

Hacia una propuesta conceptual operativa de la participación comunitaria en salud

Luis Bernardo Villalobos Solano*

en salud

*Si no pones el pie donde debes, hermano,
todos nos doblaremos,
Si no escuchas a tiempo el fondo del barranco,
todos nos hundiremos.*

JORGE DEBRAVO

EN EL PRESENTE TRABAJO SE PRESENTA UNA PROPUESTA PARA LA CONCEPTUALIZACIÓN OPERATIVA DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD, QUE CONTEMPLA: ASPECTOS DE LA POLÍTICA DE SALUD, ALGUNAS REFLEXIONES EN TORNO A LOS CONCEPTOS DE PARTICIPACIÓN, COMUNIDAD Y SALUD; UNA PROPUESTA PARA ALCANZAR SU IMPLANTACIÓN TOTAL; ASÍ COMO EL ROL QUE DEBERÍA TENER EL EQUIPO DE SALUD DENTRO DEL PROCESO.

Introducción

En 1977 la Asamblea Mundial de la Salud en su resolución W.H.A. 30-43, decidió que en los próximos decenios se trabaje en "...alcanzar para todos los ciudadanos del mundo un grado de salud tal, que les permita llevar una vida social y económicamente productiva",¹ a esto se le denominó la "Meta de Salud para Todos en el Año 2.000" (SPT/200).

Posteriormente en 1978, durante la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, se enfatizó que "...la

atención primaria es la clave para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2.000, como parte del desarrollo general, conforme al espíritu de justicia social".²

Dentro del contexto anterior, los gobiernos de los países miembros de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), definieron que la participación comunitaria en salud es una estrategia complementaria de la atención primaria³ y así quedó establecido en la Declaración de Alma-Ata en 1978, donde se afirmó que "...El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud".⁴

Aunque esta orientación mundial para la política de salud con los planes y programas que ella implica, quedó explícita hace casi una década, aún no ha sido posible encontrar en nuestros países una fórmula satisfactoria para implantar un programa que involucre en la participación a toda la comunidad organizada, y segu-

* Médico, Consultor en Salud Pública, Instituto Centroamericano de Administración Pública.

1. Organización Panamericana de la Salud. *Salud para todos en el año 2.000: estrategias*. (Washington, D.C.: OPS, 1980). Documento oficial, Núm. 173, p. 1.

2. *Ibid.*

3. *Ibid.*, p. 165.

4. *Ibid.*, anexo III, p. 2.

mos teniendo comunidades, políticos y funcionarios de salud que plantean iniciativas locales, regionales o nacionales que luego de un tiempo se convierten en frustración para todos.

Así, la discusión debería estar orientada a los aspectos relacionados con la puesta en marcha del proceso de participación comunitaria total en cada uno de los países.

1. La política nacional de salud

La política nacional de salud, como objetivo fundamental del Gobierno en materia de salud pública, es definida acorde con el estilo de desarrollo económico y social que adopta el Estado. En ella confluyen además otros factores como las presiones de la sociedad nacional, los intereses corporativos, las orientaciones y compromisos suscritos por los gobiernos a nivel internacional, y el concepto que se tenga en el país en relación a la causalidad del proceso salud-enfermedad.

Los aspectos anteriormente anotados, entre otros, pueden hacer que una vez planteada la política de salud, ésta restrinja o facilite las acciones encaminadas a lograr el bienestar de la población.

En ocasiones, la política no define en forma precisa qué es lo que se persigue en materia de participación comunitaria. Esto, pasa a ser un factor limitante que lleva a los funcionarios de salud a plantear estrategias para la participación, que más bien convierten la iniciativa en manipulación o utilización del grupo social.

Si compartimos el criterio de que el estado de salud de la población está determinado no solamente por aspectos biológicos, sino por aquellos factores sociales, económicos, culturales y geográficos que

influyen sobre el individuo y la colectividad; en otras palabras, si tenemos un enfoque integral con respecto al proceso salud-enfermedad, podemos entonces comprender que la política de salud debe involucrar a la comunidad para que tenga parte en la atención del proceso, y más aun, la participación definida por la política debe integrar no solamente algunos grupos comunitarios, sino a toda la comunidad nacional.

La política debe tener criterios compatibles con las otras políticas del sector social y productivo del Estado, es decir, el lenguaje que define la participación comunitaria en educación y vivienda, por ejemplo, debe ser unívoco con el adoptado por el sector salud.

La participación comunitaria no sólo tiene que darse en salud, sino que estamos obligados a concebirla como parte inherente de la política nacional de desarrollo económico y social; al respecto Blas Tomic apunta "...lo que hace falta es una estrategia de desarrollo que cuente con un instrumental de políticas capaz de entrar en estrecho contacto con el mundo desagregado en que vive el ciudadano con nombre y apellido en quien se encarnan las carencias básicas que cualquier definición de "desarrollo" debe pretender superar, y en quien debe ser comprobable empíricamente el éxito o el fracaso de dichas políticas".⁵

2. El concepto de participación comunitaria en salud

Aun cuando en la agenda cotidiana del sector salud se suele hablar del término participación comunitaria, es frecuente que no se tenga una claridad conceptual acerca de éste.

Es múltiple la bibliografía que trata sobre el tema en el medio latinoamericano, pero pocos le han prestado atención suficiente al hecho de que es preciso adoptar un concepto nacional en torno a lo que debemos entender por participación comunitaria en el campo de salud. Podemos

5. Blas Tomic. Participación popular y desarrollo en la base. En: OIT, PREALC. *Buscando la equidad: planificación para la satisfacción de las necesidades básicas*. (Santiago, Chile: OIT, Servicio de Publicaciones, 1986), p. 162.

incluso preguntar a un auditorio de funcionarios de salud y es probable que no haya un concepto unívoco con respecto al término.

Si no manejamos un lenguaje común, ¿cómo pretendemos que toda la comunidad nos entienda? Es necesario entonces tratar de dilucidar ¿qué entendemos por participación, por comunidad y por salud?

El término participación ha sido entendido habitualmente como "tener parte en una cosa",⁶ dentro de esta línea de análisis, cualquier persona puede participar en eventos que afectan positiva o negativamente la dinámica social, económica, psicológica, cultural, etc., de la comunidad con la cual está relacionada. De acuerdo con lo anterior, hay participación por ejemplo, cuando los obreros constituyen un sindicato, los campesinos se agrupan en una cooperativa, los precaristas urbanos se organizan para gestionar un proyecto de vivienda, la comunidad rural dispersa constituye un comité para solicitar la construcción de un puesto de salud, etc.

Pero, ¿ha sido esa participación bien orientada, dirigida y planificada?, ¿estará la población educada para participar en la construcción de un Estado cuyos ciudadanos adquieren el compromiso solidario para ayudar al desarrollo de toda la comunidad nacional?, ¿participarán todos los ciudadanos del país en las decisiones y actividades que afectan su bienestar?. Probablemente las respuestas no sean en todos los casos positivas.

Todo sistema de salud debe llevar implícito y hacer explícito el principio de la participación comunitaria. Sin embargo, hay tres aspectos fundamentales que se debe tener presentes: se consigue un mayor grado de participación de acuerdo a

cuan adecuada sea la organización, el estado debe permitir la participación, y es necesario tener parte no solamente de las acciones sino también de las decisiones.

El término comunidad ha sido definido por algunos como "...un grupo concentrado o disperso, con asentamiento fijo o migratorio, con diversas formas de organización social. Sus integrantes comparten con distinta intensidad características socioculturales, socioeconómicas y sociopolíticas, e intereses, aspiraciones y problemas comunes, entre los cuales se incluyen los referentes a la salud".⁷ Así, la comunidad tiene "...características externas comunes tales como el lenguaje, el área territorial, la tradición, el tipo de trabajo. Pero de allí a afirmar la completa homogeneidad que presentaría el grupo humano, sin diferencias, con intereses, aspiraciones y problemas comunes, hay un salto conceptual que no se puede admitir".⁸ Los intereses y la territorialidad de una comunidad, con todo lo que estos implican, se materializan en determinadas relaciones sociales.

Dentro de un mismo territorio encontramos varios tipos de comunidad, cada una de ellas con determinadas necesidades básicas, con condiciones materiales de vida algunas veces diferentes, e incluso con estilos de vida diversos, aún cuando la proximidad geográfica sea evidente; tal es el caso de las comunidades fronterizas que están a uno y otro lado de la línea divisoria.

Muchos programas de participación han sido implantados en los países sin tomar en cuenta que deben adaptarse a las características del grupo social al que se dirigen. Actualmente estos proyectos, que están extintos o en vías de extinción, lamentablemente no han tenido siquiera un análisis "postmortem" y se continúan implantando programas, muchos de ellos condenados al fracaso. Mientras tanto, el desarrollo comunitario se atrasa, la satisfacción de necesidades básicas no alcanza a divisarse, y es así como todos estos fracasos se expresan muchas veces en la poca atención que presta la comunidad a los programas de salud o bien por medio de indicadores sanitarios desfavorables.

6. *Diccionario General Ilustrado de la Lengua Española*. (Barcelona : BIBLIOGRAF, 1973), p. 1165.

7. Luz Estela Vásquez Ochoa. *Participación de la comunidad en salud*. Resultados de una experiencia. Medellín, Colombia, 1979. (México : Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, 1980), p. 51.

8. *Ibid.*, p. 51.

Todo programa de participación comunitaria que se piense desarrollar, debe tener presente las características inherentes de cada comunidad.

En relación con el concepto de salud, debemos partir de que es muy difícil alcanzar un completo estado de bienestar físico, mental y social, ya que las condiciones concretas por las que atraviesan nuestros países en lo que respecta al plano social, económico y político, entre otros, limitan esa concepción. Preferimos entonces, pensar como la misma O.M.S. sugiere en la definición de la meta S.P.T./2.000, en "un grado de salud".

Debido a esto, también deberíamos considerar que ha sido difícil aceptar la concepción integral del proceso salud-enfermedad en el sector salud en la cual, como decíamos, no se tome en cuenta solamente la expresión biológica de la enfermedad, sino también los aspectos sociales, económicos, culturales y geográficos que participan o inciden en la determinación del proceso.

No se puede concebir la salud aislada de la enfermedad ya que ambas forman parte de un fenómeno, en el cual el individuo, la familia y la comunidad tienen en un momento determinado un estado de salud que algunas veces es satisfactorio y otras no lo es, dependiendo esto inclusive, de lo que la comunidad ya ha concebido en relación al hecho de estar sano o enfermo.

La concepción íntegra también va a requerir de una atención global que incluya acciones de carácter preventivo, de forma tal que cuando se dé una atención curativa, ésta deba llevar complementariamente y de manera explícita, acciones de promoción y prevención. Si bien es cierto, esta forma de entender la salud debe ser comprendida primero por los funcionarios que trabajan en ese campo, este conocimiento debe ser ampliado a toda comunidad por la vía de los programas de participación.

Una vez revisados los conceptos de participación, comunidad y salud, podemos decir que la participación comunitaria en salud debe concebirse como un proceso mediante el cual, dentro de un marco

de desarrollo social integral, se implantan las condiciones para que toda la comunidad organizada comparta con las instituciones del aparato estatal las decisiones y acciones que inciden sobre su estado de salud.

3. Una propuesta para la conceptualización operativa de la participación comunitaria

Uno de los desafíos que enfrenta el sector salud es cómo lograr la implantación de programas de participación de la comunidad cuya existencia esté sustentada y asegurada por un concepto unívoco que sea compartido por políticos, funcionarios de salud y la propia comunidad; esto por cuanto, el ensayo de "fórmulas" para promover la participación se ha dado en los países con alguna frecuencia y no en pocas ocasiones con resultados desfavorables. Es así como encontramos por ejemplo, estrategias nacionales de participación comunitaria en salud donde se hace promoción para que la comunidad colabore con programas o proyectos de salud que muchas veces son ajenos a lo que ésta realmente necesita.

Teniendo como referencia el aspecto mencionado anteriormente de atención integral del proceso salud-enfermedad, en el cual también participa la colectividad, encontramos que la comunidad se expresa para la atención de su bienestar por medio de diferentes organizaciones tales como: comités de salud, juntas de salud y seguridad social, comités de nutrición, asociaciones de desarrollo comunitario, comités de acueductos rurales, juntas de educación, patronatos escolares, asociaciones deportivas, comités de caminos vecinales, asociaciones culturales, comités de la tercera edad, asociaciones para la protección del ambiente, etc. Al procurar el bienestar comunitario, estas organizaciones participan por ende en salud, pero actúan en forma dispersa, poco coordinada y sin una orientación para que

sus actividades y decisiones se enmarquen dentro del objetivo de desarrollo integral de la comunidad. Esto último, determina en algunos casos que los grupos aparezcan y desaparezcan del escenario social con frecuencia y lo más grave es que muchas veces no alcanzan la meta propuesta, lo que conlleva a un temor a la participación en ocasiones posteriores.

Con las consideraciones elaboradas en este documento, se estima pertinente hacer una propuesta que oriente la operativización de un programa nacional de participación comunitaria en salud. Así, dentro del proceso de participación es necesario tener en cuenta tres tipos de actores: los directamente participativos, los vinculados y los no vinculados.

Los directamente participativos son aquellos que toman las decisiones que se van a expresar en acciones que inciden sobre el estado de salud de la población.

Los vinculados promueven o proponen por medio de su gestión para que los directamente participativos tomen las decisiones.

Los no vinculados no participan del todo en el proceso, ya sea porque no les interesa o más probable aún, porque no se dan las condiciones para que ellos tengan parte; en otras palabras, porque la estructura vigente en el país ha dificultado su incorporación. Dentro de estos encontramos a los que algunos autores han denominado los "marginalizados". A este respecto se menciona que "son precisamente los marginalizados los que deberían participar en su desarrollo y en este sentido la participación no puede significar sólo compartir deberes, sino también el poder de decisión y control".⁹ Los marginalizados han migrado del campo a la ciudad y en ésta se convierten en los habitantes habituales de los anillos de miseria. Si deciden permanecer en el área rural, en muchas ocasiones no cuentan con terrenos para cultivar, y cuando siembran lo hacen en tierra prestada o alquilada,

sus cosechas son mal pagadas y sus condiciones de vida continúan siendo desfavorables.

Los programas de salud, con la estrategia de extensión de cobertura por medio de los programas de atención primaria en los últimos 10 años, han tomado en cuenta con mayor énfasis los "marginalizados"; sin embargo, los servicios prestados a esta población, muchas veces están orientados dentro de una concepción unicausal que enfrenta la enfermedad en forma puntual, teniendo como enfoque la relación causa-efecto desde la óptica biológica. Así, las diarreas, la malaria, las parasitosis y las infecciones respiratorias agudas, se atienden con sus medicamentos respectivos, pero en no pocas ocasiones se olvida el contexto social, económico, cultural o geográfico que determinó su aparición. Esto es también un síntoma de los problemas de coordinación intersectorial, intrasectorial e intrainstitucional que existen para la atención integral de salud.

Los tres tipos de actores descritos no presentan posiciones estáticas. El rol que cada uno ejecuta puede variar sin que cambie su posición de clase; es decir, el directamente participativo como individuo, o como grupo organizado puede en un determinado momento pasar a ser un vinculado al proceso de participación; los vinculados pueden participar directamente en algunas oportunidades; o bien, un no vinculado puede incorporarse en determinada coyuntura, al proceso de participación.

Veamos algunos ejemplos en que los roles cambian: un ministro de salud que protagoniza con mucha frecuencia la toma de decisiones, puede pasar a ser vinculado al plantear al presidente de la reública o a otros ministros para que resuelvan sobre un determinado aspecto. Un director regional ante una epidemia de hepatitis en la región plantea el problema para que la institución de acueductos tome las decisiones pertinentes y asegure un abastecimiento de agua más constante, pero a su vez el director determina que en esa comunidad se aplique gamaglobulina a los contactos familiares de los casos de hepatitis, entonces actuaría como

9. Frederik Muller. *Participación popular en programas de atención sanitaria primaria en América Latina*. (Antioquia: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública, 1979), p. 25.

vinculado por un lado y directamente participativo por otro. Una organización comunitaria, que generalmente es vinculada, puede ser directamente participativa cuando decide construir un acueducto y realizar las acciones necesarias para su consecución. Los no vinculados cuando deciden organizarse, si se dan las condiciones para ello, pueden asumir también los roles de los vinculados o los directamente participativos.

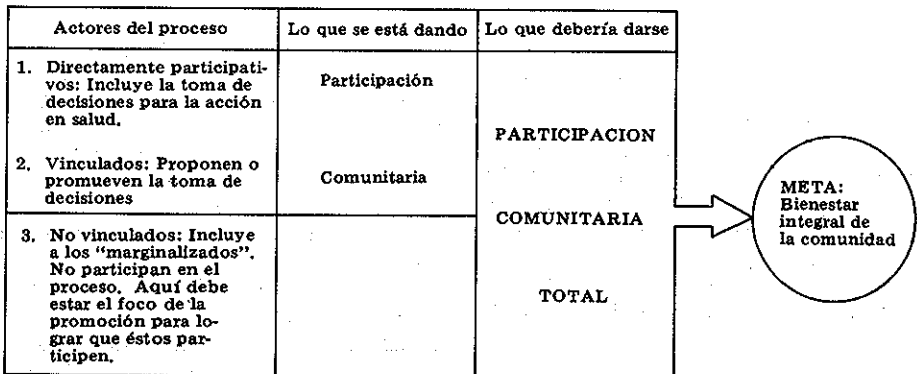
Las políticas sociales y particularmente las políticas de salud, deben definirse de tal manera que sus acciones se orienten a lograr una participación comunitaria total; para ello, los no vinculados y entre ellos los "marginalizados", deben tener parte en el proceso. En este sentido, toda política nacional que pretenda impulsar un programa de este tipo no puede "...desconocer la existencia de contradicciones y hasta antagonismos entre los "incluidos" y los "excluidos". De ahí que en casos extremos resulta justificada una es-

trategia participativa que comience por "desintegrar" es decir, por enfrentar resueltamente el sometimiento a que a veces se encuentran reducidos los "hasta aquí excluidos". Ello no obstante, sigue siendo indiscutible que "en última instancia" el horizonte de una estrategia de desarrollo que pretenda un carácter participativo debe ser integrador. Evidentemente, aún entonces se tratará de una integración (participación) inevitablemente conflictiva y de la cual no desaparecerán algunas tendencias concentradoras del poder y, por ende, excluyente. No se trata pues de ignorar o aplastar esas tendencias, sino más bien de dar cuenta de ellas a través de mecanismos institucionales lo suficientemente flexibles como para absorber las tensiones que de ahí se derivan".¹⁰

En la figura siguiente se expone en forma esquemática la propuesta para la conceptualización operativa de la participación comunitaria en salud:

FIGURA 1

ESQUEMA DE UNA PROPUESTA PARA LA CONCEPTUALIZACION OPERATIVA DE LA PARTICIPACION COMUNITARIA EN SALUD



10. Tomic. *Op. cit.*, p. 160

4. El rol del equipo de salud en la implantación de la estrategia nacional de participación.

El personal de salud tiene que desarrollar sus acciones con criterios de trabajo en equipo claros y definidos. En esta forma de trabajo las autoridades de salud del nivel central, regional y local, deben tener presente la importancia del enfoque integral en la atención del proceso y por lo tanto no se pueden privilegiar profesionales o técnicos, tampoco se deben considerar como poco relevantes los aportes que en materia de atención de la salud hacen las disciplinas relacionadas con las ciencias sociales. Son todos los funcionarios de todas las ramas, quienes aportan precisamente ese trabajo interdisciplinario que debe privar en las acciones que realizan en procura del bienestar de la población.

El equipo de salud debe asumir un rol de agente capacitador y catalizador del proceso de participación. Es necesario que sus acciones se dirijan a orientar la participación de los vinculados y a promover, en conjunto con estos últimos, la incorporación de los no vinculados, de tal forma que la comunidad organizada, técnicamente dirigida y políticamente sustentada, pueda accionar y tener parte en las decisiones que se relacionan con su salud.

Los funcionarios de salud, en su accionar como promotores y facilitadores de la participación, deben estar previamente capacitados para ello, manejar un concepto único acerca de esta estrategia y tener un conocimiento adecuado de los grupos organizados que existen en la comunidad, así como de la política que ha sido definida respecto a la participación de la comunidad en salud, todo esto con el propósito final de mantener un estado de salud satisfactorio en los individuos y la colectividad.

5. Consideraciones complementarias para la implantación de una estrategia de participación

Una estrategia nacional de participación de la comunidad en el campo de salud está obligada a contemplar, además de un sustrato político bien definido, los siguientes elementos o directrices para su implantación:

- a) La concepción unívoca nacional de la estrategia.
- b) La capacitación del equipo de salud para que sea catalizador y promotor y su intervención no restrinja la participación.
- c) Identificar en los niveles nacional, regional y local, todos los grupos organizados que propician con sus acciones el bienestar comunitario, esto quiere decir que no sólo se deben de incluir los grupos que tradicionalmente se han vinculado con el sector salud. Estos grupos deben estar registrados en el sistema de información institucional en todos sus niveles y el equipo local debe ocuparse de estarlos actualizando.
- ch) Es necesario promover la comunicación constante, fluida y objetiva de todos los grupos organizados del nivel local, de tal forma que cada uno de ellos conozca las acciones que desarrollan los demás y de esta manera evitar la duplicidad y las contradicciones en los objetivos de trabajo de las organizaciones.
- d) Conviene que el equipo de salud local capacite en técnicas para el trabajo en equipo a los grupos organizados de su comunidad de trabajo, así tam-

bién que promuevan actividades de educación para la salud, partiendo de las necesidades sentidas y del diagnóstico integral de salud de esa comunidad.

- e) Se deben crear las condiciones para la incorporación de los no vinculados al proceso.
- f) La estrategia debe asegurar la participación comunitaria en el proceso de planificación de salud, entendido éste como aquel que comprende el diagnóstico, la planeación, la programación, el control, y la evaluación de todas las acciones que tienen relación con la atención integral del proceso salud-enfermedad de la población.

6. Una reflexión final

La participación comunitaria como estrategia complementaria a la atención primaria de la salud, y como compromiso internacional y nacional suscrito por los gobiernos, debería estar en la agenda de discusión permanente de los políticos, los funcionarios de salud y la propia comunidad organizada. Esa discusión debería centrarse en el estudio de mecanismos, estrategias o vías para hacerla realidad.

Literatura citada

1. *Diccionario General Ilustrado de la Lengua Española*. Barcelona: BIBLIOGRAF, 1973.
2. Muller, Frederik. *Participación Popular en Programas de Atención Sanitaria Primaria en América Latina*. Antioquia: Facultad Nacional de Salud Pública, 1979.
3. Organización Panamericana de la Salud. *Salud para Todos en el Año 2.000: Estrategias*. (Washington, D.C.: OPS, 1980). Documento Oficial, número 173.
4. Tomic, Blas. Participación popular y desarrollo en la base. En OIT. PREALC. *Buscando la Equidad: Planificación para la Satisfacción de las Necesidades Básicas*. (Santiago, Chile: OIT, Servicio de Publicaciones, 1986).
5. Vásquez Ochoa, Luz Estela. *Participación de la Comunidad en Salud. Resultados de una experiencia*. Medellín, Colombia, 1979. México: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, 1980.