

CULTURA Y SALUD

Marta Eugenia Pardo A.*

El presente ensayo ofrece una discusión en torno a los ejes cultura y salud con el objetivo fundamental de hacer evidentes los manejos ideológicos en la construcción del riesgo, y en los contenidos de los programas de promoción de la salud (Alexander, 1988) que se elaboran desde el discurso oficial.

Todos los grupos humanos desarrollan técnicas de carácter preventivo y curativo, normas sociales de control, y construcciones simbólico-ideológicas, para enfrentar el proceso salud-enfermedad-muerte (Menéndez, 1990a). Esos saberes y técnicas médicas, incluyendo los desarrollos científicos de la medicina occidental, constituyen una serie de prácticas culturales que forman parte de los mecanismos de control de la naturaleza y de las personas, para la reproducción del orden social imperante (Salgado Sánchez, 1993). Las prácticas culturales no son estáticas, equilibradas, ni coherentes, pues, como elaboraciones simbólicas y materiales de las condiciones de producción y reproducción del mundo de la vida, incorporan las contradicciones y los antagonismos de las relaciones de poder dominantes. Por consiguiente, se puede afirmar que las prácticas culturales conforman sistemas de referencia para estructurar la interacción social de los hombres y mujeres en su cotidianidad, según las particularidades de su participación en la división social del trabajo (Hinkelammert, 1981; Laurell, 1982).

La expansión del proyecto de acumulación capitalista generó, desde sus inicios, transformaciones en los procesos de trabajo que resultaron en la construcción de mundos cotidianos desiguales, articulados conflictiva y contradictoriamente en las estructuras sociales dominantes. La productividad, el control de calidad, la competitividad, la racionalidad del mercado, son las fuerzas que han orientado los programas organizativos de las empresas, intensificando sistemáticamente los procesos de explotación, alienación y desgaste que sufre la fuerza laboral (Menéndez, 1990a).

El cambio del tiempo natural al reloj, y del reloj a la computadora (Waterman, 1994:134) modificó los ritmos laborales, alterando las condiciones de reproducción de la persona trabajadora y su familia; la caldera que no se apaga, la faja transportadora que se acelera sin pedir permiso, la pizarra electrónica que señala errores, emite órdenes y administra las necesidades corporales, convierten la cotidianidad laboral en una experiencia agotadora, monótona y destructiva, de la que no es posible escapar porque

* Directora del Centro de Estudios Etnográficos.

es la forma de ganarse la vida" y construir "...el futuro de los güilas, que pa'eso se mata uno" (Kopper y Pardo, 1989).

El desarrollo de la industrialización no solo genera patrones de desgaste en los procesos específicos de trabajo, sino que, al apropiarse del tiempo libre de las familias, y mantener controladas las demandas de incrementos salariales con la amenaza creciente del desempleo, también intensifica, peligrosamente, el deterioro de las condiciones de reproducción de los diferentes sectores laborales (Laurell, 1982). Consecuentemente, en el marco de las asimetrías sociales del mundo capitalista, la cotidianidad de los núcleos familiares está marcada por estilos de vida altamente riesgosos para la salud.

Por estas razones, algunos autores han señalado la existencia de una estrecha relación entre los padecimientos crónicos, específicamente las enfermedades cardiovasculares, y los modos de vida que se asocian con las sociedades urbano-industriales, por la alteración que la tecnología desarrollista ha impuesto en las pautas de interacción de la humanidad con la naturaleza (Jaramillo, 1993; Menéndez, 1990a).

Las enfermedades cardiovasculares constituyen un conjunto de enfermedades referentes a las funciones del corazón y la circulación de la sangre, cuyo diagnóstico y atención ha sido apropiado por las prácticas médicas hegemónicas que se legitiman con base en los desarrollos acumulados de la ciencia. No obstante, esa apropiación científica, excluyente de otros saberes, no ha liberado a los sectores más empobrecidos del padecimiento de tales enfermedades.

A pesar de todos los esfuerzos realizados desde esas prácticas oficiales, las enfermedades cardiovasculares se han ido extendiendo, al aumentar el número de personas afectadas por estos problemas. En 1982, junto con los tumores y accidentes, constituían el 57.5% de las causas de muerte en Costa Rica. Específicamente a las enfermedades del aparato circulatorio correspondía una tasa de 10.8 (tasas por 10000), en la mortalidad del país, siendo la más alta en ese período en relación con otras causas de muerte presentes (Jaramillo, 1984). El aumento más significativo ha sido en la incidencia de la enfermedad coronaria.

Los diferentes sectores subalternos enfrentan estas alteraciones de la salud en condiciones muy precarias, ya que no disponen de los recursos intelectuales ni simbólicos para apropiarse de las explicaciones médico-científicas, que sustentan las prescripciones médicas que se les imponen. Pero, no solamente están en condición precaria con respecto a las construcciones de sentido de la enfermedad, sino que tampoco disponen de recursos materiales y sociales para enfrentar las exigencias

prácticas que implica padecer alguno de esos trastornos (Menéndez, 1990b; Strauss, 1987).

Las elaboraciones simbólicas de los sectores subalternos incorporan esas contradicciones y las traducen en estructuras de significado, que se constituyen en modelos para orientar las acciones de las personas en esas situaciones de enfermedad. Estos modelos están siendo estructurados permanentemente, según la dinámica de las prácticas de autoatención de la salud en los espacios domésticos, y de la atención médica en los espacios oficiales, es decir, centros de salud, consultorios privados, clínicas periféricas y centros hospitalarios especializados.

Por otra parte, las políticas de salud, que se establecen acorde con las orientaciones del poder formal (gobierno) y de los organismos internacionales (Morgan, 1988,1990), tienen un efecto limitado en la transformación de los estilos de vida y las prácticas de autoatención de los sectores subalternos, por cuanto las estrategias de prevención que se desarrollan no consideran las especificidades de sus realidades cotidianas. El discurso oficial de la enfermedad focaliza las acciones de promoción de la salud en decisiones individualizadas, que deben ser ejecutadas exclusivamente por el paciente, como único responsable de su salud, obviando la causalidad social del deterioro orgánico, y la diversidad de prácticas culturales de autocuidado de la salud-enfermedad-muerte que se generan en el mundo de la vida.

ETNOGRAFÍA DE LA SALUD

La información que a continuación se sistematiza fue obtenida en un trabajo de campo realizado en el cantón de Tibás (Kooper y Pardo, 1989), mediante el desarrollo de entrevistas etnográficas y visitas de observación en las fábricas y los hogares, durante un período aproximado de dos meses. Los núcleos domésticos que participaron en el proyecto, fueron escogidos previa localización, en las industrias ubicadas en el cantón, de los hombres y las mujeres con edades que oscilaran entre los 20 y 30 años, residentes del sector, que accedieron a participar en la investigación.

Participaron un total de 14 núcleos domésticos que pueden agruparse en tres categorías de acuerdo con: los ingresos familiares y las ocupaciones que los generaban, nivel educativo de las personas adultas en el núcleo familiar, estructura del grupo familiar, propiedad de la vivienda y condiciones materiales de la misma, posesión de electrodomésticos, teléfono y vehículo automotor, posibilidades de movilidad espacial dentro y fuera del país, disponibilidad de tiempo libre, y recursos para desarrollar actividades recreativas y de superación personal.

La clasificación en tres categorías distintas no debe oscurecer un hecho fundamental que homogeniza los catorce núcleos participantes, todos generan sus ingresos a partir de una inserción en la división social del trabajo como asalariados, ya sea como obreros de planta, o como empleados del sector técnico-administrativo. Ninguna de las personas que participaron como informantes en el proyecto ocupaban cargos como profesionales o ejecutivos de nivel directivo o gerencial. En aquellos casos en que el ingreso familiar supera los cincuenta mil colones, este monto se origina en la intensificación del trabajo individual en detrimento del tiempo destinado al descanso o la recreación, o en procesos de deserción escolar que son favorecidos por el grupo familiar para incorporar a sus miembros jóvenes a la fuerza laboral sostenedora de la unidad doméstica. El incremento de los ingresos familiares también puede generarse en el esfuerzo de alguno de sus miembros quien, decidido a no desertar de la educación formal, se incorpora a la fuerza laboral generando una relación de autoexplotación, favorecida internamente por la familia, que impide o retrasa significativamente la conclusión de los estudios.

"...Más o menos, a veces uno trabaja hasta las tres de la mañana- Bueno, a veces se saca un domingo libre, de vez en cuando, pero no aquí en la empresa, aquí se trabaja de lunes a viernes. Entonces uno se va a otros trabajos. Como yo trabajo en construcción, entonces yo me busco la chamba (Bernardo, ayudante de carretera, 26 años)" (Kopper y Pardo, 1989; pág-27).

"Cuando me voy a estudiar lo que hago es que Manuel, mi marido, me deja en la escuela, pasa por mamá y los chiquitos y se van para la casa. Y mamá le hace la comida y se queda con ellos. Manuel pasa a las diez de la noche, y cuando yo llego Manuel la va a dejar a la casa de ella. Los lunes vamos, los recogemos y nos vamos rodos para la casa, ahí sí cocino yo para Manuel. Los martes no. Los miércoles cocino temprano porque él va para un curso y cuando vuelve come. Jueves no cocino y el viernes sí. Sábados y domingos cocino para todos. Sí (Melania, administrativa, 30 años)" (Kopper y Pardo, 1989: pág. 28).

"...No, el sábado trabajo hasta las diez. Cuando necesito reponer un poquito o quiero, tal vea una vez por semana que voy a estar un poquito flojo de dinero, pues digamos trabajo hasta las dos de la tarde o hasta las seis y solo en ciertas ocasiones trabajo el domingo. Esta semana fue cansada y prácticamente no he dormido nada, fue pareja de lunes a domingo (José, estudiante y operario, 22 años)" (Kopper y Pardo, 1989: pág. 31).

La intensificación de la jornada de trabajo resta, en todos los casos, disponibilidad de Tiempo para realizar actividades recreativas. Asimismo, en cualquiera de los tres grupos, la relación de los núcleos domésticos con el mundo exterior, se concentra en las actividades laborales, siendo poca la participación en grupos organizados en niveles que trasciendan la familia o el vecindario cercano. Por otro lado, esa misma condición de trabajo excesivo limita la posibilidad material y personal de conocer la dinámica político-económica del país y del mundo, centrándose los problemas de las unidades domésticas en las condiciones de su propia sobrevivencia y reproducción, sin trascender a otros niveles de análisis.

Las prácticas culturales que componen el estilo de vida de esos sectores empobrecidos, pueden resumirse en: intensificación de la jornada laboral, reducción de los tiempos de descanso y recreación, movilidad espacial limitada, al ámbito de lo doméstico, vecinal y laboral, con esporádicas salidas dentro del Área Metropolitana. Además, concentración de sus actividades diarias en tareas laborales, oficios domésticos, abastecimiento de víveres y otros bienes de consumo para el hogar, mirar la televisión como espectadores pasivos y una limitada interacción con la familia extensa, los vecinos y compañeros de trabajo. Su mundo cotidiano está marcado por un patrón de vida esencialmente sedentario, reducido a un espacio geográfico localizado entre la vivienda y el trabajo, y por un patrón alimentario cargado en grasas, huevos y carbohidratos, con una importante limitación en la ingesta de frutas y verduras (Kopper y Pardo, 1989: págs. 33-34).

Esos estilos de vida representan un riesgo significativo en la génesis de padecimientos crónicos y degenerativos, como el cáncer, la artritis, los trastornos cardiovasculares, la diabetes, el lupus, la deficiencia renal, entre otros (Jaramillo, 1993).

La salud y la enfermedad, en el saber y las prácticas médicas de estas familias se articulan en torno al trabajo, la relación con el mundo sobrenatural, la alimentación, la moral religiosa y los valores que deben regir las relaciones con las demás personas. Desde ese punto de vista, la persona saludable se visualiza como un ser trabajador, que no se enferma con frecuencia, dispuesto a realizar cualquier actividad, en relaciones armónicas con Dios y con sus semejantes. Para conservar esa condición, cada persona debe someterse a una serie de controles, no hacer desarreglos en su vida, no abusar en las comidas, no tener vicios, ser honrado, y mantenerse siempre alegre, jovial y sin enojos. La persona enferma, en contraste con lo anterior, se visualiza como aquella que carece de voluntad para la acción, siempre está triste, sin color, flaca, poco dispuesta a tolerar bromas, sin ánimo para el trabajo. La condición de persona saludable se pierde por "dejazón", "falta de cuidarse", o por "hacer desarreglos".

El término enfermedad siempre aparece en el discurso con referencia a enfermedades concretas, y en algunos casos, a síntomas específicos como agruras, dolor de oído, cansancio. El autodiagnóstico generado en el grupo familiar no siempre coincide con las clasificaciones de la medicina oficial, como en el caso de las pegadas, del empacho, e incluso de un infarto que, no fue diagnosticado por los médicos como tal, pues según el paciente "nunca dieron en lo que era", a pesar de que lo tuvieron internado varios días, y que él sabía que se trataba de un infarto.

Las enfermedades pueden agruparse en tres categorías distintas que se estructuran a partir de dos ejes, la temporalidad y la intensidad de los síntomas:

Grupo A	Grupo B	Grupo C
Menos malas	De ponerse en control	Malas
Se curan	Son padecimientos	No tienen cura
Pasan rápido	Son eternas	Matan
Pequeñas	Crónicas	Grandes
Comunes	Continuas	Notorias
Favorables	Graves	
Leves		Malignas
Normales		Peligrosas
		No se evitan

En el grupo A se incluyen: gripe, alergias, sarampión, rubéola, parásitos, dolor de cabeza, apendicitis, bronquitis, infecciones, nervios, amigdalitis, colitis, viruela, tos, calentura.

En el grupo B se incluyen: artritis, anemia, hipertensión arterial, colitis, diabetes, presión alta, colesterol alto, azúcar en la sangre, amigdalitis, arteriosclerosis, asma, nervios.

En el grupo C se incluyen: cáncer, corazón, derrame, infarto, presión, azúcar en la sangre, gastritis, deformación, sida, ataque cardíaco, anemia, pulmonía, tosferina, bronquitis, tumor.

El cuidado de la salud, es decir, de la persona enferma, se inicia en el hogar. Sin embargo, la persistencia de los síntomas o la intensificación de los mismos son razón suficiente para acudir a la consulta médica oficial. Los síntomas de una enfermedad no deben descuidarse, pues pueden convertirse en algo serio, de manera que para prevenir

que una enfermedad pasajera o leve se convierta en un padecimiento o en una enfermedad grave se requiere la asistencia médica oportuna.

El componente humoral, que explica los procesos de salud-enfermedad por los desbalances entre los elementos fríos y calientes por un lado, y secos y húmedos por el otro, es una categoría dominante en los discursos médicos de estas personas. Predominan las explicaciones basadas en el modelo humoral en los casos de trastornos digestivos, respiratorios y de la cabeza (derrame, dolor de oídos, dolor de cabeza).

El cuerpo se concibe como una totalidad de músculos y huesos en la que destacan órganos como el corazón, el estómago-hígado, y el cerebro; y, en menor grado, pulmones, riñones, vesícula, venas y vena arteria. La mención de otros elementos constitutivos de la anatomía humana aparece en casos de padecimientos concretos que hayan afectado a alguna persona en la familiar.

El corazón bombea la sangre, el estómago-hígado digieren y limpian los alimentos, y el cerebro piensa, analiza y da órdenes. Las venas, la "vena arteria", y la sangre, se relacionan con el componente líquido del cuerpo, incorporándose el concepto de equilibrio húmedo-seco propio de la medicina humoral. En este sentido la función de la sangre es transportar proteínas, vitaminas y glóbulos rojos para mantener la vida. y dar la fuerza que permita el equilibrio. Debe estar en un estado que no puede ser ni ralo ni espeso para que circule, libremente por las venas. Estas últimas conjuntamente con la "vena arteria" deben estar limpias para que no se obstruya el paso de la sangre.

El corazón es una bomba, un motor, un reloj que como el sistema eléctrico de una casa, distribuye la sangre por el cuerpo, es decir, la energía vital, "la gasolina" como dijo un participante.

Las "enfermedades del corazón" que se mencionaron fueron: el infarto, el paro, el ataque cardíaco, y el soplo. Son enfermedades que en su criterio no se pueden prevenir, aunque se pueden tomar medidas para que el corazón funcione bien: hacer ejercicios, no fumar, evitar la gordura, la ingesta excesiva de grasas y las preocupaciones. Sin embargo pareciera darse una separación conceptual entre tomar medidas para "mantener saludable al corazón", y la posibilidad real de prevenir una enfermedad del corazón.

El infarto, como enfermedad del corazón, se relaciona fundamentalmente con el equilibrio moral, psíquico y social de la persona. Cualquier alteración en el estado de ánimo de un individuo, por alegrías excesivas o por muchas tristezas, por culpas o por enojos, acelera los latidos del corazón y provoca el infarto. También puede darse sin

causa específica que lo explique. El infarto, el paro, y el "cardíaco" son una misma enfermedad cuya consecuencia única es la muerte.

La hipertensión arterial, expresada en la oposición presión alta-presión baja, también se relaciona estrechamente con la alteración de las emociones. Asimismo, la gordura, evidencia de un exceso en las comidas, se señala como una condición de riesgo. Se considera que el corazón y el cerebro son los órganos que más se afectan con la "hipertensión alta", pero, no se explica cómo se afectan.

El derrame es una enfermedad que se origina en un desequilibrio de la sangre en el cerebro, tanto la ausencia como el exceso de sangre pueden provocarlo. Este desajuste se produce cuando el organismo es sometido a un cambio brusco de temperatura, o cuando la persona recibe una fuerte emoción.

Las enfermedades de la sangre que se mencionan incluyen: anemia, leucemia, azúcar y grasa. Todas, de una forma u otra afectan la circulación porque se rompe el equilibrio húmedo-seco, la sangre o "se vuelve ralita" o se "engruesa en el cuerpo". El balance en las comidas, asegurando una ingesta de alimentos que fortalezcan la sangre puede asegurar una condición óptima. Entre factores de riesgo preocupantes se mencionó el consumo de sal, azúcar y grasas. Esos alimentos favorecen el desarrollo de enfermedades de las venas que se "taquian" y no dejan libre paso a la sangre: "Una vena se puede taquiar por várices, coágulos o grasa acumulada. Las venas taquiadas por exceso de grasa, producen calambres y mareos. Los brazos y las piernas se pueden secar si la sangre no llega".

El colesterol se construye discursivamente como una enfermedad causada por el exceso de grasa y el consumo desmedido de huevos. Puede localizarse en el corazón, la sangre, las venas o la "vena arteria". Es una enfermedad que puede afectar al corazón, al hígado, a los riñones, al abdomen. Los síntomas de esta enfermedad pueden ser calambres, mareos, náuseas. Si se hace el diagnóstico a tiempo es una enfermedad que se puede curar, aunque también se puede considerar un padecimiento que no tendría cura.

No puede obviarse, en una etnografía de las enfermedades cardiovasculares, una referencia a la muerte como expectativa del mundo de la vida. En este sentido, los desarrollos técnicos de la medicina oficial que se combinan para prolongar la vida de los enfermos crónicos en condiciones de mucho sufrimiento, favorecen la construcción de una pauta cultural que busca una muerte sin dolor para la persona enferma o para el grupo familiar de apoyo. Dado que, en la codificación que hacen de las enfermedades del

corazón, la muerte rápida es una constante, no causa extrañeza que la muerte deseada, esperada como un premio, sea la muerte causada por el corazón, culturalmente entendida como un episodio sin agonía, cuyo sufrimiento es tan breve que no se siente (Kopper y Pardo, 1989):

"Me gustaría morir del corazón, así dormidita" (Beatriz, operaria, 20 años),

"A uno le gustaría morir así instantáneamente, que uno ni se de cuenta como dicen, se murió del corazón. No sufrir, como de un soto bombazo" (Daniel, operario, 20 años).

"Me gustaría que me de algo en el corazón, rápido" (Ana, ama de casa).

"Del corazón yo me imagino que es una muerte muy bonita porque yo caigo y ya está" (Germana, ama de casa, 53 años).

"De acostarme y no levantarme, del corazón. Hace poco a un señor al lado atrás le pasó eso" (Eduardo, operario, 24 años).

La dimensión salud-enfermedad en el saber cotidiano de estas personas se construye como una serie de oposiciones entre elementos orgánicos, ambientales, psíquicos, morales y sociales, que buscan estructurar una pauta recurrente de equilibrio, para resolver los antagonismos que pudieran favorecer los cuadros patológicos y sus consecuencias dañinas.

La salud, la enfermedad, la prevención, constituyen tres componentes dinámicos que se configuran a partir de una búsqueda permanente del equilibrio, el orden, la eliminación de excesos en las acciones de las personas. No obstante, ese equilibrio no se concibe en abstracto, pues toda referencia a un cuadro de enfermedad o a una condición saludable, se hace en relación con la experiencia concreta y sensible del mundo de la vida. La presencia o ausencia de síntomas es indicador de alteraciones en el equilibrio precario que asegura a las personas un control normatizador de los opuestos. El control de la enfermedad se logra imponiendo un modelo de vida saludable, que independientemente de la eficacia en la prevención de las enfermedades, mantiene bajo control los desequilibrios sociales.

Las enfermedades cardiovasculares no aparecen en los discursos y prácticas de este grupo de familias, con las mismas características que les atribuye el conocimiento médico-científico. Sin embargo, la presencia en el discurso de estas familias de algunos

términos y relaciones referentes a este grupo de enfermedades, evidencia la' apropiación de sentidos y prácticas que les han permitido incorporar en sus propias estrategias de autocuidado, elementos para elaborar síntesis que faciliten la comprensión de los procesos morbosos que les afectan en su diario vivir. El marco conceptual que les permite entender las llamadas enfermedades del corazón y la sangre constituye una forma diferente de apropiarse de la realidad para reconstruirla simbólicamente y desarrollar estrategias de intervención.

No debemos olvidar que los diferentes conjuntos sociales construyen simbólicamente sus realidades a partir de sus realidades concretas, y de los componentes de un imaginario colectivo que se ha estructurado históricamente. La sabiduría popular se apropia de los componentes estructurales del discurso de la salud, y construye un discurso que oculta las dramáticas realidades de la subordinación y las pobreza materiales de su vida cotidiana, como determinantes sociohistóricos de las tasas crecientes en la epidemiología de las enfermedades cardiovasculares. ¡Es un discurso que incorpora la esperanza de una muerte rápida y sin dolor como premio al sacrificio que impone una vida de carencias y subordinaciones!

EDUCACIÓN POPULAR

Por su parte, los programas oficiales de educación para la salud equivocadamente focalizan las causas de algunos problemas de salud pública, exclusivamente en los patrones de alimentación, higiene, actividad física, y recreación de las familias, sin considerar las relaciones desiguales de los diversos sectores en la estructura socioproductiva; que, como se ha reiterado en este trabajo, obligan a generar estrategias de sobrevivencia que intensifican el proceso natural de desgaste y envejecimiento de las personas (Quesada y Salgado, 1994).

No obstante, en este mundo de desigualdades y diferencias no se puede mantener una visión romántica que pretenda preservar en su dimensión folclórica las prácticas culturales, ya que con [al perspectiva se imposibilita la prevención de aquellos problemas de salud que se originan en el deterioro de las condiciones materiales de existencia. Tampoco se puede mantener una visión utópica, que cifre las esperanzas en programas educativos que mágicamente cambien los hábitos, mientras se mantienen inalteradas las condiciones de pobreza que afectan por lo menos al 20% de la población costarricense, y las prácticas desarrollistas continúan deteriorando el ambiente, y generando estilos de vida que ponen en riesgo la salud de las familias.

Por lo tanto, el respeto a la diferencia cultural, a los saberes sometidos, a las visiones de mundo oprimidas, debe entenderse a partir de la conceptualización de la desigualdad como una relación que limita tanto la apropiación de la riqueza material, como la apropiación y construcción de los recursos simbólicos y afectivos en los sectores subalternos.

Desde la perspectiva de un modelo oficial de educación para la salud, será imposible reconocer la existencia de otros saberes, otras prácticas, concernientes al cuerpo, a la salud, a la enfermedad, a la alimentación, a la higiene, al descanso, a la actividad física, a la recreación, ya que quienes se especializan en el campo de la educación para la salud tienden a etiquetar los saberes alternativos (contraculturales en algunos casos) como "obstáculos socioculturales", que limitan las posibilidades de los equipos de salud y de la organización médica, de lograr cambios de "conducta" consecuentes con la lógica del discurso científico dominante. Frecuentemente, el personal de salud reprocha al paciente, a sus parientes y vecinos el tener comportamientos no "racionales" porque sus lógicas no se ajustan a las normativas impuestas por las instituciones oficiales de salud.

En consecuencia, los programas de educación para la salud que se institucionalizan en los espacios oficiales adolecen de entrabamientes importantes que dificultan, no solamente la identificación de saberes médicos alternativos, sino su incorporación como un componente válido en el curriculum, y como resultado, limitan la capacidad de autogestión de los grupos sociales, a partir de la apropiación autónoma de sus realidades materiales, simbólicas y afectivas.

Es imperativo romper con esos moldes, a partir de procesos que proporcionen los recursos, para que los diferentes grupos sociales puedan, no solamente construir un saber de las necesidades reales en materia de salud sino, también, generar sus propias transformaciones en las prácticas de prevención y cuidado de la salud,

Los programas de educación para la salud, deben convertirse en proyectos de educación popular, elaborados con las poblaciones interesadas, a partir de un claro reconocimiento de las nociones y las interpretaciones que tienen los mismos grupos del proceso salud-enfermedad y de sus condiciones desiguales de inserción en los procesos productivos y reproductivos de la riqueza social.

Es importante recordar que en el mundo de la cotidianidad, en el aquí y el ahora, la promoción de la salud y los cuidados de la persona enferma dependen de los recursos materiales, simbólicos y afectivos, que los núcleos domésticos puedan poner en acción

en un momento dado Caramillo, 1993; Menéndez, 1990b; Strauss, 1987). Es decir, la eficacia de cualquier programa de salud, preventivo o curativo, estará sujeto a las posibilidades reales que tengan las familias, para intervenir en los mismos, articulando el saber y las prácticas médicas oficiales con sus propios saberes y prácticas culturales.

Los proyectos de educación popular en el campo de la salud, deben promover estrategias de aproximación entre los diferentes sectores que participan en la atención de la salud, a nivel doméstico, vecinal, regional y nacional. Estas estrategias deberán articularse con los esfuerzos institucionales que buscan consolidar los sistemas locales de salud, con vistas a fortalecer la participación y el quehacer de las comunidades en los programas de salud.

Finalmente, no podemos olvidar que un proyecto de educación para la salud, orientado a la generación de cambios en el estilo de vida de las poblaciones, como una alternativa necesaria para prevenir las enfermedades crónicas, no puede obviar las condiciones precarias de reproducción de los sectores sociales excluidos de los procesos de producción y distribución de la riqueza social. En conclusión, las transformaciones integrales, efectivas y duraderas de las prácticas de atención de la salud y la enfermedad en los núcleos domésticos no pueden generarse en el contexto de proyectos de educación, controladores de la diferencia cultural, y reproductores de las asimetrías sociales.

BIBLIOGRAFÍA

Alexander, Jacqui. 1988. "The Ideological Construction of risk: an analysis of Corporate Health Promotion Programs in The 1980's" *Social Science and Medicine*. Vol, 26, No.5: 559-567. Great Britain.

Heller, Agnes. 1985. *Historia y Vida Cotidiana. Aportación u la Sociología Socialista*. México: Editorial Grijalbo, S.A.

Hinkelammert, Franz. 1981. *Las Armas Ideológicas de la Muerte*. San José, Costa Rica: Departamento Ecuaménico de Investigaciones. Segunda Edición.

Jaramillo Antillón, Juan. 1984. *Los problemas de la Salud en Costa Rica. Segunda Edición Corregida*. OPS-Ministerio de Salud, Costa Rica.

_____ 1993- *Salud y Seguridad Social*. San José, Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica

Kopper, Grellet y Marta Eugenia Pardo. 1989. Conceptos y creencias de un grupo de trabajadores sobre factores de riesgo en enfermedades cardiovasculares. Informe final de Investigación. Escuela de Antropología y Sociología e Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad de Costa Rica. Caja Costarricense de Seguro Social. Mimeografiado.

Laurell, Asa Cristina. 1982. "La Salud-Enfermedad como proceso social", En: Revista Latinoamericana de Salud. México: Editorial Nueva Imagen. No-2 7-25 pp.

Menéndez, Eduardo. 1990a, Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones. México, D.F.: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Cuadernos de la Casa Chata No-179.

_____ 1990b- "Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. Del "teoricismo" al movimiento continuo". En: Cuadernos Médico Sociales. No.59.

Morgan, Lynn, 1990. "International Politics and Primary Health Care in Costa Rica". Social Science and Medicine. Vol.30, No.2: 211-219. Great Britain.

1988. "¿Salud sin riqueza? El sistema de salud en Costa Rica bajo la crisis económica". Revista Centroamericana de Administración Pública. Enero-Junio: 25-39.

Quesada, Carlos y Lorena Salgado. 1994. "Causalidad Social del Deterioro de la Fuerza de Trabajo". En: Reflexiones. Universidad de Costa Rica, Facultad de Ciencias Sociales. No.22 (mayo, 1994). San José, Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica-

Salgado Sánchez, Lorena. 1993. Causalidad Social del Envejecimiento:

Ocupación y Deterioro Precoz. Tesis. Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Cosía Rica.

Strauss, Anselm. 1987. "Las Políticas de Salud y las Enfermedades Crónicas". Traductora Ma. Cecilia Alvarado. Revisión técnica L.B. Villalobos. Tomado de: Society. Vol. 25(1): 33-39 pp.