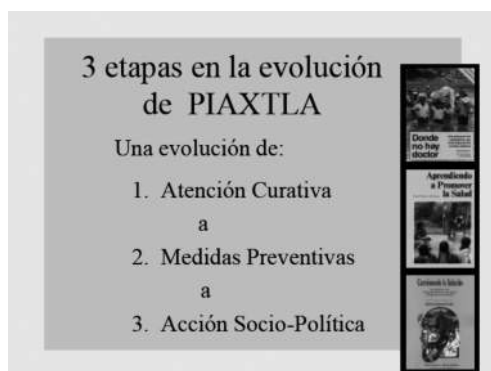
## EL SALVADOR

Del mismo modo, en El Salvador en los años 1970 y 80, en las zonas más pobres surgió una serie de programas de salud comunitaria. Entre los marginados, un descontento general surgía. Por lo mismo, las medidas de control social se hicieron más opresivas, con asaltos por escuadrones de la muerte. Para sobrevivir, los programas comunitarios de salud y sus promotores cada vez más se alineaban con el Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional (FMLN). Así que los promotores tuvieron un papel clave en la movilización de la ola de resistencia contra la dictadura militar apoyado por los gringos.



## MÉXICO

Uno de los primeros programas de salud comunitaria en México fue Proyecto Piax-



tla, en la Sierra Madre Occidental México, lo cual yo ayudé a iniciar en 1965. Fue a partir de mi larga experiencia con Piaxtla que nacieron los libros *Donde no Hay Doctor*, *Aprendiendo a Promover la Salud*, *El Niño Campesino Deshabilitado*, y años más tarde *Cuestionando la Solución*: las políticas de atención primaria y la sobrevivencia infantil.

Al igual que muchos programas en América Latina, Piaxtla evolucionó a través de 3 etapas:

- primero, la atención curativa,
- segundo, las medidas preventivas
- y, finalmente, la acción socio-política.

Los tres libros que nacieron de Piaxtla correspondían más o menos a estas tres etapas de los cuales el programa de salud comunitaria evolucionó:

En la Sierra Madre, la acción política mayor que los promotores abordaron con los campesinos fue la mala distribución de las tierras. La Constitución Mexicana – realizada luego de la Revolución de 1910 – legislaba una distribución de la tierra más justa. Pero un medio siglo después, en violación de la Constitución, las

mejores tierras estaban todavía ilegalmente en las manos de los latifundistas. Estos rentaban pequeñas parcelas a los campesinos pobres a tasas tan explotadoras que el hambre era inevitable. Una encuesta que hicimos en 1966 mostró que uno de cada tres niños moría antes

**En la Sierra Madre de México: 1 de cada 3 niños moría antes de los 5 años, principalmente por la pobreza y desnutrición.**



de los 5 años, principalmente por enfermedades vinculadas a la desnutrición.

A medida que el programa de salud se desarrolló, los promotores se juntaron con sus vecinos para analizar las causas de la mala salud, y a explorar soluciones. La gente empezó a organizarse y exigir sus derechos constitucionales para la tierra. Fue larga la batalla, con demandas formales y enfrentamientos directos. Durante el proceso algunos promotores fueron asesinados. Pero al final, los campesinos lograron invadir y recuperar más del 50% de los mejores terrenos, y luego los repartieron a los campesinos sin tierra.

Los resultados para la salud fueron impresionantes. En una década, la mortalidad infantil se redujo a la quinta parte de lo que había sido. La mortalidad materna se redujo a menos de la mitad. Y

la población parecía más feliz, más sana y más auto-determinada. Si alguien le preguntaría a una madre del pueblo, “¿Es verdad que mueren menos niños ahora que hace unos años?” con orgullo ella respondería: “¡Sí!” y daría crédito al programa comunitario de salud – si no principalmente por sus servicios médicos. Junto con los demás en su pueblo, tendría un conocimiento básico de la cadena de causas: Con la atención curativa, menos niños murieron. Con las medidas preventivas, aún menos murieron – pero aún así, muchos quedaron flacos, se enfermaron y murieron. Y cuando el pueblo tomó la acción política, y luchó por sus derechos constitucionales para la tierra, la tasa de mortalidad infantil se bajo mucho. La razón es obvia: cuando la gente tiene su propia tierra, tiene más que comer.

## **E.** **NICARAGUA**

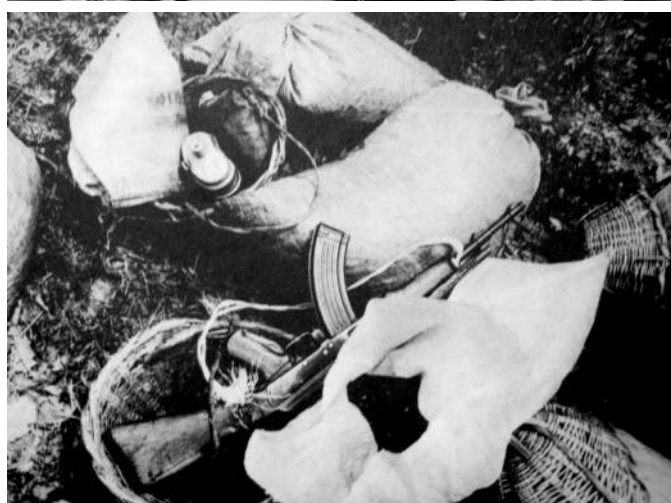
### **1. NICARAGUA BAJO SOMOZA**

Un ejemplo destacado del papel que la atención primaria de salud ha desempeñado en la lucha por la liberación de la tiranía es Nicaragua. Durante la dinastía de la familia Somoza – un régimen brutal apoyado por el complejo gubernamental-empresarial de EE.UU. de 1936 a 1979 – la mayoría de los empobrecidos vivía bajo condiciones deplorables. Los servicios públicos, como la salud y la educación, eran mínimos. Las violaciones de derechos humanos fueron desenfrenadas. La sindicalización fue reprimida y

los salarios fueron insoportablemente bajos. La organización comunitaria fue considerado subversiva, a menos que fuera iniciada y administrada por el Estado. La atención de salud formal fue principalmente curativa, basada en los médicos y hospitales, privatizada, y al igual que otros servicios fue diseñada para beneficiar principalmente a la pequeña clase dominante. En la década de 1970, el 90% de los recursos de salud del país se canalizó al 10% de la población más acomodado. Y entre los pobres, uno de cada diez niños murió antes de un año de edad. Más de la mitad de los niños de Nicaragua estaban desnutridos.

En Nicaragua bajo Somoza – como en muchos países donde los derechos humanos fueron sistemáticamente violados – las iniciativas locales de salud comunitaria comenzaron a surgir. Muchas de estas fueron asistidas por las organizaciones no gubernamentales extranjeras o por grupos religiosos que al principio no tenían motivaciones políticas, aparte de servir a los más necesitados. Pero fue tan obvio que las “enfermedades de la pobreza” generalizadas que encontraron eran el resultado de un orden social cruelmente injusto hasta que los líderes de programas, inevitablemente, se volvieron más conscientes políticamente. Los promotores comunitarios comenzaron a facilitar la acción organizada a nivel local, con un esfuerzo por enfrentar las causas fundamentales de la mala salud. Así, los promotores se convirtieron gradualmente en agentes de cambio – y pronto fueron calificados como subversivos.

Debido a las necesidades profundas del pueblo marginado, a mediados de la dé-



cada de 1970 un amplio sistema de programas comunitarios de salud no gubernamentales se extendió en casi todo Nicaragua, desde las zonas rurales a los barrios urbanos. Cuando visité el país en 1977, estas iniciativas habían comenzado a desempeñar un papel en la movilización de la gente en defensa de su bienestar y sus derechos. Y encontraron más y más represión.

En un intento de cooptar a estas iniciativas populares o hacerlas “innecesarias”, el Ministerio de Salud de Somoza – con la ayuda de la Agencia de para el Desarrollo Internacional (USAID) – puso en marcha un ambicioso proyecto para capacitar a los trabajadores de salud gestionados por el gobierno. Pero a pesar de los millones de dólares de los EE.UU., el programa del gobierno recibió poco apoyo del pueblo.

Mientras tanto, la red informal de programas comunitarios siguió creciendo. En respuesta, la brutal Guardia Nacional de Somoza, así como paramilitares, se enfocaba cada vez más en los promotores de salud – junto con los líderes sindicales y organizadores comunitarios – que los acosaba, los detenía y los desaparecía.

Esta red de base de las iniciativas de salud jugó un papel vital en la concientización del pueblo y la movilización que finalmente llevó al derrocamiento de la dinastía Somoza. En los últimos años de la insurrección popular, la persecución de los promotores de salud – así como los médicos conscientes, enfermeras y estudiantes de medicina – llevó a muchos a unirse a la creciente resistencia sandinista. Como castigo colectivo, el gobierno cortó

los suministros de agua, alimentos y otros abastos y servicios básicos. En respuesta, las Comunidades de Base que apoyaron a los Sandinistas crearon Comités de Defensa Civil que actuaron como gobiernos locales provisionales. En estas comunidades “liberadas” se hizo un esfuerzo no sólo para distribuir alimentos, agua y otros suministros esenciales, sino también a dar los servicios básicos de salud. Voluntarios de salud locales, conocidos como “brigadistas de salud” fueron reclutados y entrenados. Estos fueron acompañados por numerosos promotores de salud que habían sido acosados o amenazados por la Guardia Nacional, y por lo tanto estaban en la clandestinidad.

En suma, fue el castigo colectivo por la Guardia Nacional en las zonas liberadas que provocó los sandinistas para lanzar un nuevo sistema de salud dirigido por activistas locales. Históricamente, esto proveía la base para la fuerte participación popular en los muy eficaces “Jornadas de Salud” después de la caída de Somoza en 1979.

## **2. NICARAGUA DESPUÉS DE LA LIBERACIÓN**

En el período de transición después de la liberación, el nuevo gobierno Sandinista (FSLN) se dedicó a formar un nuevo Ministerio de Salud orientado al pueblo. Al trabajar hacia la meta de “Salud para Todos”, con un presupuesto muy limitado, se reconoció la importancia del movimiento de salud comunitaria en el proceso revolucionario. Entrenaron a más brigadistas, utilizando el enfoque multiplicador del FSLN usado en las comuni-



dades de base. Pidieron a todos los brigadistas, después de su formación, que compartieran lo que habían aprendido con varios nuevos reclutas. Los que resultaron más capaces fueron nombrados como multiplicadores o instructores. Además, los Consejos Populares de Salud organizaron sus comunidades locales en las Jornadas Populares de Salud. Estas Jornadas fueron movilizadas para enfrentar a los problemas principales de salud, para lo cual toda la población fue llamada a participar. En 1980, un estimado de

30 mil voluntarios llevaron a cabo una serie de Jornadas de lucha contra la polio y el sarampión (a través de la inmunización en masa), el dengue (eliminando los criaderos de mosquitos), y diversas enfermedades infecciosas (por medio de los proyectos de saneamiento y la recogida de basura). Las Jornadas incluyeron campañas de educación pública, y las visitas domiciliarias para inmunizar a los niños cuyas familias no los habían llevado a los puestos designados durante los Días de la Salud.





### III. EL SURGIMIENTO DE LA SOLIDARIDAD

## A.

### PROMOVIENDO LA SOLIDARIDAD ENTRE PROGRAMAS Y NACIONES

Un proceso de creación de redes y la promoción de la solidaridad, dentro de y entre países, ha sido uno de los resultados más importantes y estratégicos del movimiento de salud comunitaria – de los cuales el Movimiento por la Salud de los Pueblos ha sido su logro reciente y de mayor alcance.

La red creció paso por paso de una manera orgánica, desde abajo hacia arriba. A principios de la década de 1960 no existía una red firme. En América Latina, sólo había un puñado de pequeños programas comunitarios de salud aislados no gubernamentales. Cada uno surgió independientemente en respuesta a las necesidades locales abrumadoras. La mayoría tuvo que mantener un perfil bajo para poder sobrevivir bajo regímenes opresivos. Y la mayoría no sabía de la existencia de otros programas – incluso cuando estaban en las zonas vecinas. El contacto entre los programas fue mínimo. Pero poco a poco, algunos programas comenzaron a comunicar con otros.

Como ejemplo, en los primeros años del Proyecto Piaxtla en el oeste de México – el programa de salud rural que yo ayudé a iniciar en los años 60 – éramos totalmente ignorantes de otros programas similares. Estábamos en una zona aislada sin electricidad en la sierra, y sólo habían senderos de mula que conectaban las aldeas. Cuando estaba escribiendo *Donde No Hay Doctor* a principios de los años 70, nunca nos imaginamos que sería utilizado más allá de las montañas de la Sierra Madre. La primera edición escribí en el dialecto regional de español con una mezcla de palabras indígenas locales. Pero pronto las noticias de la guía comenzaron a extenderse a programas de salud desconocidos, en México y más allá. Poco a poco, los diferentes programas comenzaron a comunicarse, a compartir ideas y, finalmente, hacer intercambios.

## **B.**

### **SOLIDARIDAD SOBRE LAS FRONTERAS NACIONALES**

Uno de los aspectos más inspiradores de las luchas populares por la salud y la liberación en América Latina ha sido la solidaridad que surgió de ella a través de las fronteras nacionales.

Por ejemplo, en simpatía con el levantamiento guerrillero por la justicia social y la autodeterminación, varios voluntarios idealistas de diferentes países fueron a El Salvador, donde arriesgaron sus vidas para apoyar a la lucha popular. Uno de los más conocidos era el médico norteamericano, Charlie Clements. Anteriormente era un soldado en la guerra de Vietnam. Clements había visto la brutalidad de su país en la guerra, y se negó a seguir participando. Más tarde, después de estudiar la medicina, se molestó por el apoyo de su gobierno a la dictadura en El Salvador, y se integró con las fuerzas guerrilleras como médico y educador de la salud. Su experiencia se registró en su libro, *Testigo a la Guerra*.

Hay muchos ejemplos de solidaridad entre los países, a nivel de base o personal. Por ejemplo, el Proyecto PROJIMO – un proyecto de Rehabilitación Basada en la Comunidad en México que nació del Proyecto Piaxtla – se solidarizó con el pueblo que luchaba por la liberación en Guatemala. Durante los últimos años de 1980 y principios de los 90 el equipo de PROJIMO organizó en secreto para traer los guerrilleros guatemaltecos con discapacidades graves a su centro rural en Sinaloa, México. Allí les proporcionaban los servicios de rehabilitación y aparatos de asistencia todo gratuitamente. Cuando rehabilitados, los compañeros guatemaltecos regresaron a la lucha en Guatemala.

De la misma manera, un médico joven mexicano, Carlos Miyazaki, pasó tres años en El Salvador durante los años 80 como voluntario en las pueblos de resistencia. Allí capacitó a más de 300 promotores de salud – y les dio a cada uno un ejemplar de *Donde No Hay Doctor*. Actualmente el Dr. Miyazaki dirige La Clínica Para Los Pobres en Sinaloa, México, y está cooperando con entusiasmo con PROJIMO Duranguito, el programa de sillas de ruedas para niños, con que estoy activo actualmente. (Los libros, *El Niño Campesino Deshabilitado* y *Nada Sobre Nosotros Sin Nosotros* surgieron de los programas PROJIMO.)



## C.

### INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS DE BASE ENTRE NICARAGUA Y MÉXICO

Durante la larga lucha por la liberación de Nicaragua, los brigadistas utilizaron los dos manuales que surgieron del Proyecto Piactla en México: Donde No Hay Doctor y Aprendiendo a Promover la Salud. El nuevo Ministerio de Salud Sandinista, MINSA – al querer aplicar las metodologías participativas ilustradas en estas guías – envió un representante del Ministerio a visitar el Proyecto Piactla. A continuación, el Ministerio de Salud Sandinista invitó a un pequeño grupo de los trabajadores de salud de México para visitar a Nicaragua, y a facilitar un taller sobre su metodología de aprendizaje mediante la práctica.

Tuve la suerte de acompañar a los promotores de México en este intercambio internacional innovador, que se celebró en Ciudad Sandino. Fue un taller lleno de acontecimientos, al que asistieron brigadistas y multiplicadores, donde todos compartieron experiencias y aprendieron unos de otros. Para facilitar la participación de la comunidad en materia de salud, analizar los factores determinantes básicos y explorar alternativas prácticas para la acción, se utilizó historias, juegos de rol, el cuento “¿Pero por qué?”, y una actividad participativa sobre la “cadena de causas.” (Estos métodos se describirán en más detalle más adelante, en el capítulo V).

## D.

### UN VIAJE DE ESTUDIO PARA APRENDER DE OTROS PROGRAMAS

En gran parte gracias a la distribución informal de Donde No Hay Doctor, en los años 70 el Proyecto Piactla en México se puso en contacto con varios programas comunitarios de salud en América Latina. En 1974 un grupo de nosotros de Piactla comenzó a planear un viaje de estudio a través de México, América Central y el norte de Sudamérica, para visitar e intercambiar ideas con diversos programas. El viaje tuvo lugar el año siguiente. Financiado con poco dinero, este viaje de estudio informal – y las publicaciones que surgieron de él – se convirtió en un catalizador para el proceso temprano de la creación de redes. En un artículo que escribí, *El Trabajador de Salud Comunitario – ¿Lacayo o Libertador?* describo algunas de nuestras conclusiones:

En el viaje de estudio un grupo de mis compañeros de Piactla y yo fuimos a visitar cerca de 40 proyectos rurales de salud, tanto gubernamentales como no gubernamentales, en nueve países de América Latina (México, Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicaragua, Costa Rica, Venezuela, Colombia y Ecuador). Nuestro objetivo era de fomentar el diálogo entre los distintos grupos, así como tratar de reunir muchos enfoques, métodos, perspectivas y problemas en una especie de guía práctica para los planificadores de salud y educadores, a la vez que aprendiéramos de la experiencia de cada uno. Elegimos

visitar los proyectos o programas que estaban haciendo uso significativo de la actividad de promotores de salud locales...

Nos inspiramos en algunas de las cosas que vimos, y éramos profundamente perturbados por otras. Mientras que en algunos proyectos que visitamos, la gente estaba de hecho considerado como un recurso para controlar las enfermedades, en otros, tuvimos la impresión repugnante que la enfermedad estaba siendo utilizado como un recurso para controlar a la gente. Empezamos a ver diferentes programas y funciones, en términos de donde estaban en un continuo entre dos polos: los que apoyaba a la comunidad y los que oprimían a la comunidad.

A continuación:

- Programas o funciones de apoyo de la comunidad son los que influyen favorablemente en el bienestar a largo plazo de la comunidad, que ayudan a que se destaque por su propio pie, que fomentan la responsabilidad, la iniciativa, la toma de decisiones y la autosuficiencia a nivel comunitario: que comparten la humana dignidad.
- Programas o funciones opresivas de la comunidad son los que, aunque siempre hablan a los aspectos anteriores de participación de la comunidad, son fundamentalmente autoritarios, paternalistas o están estructurados y realizados de tal manera que estimulan eficazmente una mayor dependencia, el servilismo y la aceptación incondicional de los reglamentos y decisiones de afuera, las que a la larga están paralizándolo a la dinámica de la comunidad.

Es preocupante observar que, con ciertas excepciones, los programas que nos pareció más a favor a la comunidad eran pequeños esfuerzos no gubernamentales, que habitualmente se manejan con pocos recursos y que funcionan en una situación más o menos delicada.

En cuanto a los grandes programas regionales o nacionales – con todo su financiamiento internacional, los consultores extranjeros de alto rango y folletos bilingües brillantes que muestran la participación de la comunidad – encontramos que cuando llegamos a la verdad, por lo general había un mínimo de participación efectiva de la comunidad y un máximo de asistencialismo que fomenta la dependencia, del paternalismo y de normas que destruyen a la iniciativa.

El documento “¿Lacayo o Libertador?” también analiza el papel del trabajador comunitario de salud en los diferentes programas que visitamos. Las preguntas clave que pedimos fueron:

- ¿Qué habilidades puede realizar el trabajador de salud comunitario?
- ¿Qué tan bien puede realizarlas?
- ¿Cuáles son los factores limitantes que determinan lo que él o ella puede hacer?

Nuevamente cito:

*Hemos encontrado que las habilidades que los promotores de salud del pueblo realizan varían enormemente de un programa a otro:*

*En algunos, los promotores locales, aunque tengan educación formal mínima, fueron capaces de realizar bien una am-*

*plia variedad de habilidades que abarcan tanto la medicina curativa y preventiva, así como la extensión agrícola, cooperativas rurales y otros aspectos de la educación y movilización comunitaria.*

*En otros programas – a menudo los patrocinados por los Ministerios de Salud – no dejaron hacer casi nada a los promotores. Guardando el monopolio de la profesión médica en la medicina curativa, a menudo los instructores enseñaban a estos promotores menos habilidades médicas que los campesinos ya habían dominado por sí mismos. Esto a veces reducía el respeto de la gente por su promotor de salud tanto que él (o ella por lo general) se hacía menos efectivo, incluso en las medidas preventivas.*



UN BUEN PROMOTOR COMPARTIÓ SUS CONOCIMIENTOS CON OTROS

*En la mayoría de los casos, se encontró que los factores externos, mucho más que los factores intrínsecos, resultaron ser los que determinaban lo que el promotor podía hacer. Concluimos que la gran variación en las habilidades que*

*realizan los promotores en diferentes programas tiene menos que ver con sus potencialidades personales, con las condiciones locales o con los fondos disponibles que con las actitudes e ideas preconcebidas de los planificadores, consultores e instructores de los programas. A pesar de todas las bellas palabras sobre “decisiones tomadas por las propias comunidades” rara vez tiene palabra de la gente en lo que su promotor es enseñado e instruido hacer. (Vea el diagrama sobre Cuáles factores influyen en la función de un promotor en la siguiente página).*

*Las limitaciones y el potencial del promotor – lo que le permite hacer y, a la inversa, lo que podría hacer si lo permitiera – se puede entender mejor si nos fijamos en su papel en el contexto social y político. En América Latina, como en muchos países, la mala alimentación, falta de higiene, bajo nivel de alfabetización y alta fertilidad puede contribuir mucho a la alta morbilidad y mortalidad de las masas empobrecidas. Pero como todos sabemos, la causa principal es la desigualdad: de la riqueza, de las tierras, de las oportunidades educativas, de la representación política y de los derechos humanos básicos. Estas desigualdades debilitan la capacidad de los campesinos para el auto-cuidado. Como resultado, los poderosos asumen una postura cada vez más paternalista, debajo de lo cual los pobres se convierten políticamente en receptores sin voz. A pesar de los gestos nacionales e internacionales en la ayuda asistencial, en América Latina los ricos siguen haciendo más ricos y los pobres más pobres. Como sabe bien cualquier persona que ha compartido el*

<b>CUÁLES FACTORES INFLUYEN LA FUNCIÓN DE UN PROMOTOR</b>	
<b>Factores intrínsecos</b>	<b>Factores extrínsecos</b>
<p>Factores que influyen el potencial personal del promotor de salud comunitaria (PSC).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• historia cultural y enlace con la comunidad que sirve.</li> <li>• nivel de alfabetización.</li> <li>• factores personales: <ul style="list-style-type: none"> <li>- compasión</li> <li>- integridad</li> <li>- juicio</li> <li>- iniciativa</li> <li>- percepción</li> <li>- habilidades especiales</li> <li>- capacidad de aprendizaje</li> </ul> </li> </ul> <p>Condiciones locales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• aceptación del PSC y programa por la comunidad.</li> <li>• prioridades de salud dentro de la comunidad.</li> <li>• fondos disponibles (desde adentro de la comunidad).</li> </ul>	<p>Decisiones externas y control que influyen el potencial personal del promotor de salud comunitaria (PSC).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• actitudes y opiniones preconcebidas sobre lo que el PSC debe ser enseñado y permitido a hacer.</li> <li>• duración, contenido, calidad y relevancia de entrenamiento.</li> <li>• limitaciones y 'normas' impuestas en el PSC por autoridades externas (por ejemplo, Ministerio de Salud).</li> <li>• habilidad o incapacidad de instructores y supervisores para usar los conocimientos existentes, habilidades y perspectivas culturales del PSC.</li> <li>• fondos disponibles (desde afuera de la comunidad).</li> </ul>

*pan con la gente de abajo: **la salud de la gente es influida mucho más por la política y la concentración del poder, por la distribución de la tierra y la riqueza, que por la atención o prevención médica.***

El documento concluye que, "Los factores políticos, sin duda, constituyen uno de los principales obstáculos para un programa de apoyo de la comunidad". En

este contexto, analizamos las implicaciones en la formación y función de un promotor de salud:

Si el promotor se le capacita con una amplia gama de habilidades, si lo anima a pensar, a tomar la iniciativa y seguir aprendiendo por su cuenta, si le respeta a su juicio, si sus limitaciones son determinadas por lo que sabe y puede hacer, si la supervisión lo apoya y educa, lo más pro-

bable es que vaya a trabajar con energía y compromiso, que hará una importante contribución a su comunidad y que va a ganar la confianza y el amor de su pueblo. Su ejemplo servirá como modelo para sus vecinos, y ellos también podrán aprender nuevas habilidades y tomar nuevas responsabilidades, y entender que sí es posible mejorar a sí mismo. Así, el trabajador comunitario de salud se convierte en un agente de cambio, no sólo servirá para la atención de salud, sino para el despertar de su pueblo a su potencial colectivo... y últimamente a sus derechos humanos.

Sin embargo, en los países donde se necesitan urgentemente las reformas sociales y agrarias, donde la opresión de los pobres y la disparidad de la riqueza bruta se toma por sentado, y donde los sistemas médicos y políticos celosamente codician su poder, es posible que el trabajador de salud que acabo de describir, sabe, hace y piensa demasiado, y por tanto visto como peligroso, pues: son el germen del cambio social.

Así que nos encontramos que algunos programas estaban formando una especie distinta de promotor de salud... le enseña una serie muy limitada de habilidades, le está entrenando para no pensar sino para seguir una lista de instrucciones o "normas" controladoras, a usar un uniforme limpio, a tener un diploma impresionante, y a trabajar en un puesto de salud de cemento donde la supervisión es restrictiva y las limitaciones son estrictamente predefinidas. Este promotor tiene muy poco impacto en la salud y aun menos en el empoderamiento de la comunidad. Él – o más comúnmente, ella – pasa la mayoría de su tiempo llenando formularios.

## E.

### HACIENDO REDES: DESDE EL NIVEL NACIONAL AL REGIONAL

A través de estas visitas y los intercambios, los miembros de los programas de base no gubernamentales reconocieron que tenían mucho en común, que podían aprender mucho unos de otros, y que necesitaban apoyar unos a otros en tiempos difíciles. Asociaciones y redes comenzaron a formarse.

Las primeras asociaciones fueron formadas en diferentes países. En México fue PRODUSSEP. En Guatemala, ASECSA. En Nicaragua, CISAS y PROSALUD. Asociaciones nacionales empezaron a organizar encuentros internacionales, fomentando un nuevo sentido de solidaridad. Se hizo más claro que los determinantes sociales de la salud fueron similares en toda América Latina. Algunos países eran nominalmente democráticos y otros plenamente dictaduras. Pero en casi todos una poderosa clase dominante mantenía control opresivo sobre las masas. En muchos casos los autoridades del Estado estaban apoyados por los EE.UU., y se acostaban con las empresas transnacionales que estaban explotando a los países de América Latina. En algunos países, cuando la mayoría de la gente atrevió elegir un líder que ponía las necesidades del pueblo encima de las ambiciones transnacionales, el complejo corporativo-militar de EE.UU. abierta o clandestinamente intervino. La CIA, a través de mercenarios y golpes de estado, facilitó el fin del líder



progresista, reemplazándolo con un títere cuyos intereses estaban con las empresas multinacionales. Dos ejemplos infames son 1) la United Fruit Company que ayudó en el golpe de Estado en Guatemala y el derrocamiento del presidente Jacobo Arbenz, y 2) la industria norteamericana de cobre Anaconda que con la CIA arregló el golpe de estado militar en Chile y la muerte del presidente Salvador Allende, y la instalación del dictador Pinochet. La historia es similar en país tras otro.

En los encuentros internacionales de los programas comunitarios de salud, ya que los participantes analizaron las causas de los problemas de salud en sus respectivos países, se hizo penosamente evidente que un determinante primordial de la salud – incluso en los pueblos más pequeños, más aislados – es el sistema económico mundial del capitalismo, controlado por una pequeña pero fuerte clase dirigente. La gente en un pueblo remoto – o incluso un país pequeño – puede luchar para mejorar las condiciones locales que afectan la salud. Pero a medida que las crisis globales – política, económica y ambiental – profundizan, la necesidad de un frente popular global es aún mayor.

La verificación de que la injusticia social era el mayor determinante de la salud alentó a las asociaciones nacionales de Mesoamérica para unir fuerzas. En 1975, se organizó un encuentro revolucionario en Emaus, Guatemala. De esto nació El Comité Regional de Promoción de Salud Comunitaria – o CRPSC, que abarca México, Centroamérica y el Caribe. La agenda de esta nueva coalición era radical, en el sentido de que “radical” quiere

decir “llegar a las raíces”. Todo el mundo reconoció que la salud para todos sólo sería posible a través de un esfuerzo colectivo centrado en el pueblo – tanto local como internacional – para transformar el sistema socioeconómico neoliberal. Para llegar a la Salud para Todos, el paradigma actual, que beneficia a unos pocos privilegiados a enorme costo humano y ambiental, tiene que ceder el paso a un sistema armónico que beneficie a todos.

¿Era un sueño utópico que surgió de los años rebeldes de los 60? Tal vez sí. Pero nos dimos cuenta que la supervivencia de la humanidad depende de que nuestro orden social super-macho basado en la codicia se transforme a un orden más humanitario, más femenino que responda a las necesidades comunes. Es decir, crear un sistema igualitario en el que todos vivamos colectivamente, con compasión y para el bien común.

## F.

### INTERACCIÓN CON OTRAS REGIONES DEL MUNDO

Con el tiempo, el Comité Regional para la Promoción de la Salud Comunitaria (CRPSC) se amplió gradualmente para incluir más países del Caribe y de América del Sur. También comenzó a promover intercambios con programas similares y redes en otras partes del mundo.

Por ejemplo, en 1980, Martín Reyes, uno de los promotores principales de Piaxtla, en México, tuvo la oportunidad de ir a la India para asistir a una conferencia titu-

lada, "Deja al Pueblo Escuchar." Al final resultó que, Martín fue uno de los pocos de una aldea en la conferencia. Sin embargo, su impacto fue transformador: Martín insistió que la gente de las aldeas deben tener la oportunidad de hablar por si misma, en lugar de simplemente ser objetos de discusión -- de acuerdo con el concepto "nada sobre nosotros sin nosotros". La conferencia concluyó con la decisión de cambiar el tema de "Deja al Pueblo Escuchar" a "Escucharemos al Pueblo".



Al año siguiente, en agosto de 1981, se organizó un intercambio con los promo-

tores de salud de América Central y de las Filipinas. Un grupo de promotores de Guatemala, Honduras y México, viajó a las Filipinas, donde intercambiaron ideas con promotores de la red de programas de allá. Fue un gran estímulo para todos, de ambos lados del Pacífico. Nos dimos cuenta que América Latina y las Filipinas tenían mucho en común: en primer lugar la conquista y colonización por España, y después las invasiones y colonización por los Estados Unidos. Hubo fuertes semejanzas entre los robos de la tierra y la explotación de los campesinos por la United Fruit Company en las Américas, y de la empresa Del Monte en las Filipinas. En ambos casos, el complejo militar-corporativo de EE.UU. respaldó a dictadores que se inclinaron a su agenda neoliberal.

En el intercambio entre promotores de regiones lejanas – y en el "análisis situacional" de sus respectivos países – nació un nuevo sentido de la solidaridad intercontinental. Al compartir historias y luchas similares, todos vieron que los principales determinantes de salud en nuestros países, tenían su origen en el sistema económico global. Fue evidente que el llamado "libre mercado", a pesar de su fachada democrática, estaba diseñado para favorecer a los poderosos. Y a pesar de todos los gestos simbólicos de "ayuda internacional" por los países ricos y la ONU, la brecha entre ricos y pobres seguía aumentando, entre los países y dentro de ellos. Y a pesar de la "Declaración Universal de los Derechos Humanos", los derechos más básicos se violaban con impunidad – en especial el derecho a la alimentación adecuada y la atención de salud universal.

## G.

### REDES INTERNACIONALES Y DESAFÍOS GLOBALES

Mientras los determinantes sociales de la salud se hicieron más globales y opresivos, la red de Mesoamérica pretendía ampliar la comunicación y solidaridad con grupos en otros países. A lo largo de los años se formaron coaliciones de mayor alcance, con gran parte de las bases encabezada por el Comité Regional y sus organizaciones asociadas.

En los años 70 y 80, cuando el Banco Mundial estaba forzando su política neoliberal y el "ajuste estructural" en los países endeudados, la dura situación echó más leña al fuego de la resistencia popular. En América Latina, los marginados movilizaban una lucha de liberación contra el sistema opresivo.

En estas luchas populares, las redes de los programas de salud comunitaria tenían un papel importante. A veces estas luchas tuvieron éxito – al menos temporalmente. En algunos países las viejas plutocracias fueron remplazadas por gobiernos más democráticos. En otros, las luchas por la liberación lograron cuando menos ciertas mejorías.

En las Filipinas durante mucho tiempo había una lucha continua contra el gobierno de Ferdinand Marcos respaldado por EEUU. La resistencia tomó muchas formas. Fuerzas organizadas incluían los sindicatos, estudiantes y jóvenes, y sectores de la clase media. El Nuevo Ejército del Pueblo, brazo armado del Partido Co-

munista, basado principalmente en el campo, fue fundamental en la lucha. El NEP apoyó y protegió a los promotores de salud en varias de las islas, como Davao. El Movimiento Comunitario de Salud, cuyo personal cubría casi todas las ciudades y aldeas, tuvo un papel fundamental, a veces clandestino, en la movilización y la habilitación del pueblo. Numerosos médicos, enfermeras y monjas conscientes, así como promotores de salud, fueron encarcelados o asesinados. Pero esto sólo fortaleció la voluntad de la gente. Al fin el dictador Marcos fue derrocado en una masiva, en gran parte no violenta insurrección llamada "La Revolución de las Flores", cuando miles de personas marcharon contra los soldados y pusieron flores en sus rifles.

Por supuesto, la victoria del pueblo era sólo parcial. El sistema de poder imperialista permanece intacto – y pronto un nuevo grupo de títeres de los Estados Unidos tomó el control.

Es una historia similar en muchas partes de la Tierra. Pero al menos el pueblo filipino -- como varios pueblos en América Latina -- ya está despertando, y los poderes son cada vez más a la defensiva. Como decían los compañeros de Guinea-Bissau, Angola y Mozambique, ¡"A Luta Continua!" (¡La Lucha sigue!).

## H.

### RETRASOS PARCIALES

Como ya vimos, en América Central el país donde la lucha de liberación pareció



tener mayor éxito – al menos por un tiempo – fue Nicaragua. En 1979 los sandinistas derrocaron a la dinastía de Somoza. Después de la liberación, a través de la promoción intensiva de la atención primaria universal, con campañas en todo el país para erradicar enfermedades endémicas como poliomielitis, paludismo y dengue, en los años 80 Nicaragua realizó enormes mejoras en los indicadores básicos de salud (la supervivencia infantil, la mortalidad materna, la esperanza de vida).

Para celebrar estos impresionantes logros – y a examinar el papel clave desempeñado por la movilización popular para una sociedad más sana – algunos de nosotros en el Comité Regional, junto con algunos pioneros de salud comunitaria en otros países del mundo, comenzamos a planear un simposio internacional. El evento, nombrado “Atención de la Salud en las Sociedades en Transición”, estaba prevista para 1988, en Managua. Nos pareció que los demás pueblos en lucha por la salud y la justicia podían aprender mucho de Nicaragua. Por eso, invitamos al simposio a activistas de varios países, en particular Sudáfrica, la India, Bangladesh, las Filipinas, Palestina y varios países de América Latina.

La fecha original para el simposio era 1988, pero fue repetidamente aplazada, hasta 1990. En esos dos años inquietantes la situación mundial cambió, de algunas maneras para el peor. La victoria de Nicaragua había mostrado que un modelo alternativo a lo neoliberal podría funcionar bien y mejorar bastante la salud, la educación, y el bienestar en general. Aunque Nicaragua es un país pequeño, el buen ejemplo que daba a otros

era intolerable para la élite global, y tuvo que ser eliminado, cueste lo que cueste. Así que Estados Unidos, bajo Ronald Reagan, inició embargos económicos y una campaña de terrorismo contrarrevolucionario llevado a cabo por los “Contras”. Estas agresiones violaron varias leyes internacionales:

- Los Principios de Nuremberg
- Los Acuerdos de las Naciones Unidas
- El Tratado Interamericano de Asistencia Recíproca (El Pacto Río)
- El Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional.

Peor todavía, la Contra fue financiada en gran parte por el lavado de dinero por la venta de armas en el Medio Oriente que llegó a ser conocido como el escándalo Irán-Contra.

Es importante ver el ataque contra Nicaragua y otros países de Centro y Sudamérica en el contexto más amplio del sistema económico mundial. Este sistema, que se centra en los Estados Unidos y es dominado por los bancos y corporaciones multinacionales, ha puesto la salud y la supervivencia de la humanidad en más grave peligro que nunca. El capitalismo neoliberal, por la ciega codicia que lleva, está en camino de destruir por completo la salud y el bienestar del planeta y de sus habitantes. Ha provocado una serie de mega-crisis mundiales que amenaza el bienestar y la existencia de nuestra especie. La Caja de Pandora que abrió lleva:

- la enorme y creciente brecha entre ricos y pobres.
- la erosión de lo que queda del proceso democrático.

- el creciente deterioro en el bienestar del pueblo que resulta por la privatización de los servicios de salud y otros servicios públicos.
- la guerra convencional sin fin y la amenaza de guerra nuclear.
- colapsos económicos drásticos.
- el uso de los medios de comunicación para distraer y engañar al pueblo a través de la difusión de las noticias, la propaganda y el entretenimiento.
- una creciente escasez de agua limpia.
- la contaminación del medio ambiente con desechos cancerosos, nucleares y químicos no-desechables.
- el pronto acabamiento de los abastos de petróleo.
- la explotación desenfrenada de los recursos no renovables de energía.

Y, por último pero no menos importante – como resultado del conjunto de toda esta explotación desenfrenada de la gente y medio ambiente – está llegando la amenaza más peligrosa para la humanidad con toda la vida en el planeta: **el calentamiento global.**

La magnitud y la interacción de estas crisis nos lleva hacia una disfunción mundial y una pandemia de la violencia. Estamos acercándonos rápidamente al punto de no poder volver atrás. Sin embargo, los políticos más gordos del mundo, comprados o intimidados por los bancos y grandes empresas multinacionales, no tienen ningún interés en tomar las medidas radicales que urge.

En la reciente historia la iglesia católica ha tenido un papel en hacer retroceder

algunos de los logros que vimos en Nicaragua y en otros países, aunque los hechos son complejos. La iglesia se dividió entre los tradicionalistas que se acordaron con el status quo, y la “teología de liberación,” que siguió al ejemplo de Cristo, poniéndose al lado de los oprimidos. Muchos sacerdotes y monjas, motivados por la teología de la liberación, hicieron el llamado para un orden social más justo, y por su valor algunos pagaron con sus vidas. Sin embargo, la mayoría de la jerarquía eclesiástica sigue en línea con los poderosos.

En Nicaragua, el terrorismo institucionalizado perpetrado por los Estados Unidos, junto con el embargo y otras estrategias agresivas, produjo muchas bajas. En 1990 – poco antes del simposio que planeamos, los sandinistas fueron votados fuera, y la coalición conservador UNO, apoyado por la CIA, tomó el poder. Era una historia familiar del imperialismo. Los EE.UU. había dejado claro que la devastadora “contrarrevolución” continuará hasta que se cayeran los sandinistas. La población nicaragüense, agotado por la violencia mercenaria y engañada por falsas promesas de la UNO, finalmente cedió y votó a favor de la derrota.

Una vez que la ONU estaba en el poder, muchas de las injusticias del antiguo régimen surgieron nuevamente. Los servicios públicos se redujeron, la atención médica fue privatizada, y las estadísticas de salud se deterioraron de nuevo (vea el gráfico en página siguiente).

Así que el esperado Simposio, previsto para analizar transiciones positivas hacia una sociedad más sana, se convirtió en una conferencia para analizar las transi-

# CARACTERÍSTICAS

**SOMOZA**

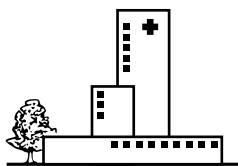
**SANDINISTAS**

**CHAMORRO**

## ASPECTOS CURATIVOS

### CONSERVADOR

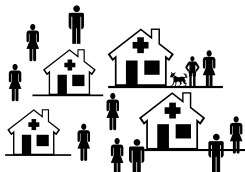
Médicos y hospitales para los ricos de las ciudades



Demasiado caro e inaccesible para la mayoría pobre

### REVOLUCIONARIO

Puestos de Salud rurales y comunitarios basados en el pueblo



Servicios gratuitos accesibles para casi todos

### MERCANTILISTA

Neoliberal, cierre de muchos puestos de salud



privatización y recuperación de costos alejan a los servicios de los usuarios

## SERVICIOS PREVENTIVOS

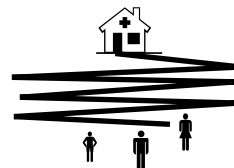


Muy poca labor de prevención



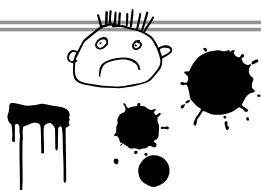
Excelentes campañas de prevención

Se intenta la labor preventiva...

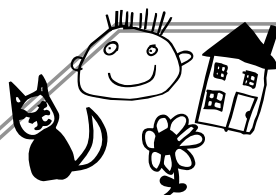


...Pero no se consigue movilizar a la población

## IMPACTO SOBRE LA SALUD



MALA SALUD Y MORTALIDAD INFANTIL MUY ALTA



RÁPIDA MEJORA DE LA SALUD Y CAIDA DE LA MORTALIDAD INFANTIL



ESTANCAMIENTO Y RETROCESOS EN LA SALUD Y LA MORTALIDAD INFANTIL

ciones negativas actuales, explorando estrategias para preservar algunos de los logros realizados antes.

Por todas estas contingencias problemáticas, el Simposio en Managua abrió un nuevo camino. Hubo análisis penetrante y propuestas sólidas para la acción nacional y global. A través del intercambio entre los activistas de Asia, África, el Medio Oriente y las Américas, la semejanza de los problemas en diferentes rincones de la Tierra estaba muy claro. Surgió un fuerte sentido de solidaridad internacionalista. Durante la clausura, el grupo acordó en la importancia de continuar y ampliar el intercambio que se había iniciado. Para ello se formó una nueva coalición intercontinental, llamado el "Consejo Internacional para la Salud de los Pueblos" (CISP).

Durante la década de 1990 el CISP organizó reuniones internacionales periódicas, celebradas en Sudáfrica, Palestina, Europa y Australia, y facilitó cursos breves sobre temas como "Educación en Salud para el Cambio", actividades de Niño-a-Niño, organización de base, y otros temas orientados a la acción.

Hacia el final del siglo 20, los miembros principales del CISP y el Comité Regional, junto con otras redes de salud nacionales e internacionales, comenzaron a planear una conferencia mundial del cambio de milenio, llamada la Asamblea de la Salud de los Pueblos. Esta se celebró en Gonashasthaya Kendra en Bangladesh en diciembre de 2000. A la "APS" asistieron más de 1.400 promotores de salud y activistas de más de 70 países. De esta Asamblea innovadora surgió el Movimiento por la Salud de los Pueblos (MSP),

que ha celebrado asambleas subsecuentes en Sudáfrica y aquí en Ecuador.

En la actualidad el MSP – con miles de miembros, una diversidad de programas nacionales y regionales, varios grupos de vigilancia, y una activa presencia en la Asamblea Mundial por la Salud – ofrece una fuerte "voz del pueblo" en los debates que influyen a la salud mundial. Y – como todos aquí sabemos – un brazo regional de la MSP – el Movimiento por la Salud del Pueblo-América Latina (MPS-LA), ahora se encuentra en su primera conferencia internacional.



## NECESIDAD DE EVOLUCIÓN COMO PARTE DE REVOLUCIÓN

Desafortunadamente, las altas expectativas para una sociedad más sana, más plenamente democrática tras el derrocamiento de regímenes opresivos en el siglo 20, a menudo resultaron en una amarga decepción. En Nicaragua después de Somoza, en las Filipinas después de Marcos, en Zimbabwe con Mugabe, y en Sudáfrica ya libre del yugo del Apartheid, la esperanza para el cambio radical fue alta. Pero en pocos años se llevaron a cabo inversiones hacia atrás al orden social cruelmente polarizado. Incluso para el visionario revolucionario Nelson Mandela, el poder neoliberal global era demasiado.

Es más. Con las victorias sobre los antiguos regímenes opresivos a finales del

siglo pasado, y el sueño mundial de Salud para Todos por el Año 2000, muchas de las organizaciones populares y programas comunitarios de salud bajaron su vigilancia. Varios de los programas desaparecieron o fueron absorbidos por los nuevos "servicios comunitarios" del gobierno, con nombres tan "progresivos" como en México, "Seguro Popular" y "Solidaridad".

¿Qué podemos aprender del hecho de que tantas "luchas de liberación", después de vencer los regímenes opresivos, se deslizan poco a poco hacia el orden viejo, quedando bajo una nueva bola de explotadores? La lección principal, tal vez, es que la revolución sin evolución no cambia mucho – o al menos no por mucho tiempo. Si estamos buscando cambios radicales del gobierno, primero tenemos que crear un cambio radical en la forma que la gente común se relaciona una con otra y con el mundo natural. Y mucho de esto tiene que ver con la forma en que enseñamos a nuestros hijos. Por esta razón, si queremos avanzar a través de la transformación evolutiva hacia un orden social más sano, tenemos que empezar con los niños – y, específicamente, con la forma en que ellos aprenden.



## IV. EDUCACIÓN PARA EL CAMBIO

Este bosquejo histórico de la lucha por la salud en América Latina no estaría completo sin subrayar la metodología de la “Educación Libertadora”, que surgió como parte de la lucha para una sociedad más saludable.

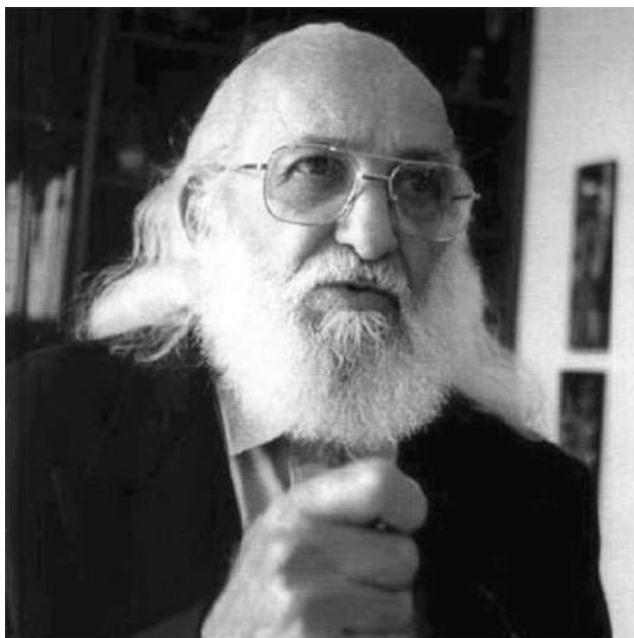
En un ambiente económico tan desigual como el de hoy, “la educación” es un arma de doble filo. Sirve para entrenar a los jóvenes a seguir las reglas y obedecer las leyes. Prepara a los estudiantes para ser obreros conformistas, resignados a hacer tareas ingratas por salarios miserables bajo las órdenes de patrones mandones. Tal vez por eso la educación obligatoria es tan aburrida y autoritaria. En lugar de estimular a los jóvenes a pensar por sí mismos, y a analizar la situación en que vive, se ven obligados a memorizar montones de fechas y datos que no tienen nada que ver con sus necesidades. Lo que es la “educación” es realmente una estrategia para convertir a los jóvenes en engranes de una máquina que aumenta la riqueza y poder de los que ya son demasiados ricos y poderosos. Este tipo de “educación” es un instrumento de control social.

Pero la educación no tiene que ser así. Puede ser un instrumento de liberación. De hecho, el aprendizaje que empodera es esencial para cualquier movimiento que lucha para un orden social más justo y sano.

América Latina ha sido un líder en el desarrollo de una metodología educativa que es “liberadora” – en el sentido de que ayude los aprendices a averiguar los determinantes básicos de la salud, y a trabajar juntos para el bien común. La clave para un enfoque liberador – en lo que nombramos la “Educación para el Cambio” – es la comprensión de que todas las personas tienen experiencias y conocimientos que valen, y que todos podemos aprender uno de otro como iguales.



El autor más conocido de la Educación para el Cambio en el siglo pasado fue un brasileño que desarrolló el enfoque de alfabetización para adultos, Paulo Freire. El libro clásico de Freire, *Pedagogía de los Oprimidos*, revolucionó la metodología de aprendizaje en los movimientos de acción comunitaria, en todo el mundo. Su método destaca el proceso



PAULO FREIRE

de concientización socio-política, en la que un grupo de personas, por marginadas que sean, analiza su realidad y lucha para cambiar el mundo.

Como muchos de ustedes ya saben, Freire describe dos tipos de educación. El primero es el tipo "banco", en que una autoridad sabe-todo deposita ideas

en las cabezas "vacías" de los alumnos. El segundo es el tipo "liberadora", en que el facilitador saca las ideas de los alumnos, y les ayuda a desarrollar sus propias observaciones y experiencias.

En el enfoque "aprendizaje para el cambio" que Freire propuso, las ideas y experiencias de todos importan. Todo el mundo aprende de los demás. La gente

analiza colectivamente la situación en que viven, hablan de sus problemas comunes, y analizan las causas subyacentes. Luego planean un curso de acción colectiva, calculando los posibles beneficios y riesgos. Freire insistió que a través de tal proceso consciente, orientado a la acción, un grupo empoderado así, puede "cambiar el mundo".

En América Latina, las Filipinas y otros países, los promotores de salud han adaptado los métodos de Paulo Freire a la educación comunitaria para la salud.

A través de ensayo y error, ellos utilizan sus propios conocimientos para analizar colectivamente las necesidades para la salud, averiguar soluciones, acomodando el proceso a la situación local.

En Guatemala, Nicaragua, Chile y México, los educadores de salud experimentaron con "dibujos clave" como puntos de

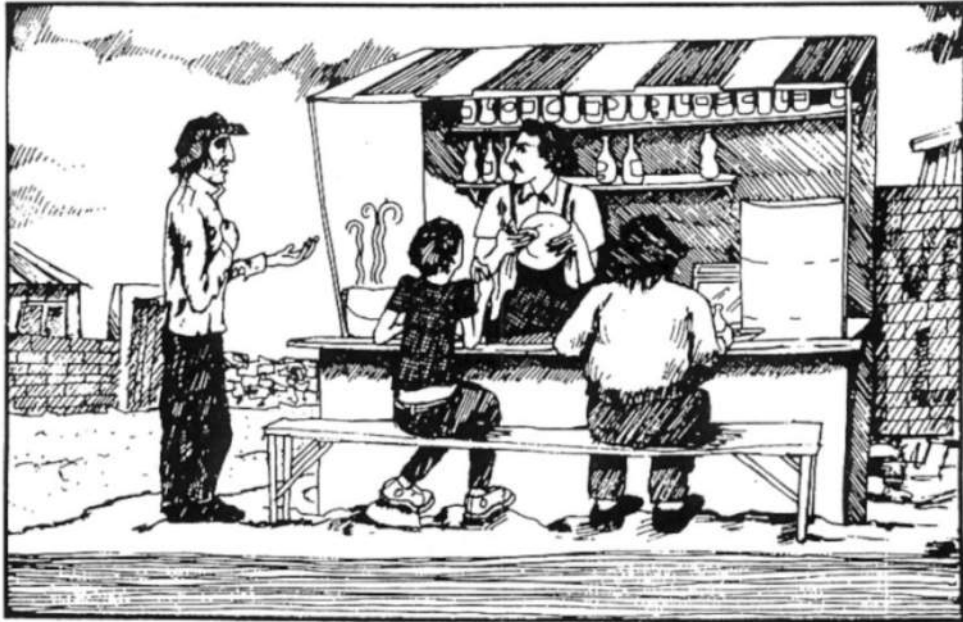


<b>LOS PROPÓSITOS DE LA EDUCACIÓN EN SALUD Y EN LA ESCUELA</b>	
CAMBIO DE CONDUCTA	 Ó CAMBIO SOCIAL
 <p style="text-align: center;">En la educación que enfoca el cambio de conducta y actitud, el sistema y el mundo que la rodea actúan sobre la gente</p> <p style="text-align: center;"><b>EDUCACIÓN OPRESIVA</b></p>	 <p style="text-align: center;">En la educación que trabaja para el cambio social, la gente actúa sobre el sistema y el mundo que la rodea.</p> <p style="text-align: center;"><b>EDUCACIÓN LIBERADORA</b></p>

arranque para que la gente hable de los problemas que afectan a su bienestar. Para ello, Freire había utilizado por “palabras clave”. Pero los promotores encontraron que una imagen provocativa a menudo podría estimular una discusión colectiva más animada.

En seguida hay unos ejemplos de dibujos de arranque utilizados en el enorme barrio pobre de Netzahualcoyotl, en las afueras de la ciudad de México, donde el alto costo de los alimentos y la mano dura de las autoridades, son vistos como los principales obstáculos para la salud.

## HAMBRE

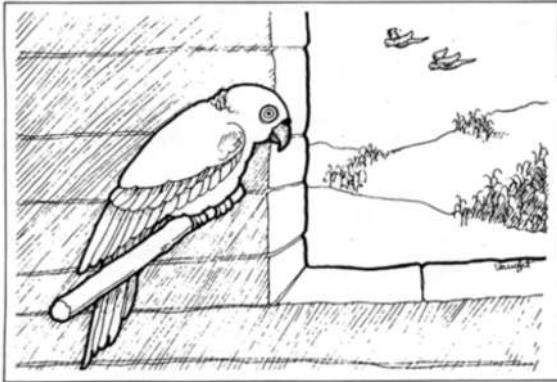


¿POR QUÉ HAY HAMBRE? ¿QUÉ PODEMOS HACER PARA QUE NO HAYA HAMBRE?

## TELEVISIÓN







Un buen ejemplo es la imagen del loro – un dibujo que yo vi por primera vez en el Hospitalito Behrhorst en Guatemala (donde nuestra compañera María Zúniga lo utilizó para estimular discusión sobre las políticas de la salud).

Con este dibujo, la facilitadora empieza por preguntar algo como: “¿Qué ves en esta imagen?” y tal vez, “¿Por qué no vuela el loro?” Esto puede estimular una animada discusión y preguntas acerca de la falta de poder psico-social de los de abajo, y como los de arriba lo usan como una estrategia de control social. Puede que en algún momento el facilitador pregunta: “¿En qué manera se parece el loro a nosotros?” pero la pregunta generalmente sale del grupo. El facilitador debe estar pendiente de que los participantes dirijan la discusión por donde ellos quieran: es decir, sacar las ideas, no meterlas.

La imagen del loro ha sido una forma excelente para estimular discusión y animar a la gente a hablar sobre sus dificultades comunes y las causas subyacentes. También los ayuda a descubrir su voz y charlar sobre los factores que determinan su salud y sus vidas.

## A. EL MONSTRUO DEL SARAMPIÓN

En la misma semana cuando el equipo de México estaba facilitando el taller en Nicaragua, la MINSA estaba organizando una gran Jornada nacional de vacunación contra el sarampión. Nos pidieron, en el taller, explorar maneras de estimular la gente a involucrarse más y a sentirse menos sospechosa. En aquel tiempo, un gran obstáculo para la inmunización fue una campaña de desinformación provocada por la Agencia Central de Inteligencia Norteamericana. La CIA había financiado diversos grupos evangélicos conservadores y organizaciones ONG de Estados Unidos para difundir rumores por todo Nicaragua que “las vacunas esterilizan a las mujeres y causa la impotencia en los hombres”. (Para “comprobar” esto, les señalaba a la gente “esterilizada” en viales de agua destilada utilizados para las vacunas.) Así que muchas familias tenían miedo de vacunar a sus hijos.

Para contrarrestar esta desinformación maliciosa y educar a la gente sobre la importancia vital de la vacunación, los





participantes del taller involucraron la comunidad local en la creación de una obra de teatro llamada “El Monstruo del Sarampión”. La obra contó con un espantoso monstruo que ataca a niños no vacunados. Fue actualizada por un grupo de jóvenes y adultos enmascarados en un importante entronque de calles.



FOTO 1

La obra se abre con el monstruo persiguiendo e infectando a los niños no vacunados. Un niño enfermo está a punto de morir (foto 1).

Pero cuando sus padres descubren que los rumores acerca de la esterilización son mentiras, insisten en que todos los niños sean vacunados. A continuación, un grupo grande de niños – ahora fortalecido por la vacuna – ataca y vence el Monstruo (foto 2).



FOTO 2

Al final de la obra, los niños gritan de júbilo: “¡Los Niños Unidos Jamás Serán Vencidos!” (foto 3).

La obra de “El Monstruo del Sarampión – que se encuentra en el libro Aprendiendo a Promover la Salud – ha sido presentado o adaptado a las circunstancias locales en muchos países. La aventura de empoderamiento es contagiosa.



FOTO 3

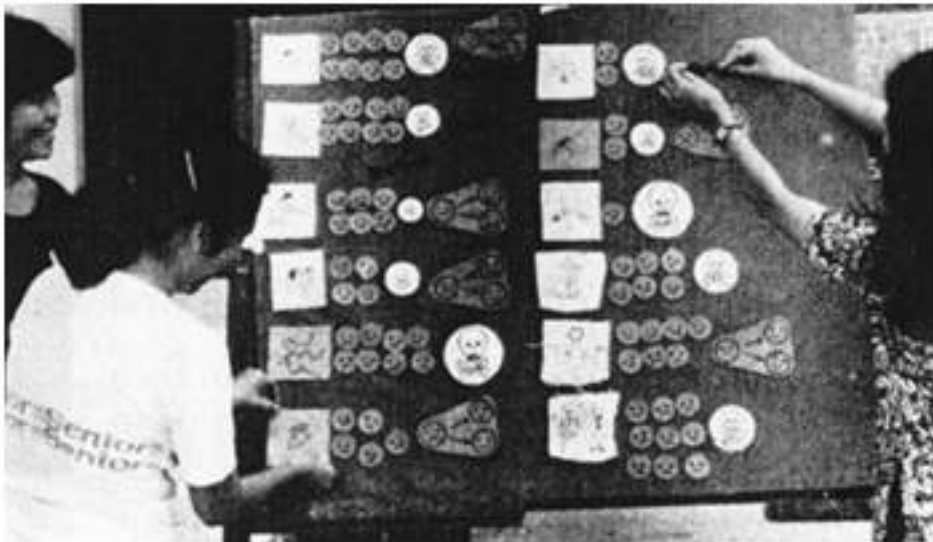
## B.

### DIAGNÓSTICO DE LA COMUNIDAD

Los diferentes programas utilizaban diferentes métodos para ayudar a las personas a analizar sus necesidades relacionadas con la salud y a explorar soluciones. Para involucrar a grupos de campesinos, madres, o niños de edad escolar en un "análisis situacional", muchos promotores comienzan con un "diagnóstico de la comunidad." El grupo identifica sus problemas comunes relacionados con la salud, utilizando etiquetas de Frecuencia, Gravedad, Contagio, y Duración. A continua-

ción analizan cuales problemas contribuyen a otros problemas, y cómo. Se utilizan dibujos, porque las imágenes hablan más que las palabras, y porque con dibujos, las personas que no saben leer ni escribir pueden participar por igual.

Los participantes hacen sus propios dibujos sencillos para crear un espectáculo lleno de color de su diagnóstico comunitario. Finalmente se discuten cuáles son los problemas que deben intentar atacar primero, y tratan de desarrollar un plan de acción. Debido a que la actividad es tan visual como práctica, casi todo el mundo se involucra. Se trata de una reveladora experiencia de aprendizaje orientada a la acción ... y es muy divertido.





## LA 'CADENA DE CAUSAS'

Es un método ampliamente utilizado para ayudar a la gente a aprender sobre las causas interrelacionadas de diferentes problemas de salud; utiliza cuentos, seguido con el juego: '¿Pero Por Qué?', y la creación de una 'Cadena de Causas'. En primer lugar, se cuenta una historia real, que podría tratar de la reciente muerte de un niño conocido. En la historia se construye toda una serie de causas, una que conduce a la siguiente. Después de la historia, el grupo vuelve a contarla hacia atrás, y cada vez que se declara una causa, todo el mundo pregunta: "¿Pero por qué?"

El proceso consta de cuatro partes:

1. La historia relata una serie de eventos que conducen a un final trágico, como la muerte de un niño. (La atención de la gente es capturada mejor si se basa en un evento actual reciente que todos conocen.)
2. Después de la historia, los participantes desempeñan un juego (muy serio) llamado "¿Pero por qué?", en el que se desglosa y analiza una serie de factores que condujo a la muerte del niño.
3. Luego, en conjunto construyen una cadena de causas que llevó al niño a la tumba. Para hacer esto más ani-



mado se puede cortar de cartón los eslabones de la cadena, así como una figura del niño, y de la tumba. Los eslabones, decorados con dibujos simbólicos, inicialmente representaban 5 tipos de causas:

- Físicas (cosas).
  - Biológicas (parásitos y gérmenes).
  - Culturales (creencias y actitudes).
  - Económicas (lo del dinero y quién lo tiene).
  - Políticas (lo del poder y quién lo tiene).
- A estas 5 categorías de causas, más tarde añadimos un sexto tipo:
- Medio ambiente (el equilibrio ecológico).

Esta última causa se añade ya que las alteraciones en el equilibrio ecológico se han convertido en una grave amenaza a la salud, a nivel local como a nivel mundial, durante los últimos tiempos.

4. Por último, el grupo explora cuales eslabones de la cadena pueden ser quebrados, con el fin de evitar la misma pérdida de salud y vida se repita en el futuro. Preguntan:

- ¿Cuales eslabones pueden romperse por la acción de una sola persona?
- ¿Cuales eslabones requieren acción por una familia o un pueblo?
- ¿Cuales requieren acción a nivel nacional? A nivel global?
- ¿Qué posibilidad hay de romper con éxito los diferentes eslabones?
- ¿Cuales preparaciones y recursos se necesitarán? ¿Cuáles son los riesgos?

- ¿Con cuales eslabones podemos empezar a tomar medidas eficazmente?

En nuestro manual, Aprendiendo a Promover la Salud, la 'Cadena de Causas' se presenta a través de la "Historia de Luis", un niño de un pueblo mexicano que murió de tétanos. Esta tragedia pasó en los primeros años del Proyecto Piaxtla cuando el programa de inmunización apenas comenzaba. La cadena de causas incluye cuestiones de la tenencia de la tierra, el sembrar en medias, las inundaciones causadas por la deforestación, las fallas en el sistema de salud, la corrupción institucionalizada y la especulación

de las empresas farmacéuticas, todo las cuales contribuyen a la cadena que conduce a la muerte de Luis.

A través de esta construcción gráfica de la cadena que conduce a la trágica muerte de un niño, la comunidad adquiere una vista amplia de los factores contribuyentes. Luego comienzan a formular un plan sobre cuales eslabones pueden ser quebrados primero, y lo que se requiere para tomar la acción. ... Y – como todos hemos aprendido de manera dura – es esencial evaluar los posibles riesgos contra los beneficios.





**D.**

## EL APRENDIZAJE BASADO EN EL DESCUBRIMIENTO

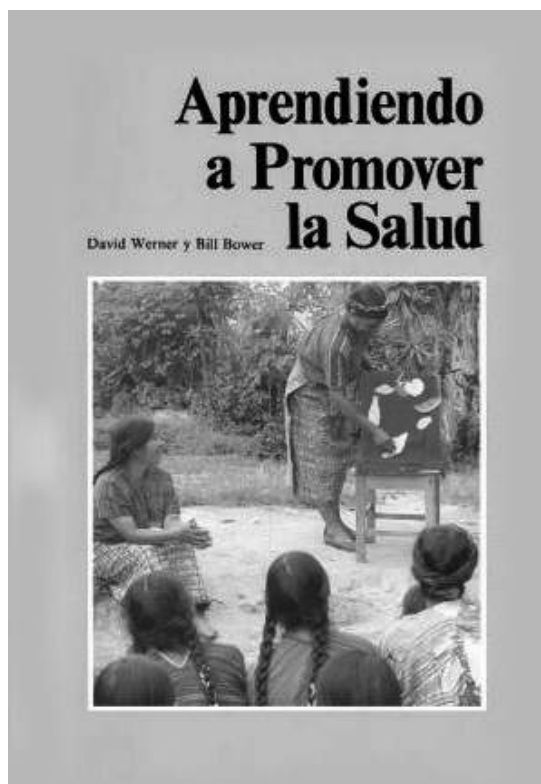
La cadena de causas es uno de los muchos métodos que nosotros los educadores de la salud llamamos Aprendizaje Basado en el Descubrimiento – o en breve “Aprendizaje de Descubrimiento” – un enfoque central en los programas comunitarios en América Latina y otros países. Estos métodos están en armonía con La Educación Liberadora de Freire, porque las personas analizan críticamente las interconexiones determinantes de salud y luego se levantan en un plan de acción.

Como se ha mencionado, una selección de los métodos basados en el descubrimiento se encuentran en Aprendiendo a Promover la Salud. La idea de escribir este libro provino del viaje de intercambios ya mencionado, en que un grupo del Proyecto Piaxtla en México visitamos programas de salud en América Latina. En distintos programas vimos ejemplos maravillosos de actividades educativas que abordaban una amplia gama de problemas relacionados con la salud. Todo el mundo en los programas que visitamos se interesaban en compartir ideas y aprender.

Así que decidimos juntar una colección de métodos de aprendizaje de Educación para el Cambio y publicarla para que las personas pudieran usar las ideas. Para facilitar el intercambio de métodos e ideas, nosotros del Proyecto Piaxtla organizamos una serie de Intercambios

Educativos. Invitamos a promotores de distintos países de Mesoamérica. El reto no era sólo para intercambiar métodos ya existentes, sino también para estimular la creatividad, e inventar nuevos métodos y enfoques para el aprendizaje.

Así que primero pedimos a los promotores de diferentes países mostrar un ejemplo de sus métodos o materiales de enseñanza más originales y exitosos. A continuación todo el mundo hablaba sobre las fortalezas y debilidades de los ejemplos. Y, por último, nos dividimos en pequeños grupos, cada uno con participantes de diferentes países. Cada grupo trató de mejorar uno de los métodos o materiales que había visto, o utilizarlo para forjar un enfoque distinto.



El resultado fue la creación de un gran espectro de métodos, materiales, juegos e ideas dirigidos a la acción colectiva para solucionar problemas comunes relacionados a la salud. El libro *Aprendiendo a Promover la Salud* presenta una síntesis de estos métodos, junto con ejemplos de iniciativas de salud de diferentes partes del mundo. El manual contiene un fuerte énfasis en los determinantes sociales de la salud. De hecho, el título de la introducción del manual es ¿Por qué es tan político este libro?

## E.

### NIÑO-A-NIÑO

Hablando de la Educación para el Cambio quiero llamar su atención en lo que para mí es una de las novedades más importantes que ha salido de la lucha comunitaria para la salud. Hablo de la iniciativa de Niño-a-Niño, de la cual América Latina ha tenido un papel clave – hasta revolucionario.

El concepto de Niño-a-Niño no se originó en las Américas. Fue creado en un encuentro internacional de educadores en salud en 1979, convocado por David Morley, un pediatra británico y pionero en la Atención Primaria de Salud que tuvo mucha experiencia en la África rural. Yo tuve la fortuna de asistir a esta reunión seminal.

La idea de Niño-a-Niño surgió del hecho de que en las familias pobres muchas veces los que pasan más tiempo cuidando a los bebés no son los padres, quienes a menudo trabajan desde ama-

necer hasta oscurecer. Por lo contrario, los que cuidan más a los chiquillos muchas veces son los hermanos un poco más grandes. Frecuentemente, estos niños, especialmente las niñas, no van a la escuela debido a que se las necesitan para cuidar a sus hermanitos menores mientras los padres trabajan.

---

“Si en verdad vamos a llegar a la paz en este mundo... tendremos que empezar con los niños”.

Mahatma Gandhi

---

Para transformar el mundo, tenemos que transformar el sistema educativo.

---



Así que el objetivo original de Niño-a-Niño era ayudar a los niños de edad escolar (incluso los que no van a la escuela) para aprender a desempeñar un papel activo en proteger la salud y estimular el desarrollo de sus hermanitos y hermanitas menores. Con este fin, se desarrollaron

hojas cubriendo una variedad de Actividades Niño-a-Niño, para ayudar a los niños a aprender habilidades preventivas y curativas con respecto a la salud de los pequeños. En varias ocasiones, estas habilidades han salvado vidas. Las primeras actividades abordaban temas como la diarrea, como bajar la fiebre, como ayudar a

programas escolares, los niños en los grados mayores facilitan las actividades Niño-a-Niño con los niños más chicos. Y la gama de actividades ha crecido. Ahora los niños no sólo ayudan con la salud de sus hermanitos, sino que desempeñan una variedad de acciones en la comunidad, tanto como el trabajo en huertas



los niños demasiado flacos, la prevención de accidentes, la limpieza, etc.

Desde sus comienzos modestos, el concepto de Niño-a-Niño – que ahora se practica en más de 70 países – se ha ampliado en varias maneras. En muchos

familiares, la plantación de árboles, el reciclaje de basura como abono, hasta ayudar a las personas mayores, o a niños discapacitados.

Desde el principio, los métodos de enseñanza promovidos por Niño-a-Niño es-

taban “centrados en el niño”. Se basaban en lo que el niño puede ver y tocar. Ponían énfasis en la participación activa del niño, lo animaban a pensar y explorar de una manera divertida.

Pero en la práctica – en particular en las escuelas – con demasiada frecuencia el método de enseñanza era todavía muy didáctico y paternalista: “¡Haz esto! ¡No hagas eso!” A los niños se les pidió simplemente que memorizaran las cosas e hicieran las tareas como la maestra o maestro les manda. Como siempre, los maestros metían ideas en las cabezas de los niños, en lugar de animarlos a aprender de sus propias experiencias y observaciones.

Es aquí que América Latina ha contribuido enormemente a Niño-a-Niño, ayudando a transformarlo de un proceso útil pero bastante ortodoxo, a una experiencia de aprendizaje liberadora. No se debe subestimar el potencial transformador de Niño-a-Niño, ya sea para niños o para las escuelas. Las escuelas típicas, como se describe en el libro Carta a Una Maestra, escrito por Los Niños Escolares de Barbiana, es a menudo “una guerra con-

tra los hijos de los pobres”. Enseña a los jóvenes a seguir las órdenes, a competir uno contra otro, a memorizar y luego vomitar la información – o desinformación – que tiene poco que ver con sus necesidades y sus vidas. Se les reta a aprobar los exámenes, en lugar de pensar por sí mismo y ayudar uno a otro.

Por el contrario, Niño-a-Niño, en su forma más liberadora, anima a los niños a hacer sus propias observaciones, sacar sus propias conclusiones, y tomar la acción colectiva para resolver los problemas comunes en sus hogares y comunidades. Niño-a-Niño, cuando lo presenta en las escuelas en su forma liberadora, puede ayudar a hacer la educación más relevante para sus vidas y más saludable para sus comunidades.

América Latina, como líder en el enfoque de Niño-a-Niño, ha comenzado a disseminar esta metodología a otras partes del mundo. Desde su principio, el Proyecto Piactla tuvo un papel clave en el desarrollo de las “Hojas de actividades” Niño-a-Niño, las cuales fueron traducidas y distribuidas internacionalmente. A principios de los años 80, un promotor prin-

## NIÑO A NIÑO EN LATINOAMÉRICA

Los niños como agentes de cambio.

Los niños aprenden a:

- **Pensar por sí mismos.**
- **Incluir a todos;** no excluir a nadie.
- **Defender a los** que son **más débiles o despreciados.**
- Hacer sus **propias observaciones** y llegar a sus **propias conclusiones.**
- Analizar sus **problemas comunes** y **trabajar juntos** para resolverlos.
- Más cooperación, menos competencia: **buscar soluciones juntos.**

principal en Piaxtla fue Martín Reyes, a quien le encantaba la mística de Niño-a-Niño así que él empezó a ayudar al programa como voluntario cuando era niño. Fue Martín que se encargó de los primeros ensayos de las diferentes actividades Niño-a-Niño. Como instructor de los promotores, él ya conoció el uso de "aprendizaje basado en el descubrimiento", e integró esta metodología en las actividades de Niño-a-Niño.

El Comité Regional ayudó a difundir los métodos de Niño-a-Niño en otros países. Un gran impulso llegó cuando Martín ganó una beca de Fundación Ashoka, para promover Niño-a-Niño en varias partes de América Latina. Nuestra compañera María Zuniga, coordinadora del Comité Regional, ayudó a Martín a establecer una base en CISAS (Centro de Información y Servicios de Asesoría en Salud) en Nicaragua. Durante 5 años

él coordinó talleres para futuros facilitadores de Niño-a-Niño en toda la región. En estos talleres de capacitación, Martín siempre insistió en que los niños participaran. De esta manera, los futuros facilitadores aprenderían por la práctica, no sólo por la teoría... y aprenderán no solo acerca de los niños, sino con y de ellos.

Para comenzar la experiencia Niño-a-Niño con un grupo de futuros facilitadores, Martín siempre empezó por involucrar los niños en su propio "Diagnóstico de la Comunidad" interactivo, usando imágenes de colores que ellos mismos hacían. Esto ayuda a los niños a mirar "el cuadro más grande de enfermedad y salud" en su pueblo, y a visualizar cómo los diversos problemas de salud están relacionados entre sí. A menudo, reflejando en sus hallazgos, los niños elijen cual problema de salud quieren estudiar primero, y luego exploran posibles soluciones.





## F.

### EJEMPLO DEL APRENDIZAJE DE DESCUBRIMIENTO CON NIÑO-A-NIÑO: EL “BEBÉ CALABAZA”

Cuando los niños discuten los problemas de salud más preocupantes en su casa o comunidad, con frecuencia la diarrea encabeza la lista. Y con razón. Como todos sabemos, a nivel mundial, la diarrea sigue siendo una causa principal de mortalidad de niños pequeños, especialmente en las familias pobres que carecen alimentos y el saneamiento adecuado. No obstante, cabe destacar que en algunos lugares donde se practica Niño-a-Niño, la mortalidad infantil por diarrea ha disminuido mucho.

Así que echemos un vistazo a la actividad Niño-a-Niño sobre la diarrea, para ver cómo el aprendizaje de descubrimiento, como se practica aquí en América Latina puede hacer una diferencia real.

El primer borrador de la actividad sobre Diarrea, desarrollado en la África, tenía buenos aspectos. Utilizó gráficos claros y lenguaje simple. Para enseñar a los niños sobre la deshidratación, mostró dibujos de una cubeta con un agujero en la parte inferior. Cuando el agujero estaba tapado, el recipiente quedó lleno de agua. Al sacar el tapón, el agua salió. A los niños se les explica que la cubeta representa a un bebé: “Cuando un niño pierde demasiada agua, se seca y se muere”. A continuación la hoja tenía una lista, con imágenes, de los signos de deshidratación: caída de la mollera, falta de lágrimas, boca seca, orina escasa, etc. Los niños tenían que memorizar estos signos.

El problema con esta hoja fue el método de enseñanza. A pesar de sus imágenes llamativas, la enseñanza aún fue presentada desde arriba hacia abajo, de manera didáctica. La información fluyó por un solo sentido: de maestro a alumno.

Hay un viejo refrán que dice: Si lo oigo, lo olvido. Si lo veo, lo recuerdo. Si lo hago, lo sé.

Si lo oigo, lo olvido.



Si lo veo, lo recuerdo.



Si lo hago, lo sé.



¡Si lo descubro, lo puedo hacer!



Para esto, los educadores de salud en América Latina han añadido:

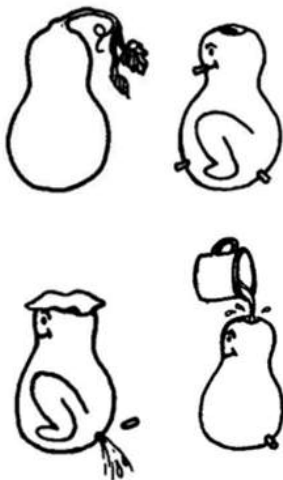
### **¡Si lo descubro, lo puedo hacer!**

Con esto en mente, los promotores en México inventaron un material didáctico denominado "El Bebé Calabaza".

Ellos usaron una calabaza de tipo que los campesinos utilizan para cargar el

agua. Con la ayuda de los niños, pintaron la calabaza como un bebé... y pusieron todos los agujeros que tiene un bebé de verdad. Al llenarlo con agua, los niños sacan el tapón trasero para darle diarrea... y observan lo que sucede.

De esta manera descubren por sí mismos los diferentes signos de la pérdida de agua – o deshidratación – y porque se aparecen.



En el Estado de Michoacán, México, se introdujo el aprendizaje de la deshidratación con el "bebé calabaza" en el currículo de la educación primaria.



Para saber si esta pérdida de líquido puede ser peligroso, los niños recogen algunas flores del jardín. Ponen una flor en una botella con agua y la otra en una botella sin agua, y los dejan en el sol por un par de horas. Ellos ven que la flor en el agua permanece sana, y que la flor sin agua se marchita y luego muere.

¡Bien pensado!

Para saber la cantidad de agua que necesita un bebé con diarrea, de nuevo los niños llenan la calabaza con agua y sacan el tapón. Un niño capta en un vaso el agua que sale. Otro vierte vasos de agua en el hoyo superior de la calabaza.



“Entonces, ¿qué crees que sucede cuando un bebé pierde mucha agua por la diarrea?”, pregunta la maestra.

“Tal vez el bebé se seca y muere, también”, dicen los niños.

“Y ¿cómo podría evitar eso?” pregunta la maestra.

“¡Dar al bebé mucha agua!”

La mitad de la clase cuenta cuántos vasos llenos salen. La otra mitad cuenta cuantos se vierten en la calabaza de nuevo. De esta manera, los niños concluyen que tienen que poner en la calabaza, por lo menos, la cantidad de agua que salió.

Esta observación es crucial – porque, según los investigadores, una gran razón por la que la rehidratación oral a veces

no funciona es que los cuidadores del bebé a menudo no dan suficiente del "suero oral". Lo dan de a poquito, como si fuera un jarabe medicinal. Pero cuando los niños aprenden por sus propias observaciones, son más propensos a dar una cantidad suficiente. Esto literalmente puede salvar vidas. Y a la vez, empodera a los niños para descubrir por sí mismos y actuar de acuerdo con la realidad.

Actualmente el método del bebé calabaza se usa en muchos lugares del mundo. CISAS, en Nicaragua, incluso utiliza el bebé calabaza como su logotipo.

En algunos países no hay calabazas de doble bola, y la gente inventa alternativas.

Por ejemplo, en Timor Oriental los trabajadores de salud hacen el bebé pegando dos cocos uno al otro. Hoy en Timor, usan el "bebé de coco" no sólo para enseñar a niños y madres sobre la rehidratación oral, sino para ayudar a los promotores y maestros a aprender la metodología del aprendizaje por descubrimiento.

Igual en Bangladesh, la idea del bebé calabaza ha sido ampliamente utilizada para enseñar a los niños sobre el manejo de la diarrea. El método fue introducido hace mucho por el impresionante programa comunitario de salud, Gonoshasthaya Kendra ("GK") en el municipio de Savar. Sus promotores habían aprendido sobre Niño-a-Niño a través de comunicaciones con programas en América Latina. En las escuelas asociadas con GK, alumnos del sexto año de la primaria enseñan a los niños más chicos sobre el manejo de la diarrea y la deshidratación, usando una botella de plástico en lugar de la calabaza.



"Bebé calabaza" hecho con dos cocos pegados en Timor Este.



Los niños en bangladesh enseñan unos a otros.



Usan una botella de plástico para el "bebé calabaza".

Luego, los alumnos comparten con sus familiares lo que aprendieron. Y en las noches enseñan a los niños vecinos demasiado pobres que no van a la escuela. A través de la difusión de los conocimientos de esta manera tan positiva, y por el uso de las bebidas caseras de rehidratación en lugar de los sueros orales comerciales, en el área de cobertura de GK la tasa de mortalidad por diarrea se redujo notablemente. Finalmente, el Ministerio de Educación, impresionado por los logros de GK, cuidadosamente documentados, incluyó la actividad de la diarrea de Niño-a-Niño en el sistema escolar nacional. Pero, debido a que casi no hay calabazas de doble bola en Bangladesh (como en Timor), el Ministerio fabricó

muchas bolsas de plástico con forma de bebé, con todos los agujeros y tapones necesarios. Y así los niños por todo el país podían aprender sobre el manejo de diarrea por sus propios descubrimientos.

Durante los años siguientes en Bangladesh (de 2002 a 2008) se logró una reducción enorme de la mortalidad infantil por diarrea. ¡La tasa de mortalidad por diarrea en niños menores de 5 años se bajó a solo 20% de lo que era 6 años antes! Esta enorme baja redujo la mortalidad infantil tanto que Bangladesh – donde la mortalidad infantil era entre las más altas del mundo – es ahora celebrada por la OMS como un ejemplo de la "Buena salud a bajo costo".

Es evidente que otros factores han contribuido a la impresionante caída de la mortalidad infantil en Bangladesh. Pero no hay duda de que la introducción de esta metodología de empoderamiento en todas las escuelas del país ha contribuido a la comprensión popular del manejo de la diarrea en el hogar, y que eso ha ayudado a salvar las vidas de cientos de miles de niños. Otra razón por estos logros notables, yo sospecho, es que Bangladesh tiene una red muy extensa de promotores comunitarios de salud bien entrenados y políticamente conscientes.

Hay innumerables ejemplos de cómo los niños, a través de este proceso de "aprendizaje de descubrimiento", han ayudado a proteger la salud y a salvar las vidas de los bebés. Yo solía decir, con algo de ironía, que, "Si todos los niños del mundo podrían aprender a manejar la diarrea infantil con la ayuda del bebé calabaza, pues la calabaza – con la ayuda de los

niños – podría salvar más vidas infantiles que todos los médicos del mundo”.

Y claro, esto no es totalmente cierto – principalmente porque la deshidratación es sólo el último eslabón en la cadena de causas que conduce a la muerte por la diarrea. Otros incluyen la desnutrición, la pobreza, los bajos salarios, la injusta distribución de las tierras, los acuerdos de libre comercio, el poder corporativo, las escuelas autoritarias, y la corrupción del proceso democrático – por no hablar de la privatización de los servicios públicos y del alto costo de las medicinas comerciales.

Pero es precisamente porque estos daños determinantes sociales perpetúan las altas tasas de enfermedad y mortalidad en el mundo de hoy, que urge crear sistemas de educación más liberadores. Los alumnos de hoy serán los líderes – o los seguidores – de mañana.

## G.

### EL USO DE LA “EPIDEMIOLOGÍA PARTICIPATIVA INFANTIL” PARA COMBATIR LA DESNUTRICIÓN

En la cadena de causas que conduce a la muerte por diarrea en niños, a menudo la desnutrición es el eslabón más pernicioso. Un niño bien alimentado que tiene diarrea generalmente se alivia. Pero el niño desnutrido es de alto riesgo. Cada vez que le da diarrea se vuelve más flaco y se enferma con más frecuencia, hasta que muere. La combinación entre desnutrición y diarrea es un círculo vicioso que lleva al niño a la muerte. Y muchas veces el alto costo de la atención médica y los medicamentos también contribuye al círculo vicioso.





Regordito (bien alimentado)



Muy flaquito (desnutrido)

Para luchar contra la muerte por diarrea, la terapia de rehidratación oral (TRO) sólo ataca el último eslabón de la cadena de causas: la deshidratación. Para poder combatir la raíz del problema, hay que luchar contra la desnutrición. Así que con el aprendizaje de Niño-a-Niño basado en el descubrimiento, las dos actividades, "tratamiento de la diarrea" y "corrigiendo la desnutrición" lógicamente van juntos.

Por la misma complejidad de las causas, en América Latina, la actividad Niño-a-Niño "Ayudando a los niños demasiado delgados" utiliza los métodos de descubrimiento, y utiliza un proceso investigativo que se puede llamar "epidemiología participativa infantil". Para iniciar la actividad, la maestra o facilitador hace preguntas a los niños como:

- ¿Conoce algún bebé o niño en el pueblo que se ve demasiado delgado?
- ¿Parecen estos pequeños sanos y felices?
- ¿Por qué no?
- ¿Por qué son tan delgados?
- ¿Qué otros problemas se han notado en estos niños?
- ¿Están en peligro?

A continuación, anima a los niños a hacer preguntas relacionadas, tales como:

- ¿Qué es lo que necesitan estos niños tan delgados?
- ¿Qué podemos hacer por ellos?

Después de discutir estas y otras preguntas, y despertar la empatía de los ni-

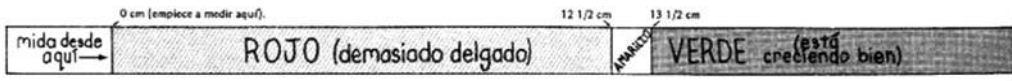


ños, el maestro los ayuda a formar un plan de acción.

A continuación, los niños deciden llevar a cabo su propia encuesta, casa por casa. Para descubrir cuales y cuántos niños de edad preescolar son “demasiado delgados”, primero hacen cintas métricas sencillas de papel – o tiras Shakir – con las cuales pueden medir la circunferencia de los brazos superiores de todos los niños menores de cinco años. Colorean estas tiras en 3 zonas: rojo, amarillo y verde, para mostrar cuales brazos son: muy delgado, más o menos, o bien.

Después de las clases, los alumnos van por todas partes del pueblo, midiendo los brazos de cada niño de menos de 5 años. Con la participación de tantos niños, completan en una tarde una encuesta que tomaría semanas para una enfermera o promotor de salud.

Al día siguiente, en la escuela los pequeños investigadores recopilan sus resultados. Esto se puede hacer con un gráfico de cuadritos en la pizarra. Sin embargo, tales gráficos con frecuencia son difíciles de entender para niños. Así que utilizan cajas de cerillos, coloreándolos rojo,

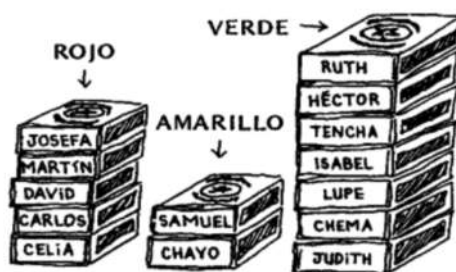


verde y amarillo para representar los niños que midieron. Se apilan las cajas en 3 columnas, para ver cuántos hay en cada grupo.

“¿Pero qué podemos hacer con estos hallazgos?” preguntan los alumnos. Esto los lleva a un estudio de cómo ayudar a los chiquillos “delgaditos” a ganar peso. Aprenden acerca de una serie de medidas sencillas de bajo costo que puede

ayudar. Por ejemplo:

- Alimentar al niño delgado con más frecuencia – por lo menos 5 veces al día
- Hacer las papillas más gruesas (con menos agua, más calorías)
- Agregar energía concentrada – como el aceite comestible, o puré de cacahuete – a los alimentos normales del niño.



Si la niñ@ mide...

Aliméntela al menos...



**VERDE**  
Está bien alimentad@

**3** COMIDAS  
AL DÍA



**AMARILLO**  
Está más o menos alimentad@

**4** COMIDAS  
AL DÍA



**ROJO**  
Está muy delgad@

**5** COMIDAS  
AL DÍA





Con estos conocimientos tan sencillos, los alumnos de la primaria planearon un curso de acción. Cada niño que quiere participar (y la mayoría sí quiere) toma la responsabilidad de uno o dos de los niñitos que miden “demasiado delgado”. Los visitan en sus casas antes y después de la escuela y hacen todo posible para meter en los estómagos de los chiquillos un poco más de alimentos-ricos-en energía. Reconocen que “dar de comer muy seguido” puede ser especialmente importante. Si ambos padres están afuera de la casa desde amanecer a oscurecer, puede que el niñito coma sólo dos veces al día. Si es así, aunque su estomaguito se llena cada vez que come, el chiquillo no recibe suficientes calorías para una nutrición adecuada. Por eso, las visitas de los niños escolares, a darle un bocadillo rico en energía antes y después de la escuela, a veces puede hacer una diferencia vital.

Después de unos meses de su acción colectiva, los niños pueden repetir su encuesta, para ver los resultados. Cuando esta actividad Niño-a-Niño sobre la nutrición se llevó a cabo por primera vez en el pueblo de Ajoya, México, los niños descubrieron – por su segunda encuesta cuatro meses después – que el número de niños “demasiado delgado” se había bajada a la mitad de su encuesta original.

Sin duda, el entusiasmo de estos “promotores infantiles”, y la participación de los padres y abuelos en mejorar su alimentación de los niñitos desnutridos, tuvo mucho que ver con los resultados favorables. El proceso une y empodera a toda la comunidad.

## H.

### EL IMPACTO DE LAS TÉCNICAS DE NIÑO-A-NIÑO BASADAS EN EL DESCUBRIMIENTO

Es evidente que las necesidades de salud y nutrición en niños de familias marginadas, no se resolverán con la ayuda voluntaria de un grupo de niños escolares. Para acabar con el hambre, los “determinantes sociales” (culturales, económicos y políticos), también deben abordarse colectivamente. Pero no se debe subestimar el potencial transformativo del enfoque de Niño-a-Niño a la educación. Su influencia sobre los niños involucrados y en el sistema escolar puede durar de largo plazo. Introduciendo actividades como estas en la educación formal puede, poco a poco, ayudar a que la escolaridad sea más pertinente a las necesidades de la vida de los niños en sus hogares y pueblos. Esto puede ser un gran paso hacia la transformación de la “educación”, como herramienta de control social, a una aventura liberadora que desafía a los niños a pensar por sí mismos y a trabajar juntos por el bien común.

Algunos maestros son muy escépticos acerca de Niño-a-Niño. La metodología abierta les parece indisciplinado, caótico, y sin respeto a la autoridad. El desafío a los niños a tomar decisiones sobre sus propias vidas, asusta a los maestros. Pero a pesar de sus dudas, muchos de estos maestros, una vez que se involucran en

las actividades Niño-a-Niño, llegan a ser tan entusiasmados como los niños. El maestro descubre que, a través de un aprendizaje recíproco donde valoran los pensamientos e ideas de todo el mundo, puede ganar el respeto de los alumnos, no como patrón sino como compañero. Esta nueva interacción más amistosa y equitativa puede engendrar un profundo sentido de convivencia. Así que el proceso educativo se vuelve más amable y natural para todos.

Con la metodología de Niño-a-Niño basada en el descubrimiento, los niños comienzan a cuestionar las injusticias, las desigualdades, y la miopía del orden social convencional. Esperamos que la introducción de este enfoque educativo más abierto contribuya a un proceso transformador para los niños, para sus maestros, y para las escuelas y la sociedad.

¡El mundo perturbado que estamos entregando a la juventud es una bomba de tiempo! Para poder desactivar esta bomba fatal, los jóvenes necesitan una nueva visión de como los seres humanos puedan relacionarse entre sí y con la Tierra. Necesitan criticar al injusto orden social y embarcar en una aventura revolucionaria para la salud y el bienestar de todos.

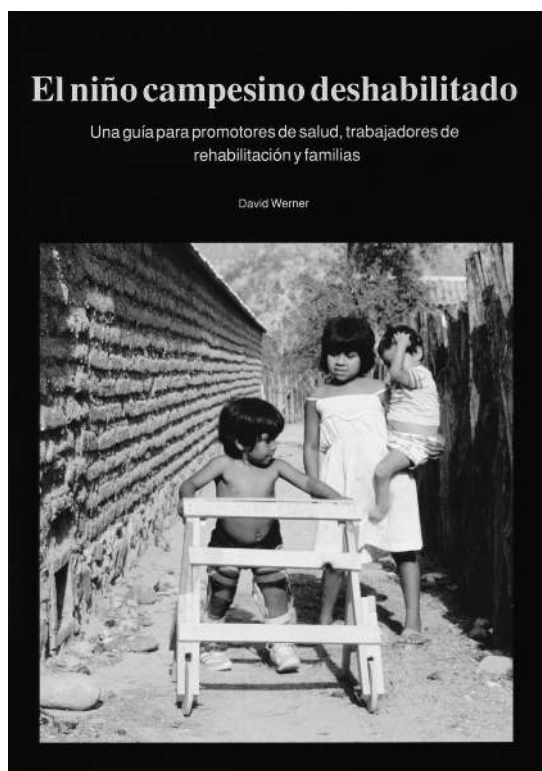
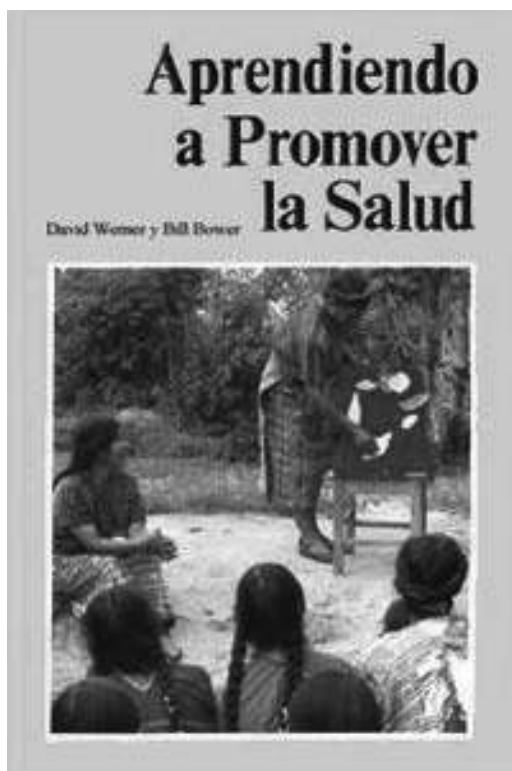


**SE PUEDE HALLAR INFORMACIÓN Y EJEMPLOS DE NIÑO A NIÑO EN ESTOS TRES LIBROS DE DAVID WERNER:**

- NADA SOBRE NOSOTROS SIN NOSOTROS
- APRENDIENDO A PROMOVER SALUD
- EL NIÑO CAMPESINO DESHABILITADO

**ACCESIBLES COMPLETAMENTE EN:**

[www.healthwrights.org](http://www.healthwrights.org)



V.  
CONCLUSIÓN: ¿A  
DÓNDE VAMOS?



# A.

## EL DESAFÍO

Ahora en el siglo 21, el mundo en que vivimos es distinto y más peligroso que lo de antes. En algunas áreas ha habido mejorías, como los avances para mujeres y los derechos de los gay. Pero en cuanto la economía y el poder, la humanidad se ha vuelto aún más polarizada. Por el calentamiento global el medio ambiente está al borde de un desastre imprescindible. Los poderosos del mundo cierran sus ojos a los enormes peligros creados por su megalomanía. El imperialismo norteamericano no conoce límites – aunque el gran dinosaurio ya está cayendo en una ciénega de su propia codicia.

Por todo esto, han sucedido cambios positivos. Un avance alentador del nuevo siglo es el creciente número de pueblos latinoamericanos que muestran su audacia con el grito ¡Ya basta! El surgimiento de líderes democráticamente elegidos es una parte clave de la realidad política en varios países. Latinoamérica no dejará ocurrir otro golpe de estado sangriento como sucedió el 11 de septiembre de 1973 en Chile. Recordemos cuando Fidel repitió las palabras de Charles de Gaulle: “Los Estados Unidos no tiene amigos, sólo intereses”. Y que bueno que los Estados Unidos – mi país de origen – ya no puede manipular a los pueblos de América Latina de manera totalmente desenfrenada como antes.

Pero el impulso para el cambio no ocurrió en un vacío. Los cimientos fueron establecidos en las décadas pasadas, a través de esfuerzos de la gente común y corriente que actuaron para resolver sus necesidades básicas, mejorar su salud y, finalmente para exigir su derecho a la auto-determinación. Sin duda, la red de los programas comunitarios de salud, y los movimientos que surgieron de ella, han jugado un papel fundamental que ayudó a movilizar a la gente en masa. Clave fue el proceso de concientización y empoderamiento que Paulo Freire llamó la “Pedagogía de la Liberación” – y lo que nosotros activistas en salud llamamos “La Educación para el Cambio.”

Los pueblos todavía siguen luchando por sus derechos, por la salud, y por la Madre Tierra. El futuro de la Tierra siempre ha sido central de la visión espiritual de los pueblos originarios, y la salud del planeta es un aspecto central de la salud de todos los seres vivos.

Cuando hablamos sobre mejorías en la salud de una nación entera, Cuba es ejemplar. Por su solidaridad con los pueblos pobres del mundo, por su creatividad en buscar soluciones para alimentar a su pueblo, y por sus excelentes servicios universales de salud – tanto por sus avances en la medicina y biotecnología – Cuba nos inspira.

Ya no somos tan ingenuos como antes. Sabemos que los poderes más fuertes opondrán a cualquier política que considere sus ganancias materiales menos importante que el bienestar humano. Las grandes empresas transnacionales tienen más riqueza y poder que la mayoría de los países. Así que nos enfrentamos a una tarea de enormes proporciones. Obviamente no podemos confiar en “los de arriba” para iniciar los cambios que se necesita para hacer un mundo más sano y más justo.

El Movimiento de Salud de los Pueblos, a nivel regional y global, ya está desempeñando un papel fundamental en este proceso de cambio.

Muchos ya estamos envejeciendo. Hemos luchado y hemos aprendido. Hemos hecho cosas positivas. Y hemos cometido errores. Ahora es la juventud que puede aprender de nuestros éxitos y fracasos, y llevar adelante la lucha – y hacer renacer la bondad y armonía intrínseca de la humanidad.

## B.

### SUMAK KAUSAY Y EL SUEÑO DE LA SALUD PARA TODOS

Durante demasiado tiempo, los conceptos dominantes de “desarrollo” y “progreso” se han atado al paradigma capitalista de crecimiento perpetuo a través de la explotación desenfadada de los pueblos y del medio ambiente. Pero este enfoque de adquisición – como si la tierra pertenecía a nosotros, en vez de nosotros a ella – nos va a acabar.



En última instancia, nuestra lucha común en América Latina y en todo el mundo, se reduce a dos opciones en un futuro no muy lejano: Salud para Todos o Salud para Nadie.

Me gustaría recalcar que hoy, en nuestro planeta afligido, cuando hablamos de Salud para Todos, "Todos" no significa sólo nosotros los "changos pelones". Significa la salud para Todos y Todas en el sentido más inclusivo. Los seres humanos somos una pequeña parte de un universo en que todo está entrelazado como un solo organismo viviente. Somos un hilo en el tejido de la diversa red de la vida en este hermoso planeta: un participante en el equilibrio ecológico de maravillosa complejidad. A menos que aprendamos a vivir en equilibrio y compasión, unos con otros, y con nuestro ecosistema ya tan lastimado, la "salud para todos" seguirá siendo un distante sueño.

Esta visión más amplia de la unidad universal, y de la empatía para todos y todas, es, por supuesto, la esencia del concepto antiguo ecuatoriano de Sumak Kausay o Buen Vivir. Los pueblos indígenas de las Américas durante siglos han vivido en equilibrio con el medio ambiente. Tienen una comprensión intuitiva de la Unidad de que todos somos parte. Es inspirador que el Ecuador, con su larga historia de la sabiduría nativa, ha integrado en su nueva Constitución de 2008, una declaración de los derechos universales, no sólo de todas las personas, sino también del mundo natural. Esta afirmación de los "derechos de la naturaleza", como parte de la "vida holística" o Sumak Kausay, es un grande pero humilde paso adelante hacia la visión que compartimos de la salud y los derechos de TODOS.



**SÍ, ¡TODOS NOSOTROS JUNTOS!**



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Freire, Paulo, *Pedagogy of the Oppressed Pedagogía del Oprimido*. 1969, Editorial Tierra Nueva, Montevideo. 1969 <http://www.servicioskoinonia.org/biblioteca/general/FreirePedagogiadeloOprimido.pdf>
- HAIN [?]. Reporte sobre el Intercambio de Salud Comunitario -- Filipinas-América Latina.
- Los Alumnos de la escuela de Barbiana, Carta a una Maestra. 1961. Edición en español, 1982, Hogar del Libro, S.A. Barcelona
- Werner, David B. *Donde No Hay Doctor*, 1972, Editorial Pax México, México, DF; <http://hesperian.org/books-and-resources/resources-in-spanish/>
- Werner, David B. and Bill Bower, *Aprendiendo a Promover la Salud*, 1984, Centro de Estudios Educativos, A.C. México. [http://www.redmujeres.org/biblioteca%20digital/promocion\\_salud.pdf](http://www.redmujeres.org/biblioteca%20digital/promocion_salud.pdf)
- Werner, David B. "El Agente Comunitario en Salud: Lacayo o Liberador" 1977; *Foro Mundial en Salud*, OMS, 1981; [http://whqlibdoc.who.int/whf/1981/vol2-no1/WHF\\_1981\\_2%281%29\\_%28p46-68%29.pdf](http://whqlibdoc.who.int/whf/1981/vol2-no1/WHF_1981_2%281%29_%28p46-68%29.pdf) ó vea: [https://www.healthwrights.org/content/articles/lackey\\_or\\_liberator.htm](https://www.healthwrights.org/content/articles/lackey_or_liberator.htm)
- Werner, David B and Sanders, David, *Cuestionando la Solución: Las Políticas de la Atención Primaria en Salud y la Supervivencia Infantil*. 1997. Centro de Estudios Educativos, A.C. México. <https://healthwrights.org/content/books/CLS/index.htm>
- Werner, David B. "Good News – and not so good news – from Bangladesh" *Newsletter from the Sierra Madre* # 70, Dec., 2012, (solo en inglés) [http://healthwrights.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=241?](http://healthwrights.org/index.php?option=com_content&view=article&id=241?)
- Consejo Internacional para la Salud de los Pueblos, Werner, D., Zuniga, M, et al., *Atención de Salud en Sociedades en Transición*. 1992, CISAS, Managua. (*Health Care in Societies in Transition*, 1991, Hesperian Foundation, California).
- CISAS - Centro de Información y Servicios de Asesor en Salud (Centro de Información y Servicios de Asesoría en Salud); <http://www.cisas.org.ni/>
- HealthWrights: sitio web/website: [www.healthwrights.org](http://www.healthwrights.org) -- este sitio tiene todos los libros de David Werner, completos en español, bajo "Books".
- Políticas de la salud, sitio web: [www.politicsofhealth.org](http://www.politicsofhealth.org)



## DAVID WERNER



David Werner, biólogo de formación, ha pasado los últimos 30 años trabajando por las familias campesinas pobres de las montañas de México occidental, para proteger su salud y sus derechos. El Proyecto Piaxtla, dirigido por los propios campesinos y del cual él ha sido promotor y asesor desde 1965, ha contribuido a la conceptualización y evolución de la Atención Primaria de Salud. Los tres principales libros que ha escrito e ilustrado -Donde No Hay Doctor, Aprendiendo a Promover la Salud y El Niño Campesino Deshabilitado- se encuentran entre los más ampliamente utilizados en el campo de la promoción de la salud comunitaria y la rehabilitación basada en la comunidad. Ha trabajado en más de 50 países -la mayoría del Tercer Mundo- ayudando a desarrollar talleres y programas de formación, y también como consejero.

En estos últimos años, David Werner se ha ido involucrando progresivamente en los factores sociales, políticos y económicos, tanto locales como mundiales, que afectan a la vida y a la salud de los menos favorecidos. David ha recibido varios premios por su trabajo de campo, incluyendo el primer Premio Internacional de Educación para la Salud de la Organización Mundial de la Salud, el «genius fellowship» de la Fundación MacArthur en 1991 y el Premio Christopherson de Salud Infantil Internacional de la Academia Americana de Pediatría. Es miembro fundador del Consejo Internacional para la Salud del Pueblo y de HealthWrights -Workgroup for People's Health and Rights (Equipo para la Salud y los Derechos del Pueblo).

Libros y Publicaciones en Salud y Discapacidades:

- Donde No Hay Doctor.
- Cuestionando la Solución: Las Políticas de la Atención Primaria de la Salud y la Supervivencia Infantil.
- Aprendiendo a Promover la Salud.
- El Niño Campesino Deshabilitado.
- Nada Sobre Nosotros Sin Nosotros: desarrollando tecnologías innovadoras para, por y con Personas Discapacitadas.

Accesibles completamente en:  
[www.healthwrights.org](http://www.healthwrights.org)



encuentro  
internacional  
y pluricultural:

**BUEN VIVIR  
Y SALUD**

Cuenca-Ecuador  
7 al 12 de octubre de 2013