

Participación de la comunidad en salud

Luz Estela Vásquez Ochoa, L. T. S., L. S., M. M. S.*

RESUMEN

Se analiza la participación comunitaria en salud, en el contexto colombiano, a través de las diversas declaraciones estatales iniciadas en 1973 que dieron la base legal para su organización. Se destaca que en la actual década la realidad de la PCS no ha logrado los objetivos gubernamentales establecidos.

Se discuten cuatro componentes de PCS —referidos a los usuarios de los Servicios de Salud, a los tipos de organización de la población, a los trabajadores de la salud y al funcionamiento de los servicios de salud— investigados desde la perspectiva de la realidad sociopolítica y cultural del país.

Se considera la participación de la comunidad en salud, como un componente de la atención primaria y ésta como la estrategia fundamental para alcanzar la meta "Salud para todos en el año 2000". Cada una de estas tres ideas ofrece suficiente complejidad conceptual y metodológica, en virtud, entre otras cosas, de características fundamentales que las ubican como bases que se construirán en la realidad nacional o regional, de acuerdo con las condiciones específicas que constituyen su entorno.

Las reflexiones de este artículo se centran en el primer componente, la participación de la comunidad en salud (PCS). Conviene, pues, describir y ofrecer algunos elementos de análisis, en lo que ha sido la tarea de realizar la PCS.

La Ley 9 de 1973 facilitó las condiciones para efectuar un rediseño del Sistema Nacional de Salud¹, y así se constituyeron grupos de trabajo con temas diferentes. Uno de ellos es el

de "Participación de la comunidad en los programas y actividades del sector salud"². El informe que presentó este grupo, en uno de sus apartes, precisó el contenido del concepto.

La PCS "es un proceso que tiende a que la comunidad conozca de salud, decida, actúe y mejore ella misma su situación presente. Un hombre que llega a comprender que la salud de él, de su familia y del grupo, es parte de una situación social donde están incluidos la vivienda, la educación, su ingreso, sus posibilidades reales, abandonará posturas ingenuas y dentro de su organización presionará por mejores conquistas para el grupo, para la sociedad y sobre todo para las generaciones que vienen. Cuando adquiera una conducta política frente a la salud, abandonará la conducta mendicante como fin, frente a los servicios que el Estado le proporciona".

Este documento realiza un análisis de cómo introducir la PCS, no es sólo aumentar una técnica en las unidades de salud, sino que es un proceso que tiene que ver con el tipo de sociedad donde funciona lo que establece sus determinantes, al mismo tiempo que de manera dialéctica presenta sus posibilidades³.

Un segundo momento en este proceso, lo constituye lo que se podría llamar los pasos de su institucionalización y que se expresan en los Decretos 621 de 1974, que creó la Oficina de Participación de la Comunidad⁴ a nivel del Ministerio de Salud; y el 121 de 1976 que confiere rango de dirección a esta repartición administrativa⁵.

El paso siguiente, aunque no se tenga un criterio cronológico, se precisa en el Decreto 350 del 4 de marzo de 1975 que determina la organización y funcionamiento de los Servicios Seccionales de Salud y de las Unidades Regionales⁶. En el Artículo 31 dice: "En los hospitales sede de unidades regionales, en los hospitales locales, en los Centros y Puestos de Salud, procederán a crearse comités de participación de la comunidad rural y urbana para el desarrollo de los programas de salud, bajo la coordinación de la respectiva unidad".

* Profesora, Facultad Nacional de Salud Pública, Medellín, Colombia.

La Dirección de la PCS, produce dos documentos^{2,3}: *Componente de la PCS en el Sistema Nacional de Salud, 1977*, y *Manual operativo para el desarrollo de este componente*.

Se hará referencia con mayor detalle al primer documento que señala 8 objetivos; de ellos el tercero y el cuarto ubican muy claramente el pensamiento del discurso oficial sobre la PCS, así:

"3. Lograr una adecuada capacitación de la comunidad para que haga un diagnóstico crítico e integral de su realidad.

4. Fomentar la organización de la comunidad con base en objetivos específicos de salud y capacitarla para que participe en la programación, ejecución y evaluación de las actividades orientadas a mejorar su situación sanitaria".

Sin entrar a discutir ahora las diferencias que hay respecto a la factibilidad real y a los posibles resultados, de lo que sería el "fomento de la organización de la comunidad con base en objetivos específicos de salud..." se destaca como elemento de mucha importancia el planteamiento que se hace de la posibilidad que la comunidad tiene —mediante capacitación— para conocer de manera crítica e integral su realidad.

Igualmente se destaca la amplitud del campo que se asigna a la PCS que no queda circunscrito a sólo **hacer** acciones o actividades en salud, sino que señala de manera explícita los momentos de la programación, ejecución y evaluación con lo cual no sólo se hace, sino que también se **piensa**, se tiene capacidad de **decisión**.

Continuando con el componente, se encuentran 11 principios, de los cuales se selecciona los que contienen mayor riqueza y posibilidades, así:

4. La comunidad tiene derecho y obligación de conocer y analizar críticamente todos los aspectos de su propia realidad para transformarla e inducir cambios que armonicen el crecimiento económico con el progreso social.

7. La comunidad tiene derecho a organizarse y a participar en el diagnóstico, programación, ejecución, supervisión y evaluación de los planes y programas encaminados a mejorar sus condiciones de salud.

Por último, en el proceso de realizar la PCS se señaló el Plan Nacional de Participación de la Comunidad en Salud, publicado recientemente⁷.

En este momento se pueden hacer algunos comentarios con base en la descripción de los pasos del proceso.

Existe una base legal de la que antes se carecía, para organizar y desarrollar el componente de la PCS no sólo con posibilidad que lo adopte la Unidad de Salud, sino que incluso la comunidad organizada lo puede invocar como un derecho.

Además, como se ha visto, un documento oficial define objetivos y principios que aun cuando se puedan considerar con un gran nivel de generalidad, de alguna manera permite —y es posible encontrar experiencias de este tipo en el país— la iniciación y puesta en marcha del proceso.

Finalmente, existe una repartición administrativa a nivel del Ministerio de Salud que debe fijar políticas, establecer normas

y hacer conocer los programas y experiencias que se realizan. Todo lo anterior permitirá la construcción de una base sólida para que la PCS sea un hecho real institucionalizado en los servicios de salud y en plena producción de sus logros y resultados. Sin embargo, la realidad no lo muestra así:

En el Plan Nacional de Salud 1983-1986 "Hacia la equidad en salud"⁷⁷ se encuentra este indicativo e interpretación de lo problemático del tema: "A pesar de la existencia por más de seis años de órganos normativos y orientadores de las acciones tendientes a lograr una activa participación de la comunidad en el diagnóstico de sus propios problemas, en la decisión acerca de las soluciones, en la prestación de los servicios de salud, es poca la cobertura debido a la ineficacia de las estrategias y tareas específicamente encaminadas a tal fin. Problemas organizativos y gerenciales explican casi totalmente esta situación".

No se puede aceptar la interpretación final que hace el texto sobre la explicación de las causas por las cuales el proceso de la PCS no ha dado los resultados que de él se esperaban. Si hay acuerdos en señalar este componente como una zona compleja con implicaciones sociales y políticas, que rebasan el carácter meramente técnico o instrumental que se le ha pretendido dar en algunos programas que buscan la extensión de la cobertura con servicios de salud a la población.

En un trabajo anterior⁸, con base en una investigación sobre la PCS, se encontraron mediante la verificación empírica, algunos elementos importantes que con posterioridad unos fueron confirmados y otros adquirieron y en la actualidad lo hacen, características distintas.

La extrema importancia del tema —componente de la estrategia fundamental para el logro de la meta salud para todos— señala a los trabajadores de la salud un área problemática, que se ha demorado en abordar de manera seria y disciplinada, no como posesión exclusiva de la docencia o del servicio, sino como una responsabilidad que a todos compete y en la cual necesariamente debe estar presente la población organizada.

Se considera como fundamentales cuatro componentes de la PCS y en cada uno se señalarán algunas características que no agotan su profundización, sino que más bien quieren aportar en la construcción de la tarea conjunta, así: 1. La población usuaria de los servicios de salud estatales. 2. Las organizaciones de la población. 3. Los trabajadores de la salud y 4. La estructura y funcionamiento de los servicios de salud.

1. **La población usuaria.** Da una respuesta positiva inmediata a la posibilidad de adquirir conocimientos en salud. Refiere en gran medida la causalidad de la enfermedad a las condiciones de vida. Hace una práctica permanente de la automedicación. Su afán de conocimiento no se limita sólo a la ejecución de acciones en salud, sino que avanza de manera creciente en el espacio de la reflexión y del análisis crítico. En la ejecución de acciones de salud se observa el nivel en aumento de la demanda que no guarda relación con el control del conocimiento que de manera abierta o velada ejercen los trabajadores de la salud.

La última idea en esta apretada síntesis afirma la posibilidad de advertir en la ejecución de acciones de salud por la población, las que se podrían denominar adecuadas, o sea en corres-

pondencia con el problema y la acción. Ejemplo, aplicaciones en caso de quemaduras. Otras asumen el calificativo del desconocimiento, no se sabe qué hacer en la situación, o por último se tiene una conducta errónea o sea de implicaciones sanitarias.

Estas ideas de alguna manera reformulan lo que tradicionalmente se considera de "dentro" o de "fuera"; no se puede seguir actuando como si lo de afuera, es decir, la respuesta a la enfermedad por la población, constituya el obstáculo o la conducta equivocada y nosotros poseamos la verdad.

2. Las organizaciones de la población. La consideración de este componente presenta dos formas principales. La primera se configura con la conducta que en muchos casos hay en los trabajadores de la salud, de desconocer las organizaciones de la población por considerar que su razón de ser las inhabilita para lo que salud interesa (acciones comunales, asociaciones religiosas, recreativas, etc.) La otra forma se refiere, tal vez como consecuencia de la anterior, a la creación de organizaciones paralelas a las comunales, que tienen como eje e iniciativa la Unidad de Salud y como objetivo la salud.

3. Los trabajadores de la salud. Se observa una contradicción entre el tipo de formación y la práctica diferente que requiere la atención primaria. El poder que está centrado en la posesión del conocimiento difícilmente se comparte, o se limita a la concesión de parcelas claramente definidas. El tipo de práctica médica en su forma curativa ha desarrollado habilidad en el manejo del enfermo considerado individualmente, pero cuando el enfoque no es el curativo y el sujeto no es individual sino colectivo, la ausencia de conocimiento y habilidad con facilidad se tornan en rechazo que en parte puede explicar esta situación. No se puede basar la realización de la estrategia, en la voluntariedad de algunos trabajadores de la salud a quienes les gusta PCS por razones personales, alejadas de su formación en la universidad. No se puede apoyar la propuesta que la PCS sea responsabilidad del personal auxiliar en salud —aunque es un hecho real su mayor habilidad— porque la explicación no la da la jerarquía, sino otro tipo de análisis. La solución de la contradicción entre un tipo de práctica repetitiva, insatisfactoria y de poco impacto, frente al temor al cambio, no parece estar por lineamientos administrativos sino en otra esfera del quehacer social.

4. La estructura y funcionamiento de los servicios de salud. Parecen en gran medida estructurados y establecido su funcionamiento como privilegio de los trabajadores de la salud, y no de la población usuaria, según se manifiesta especialmente en los honorarios de trabajo. No se han modificado de acuerdo con un tipo de práctica que les establece demandas distintas. Las unidades de salud —y no hay forma con su organización actual de llenar el vacío— desconocen

qué pasa realmente con la población en su área de referencia, con la que demanda servicios; con la efectividad de la acción sanitaria; con la población que no asiste; por qué no lo hace; qué tipo de respuesta se da a sus necesidades de salud; qué sucede con la población rechazada, etc.

No se establece aún la compatibilidad entre una concepción anterior de un tipo de práctica con sus expresiones presupuestales, administrativas, de manejo de personal y de otro tipo de recursos, de información etc., con la nueva que no sólo tiene fundamentos distintos sino que necesariamente modifica su apoyo logístico e instrumental.

Como reflexiones finales valdría la pena considerar en lo que al conocimiento se refiere, que éste al ser poseído por la población no se resigna a los límites estrechos de la jerarquía sino que se constituye a manera de escalón que demanda cada vez una mayor amplitud. La potencialidad que tiene el tema de la salud también es importante y en él radica su rechazo o aceptación; genera, a medida que se profundiza el proceso, reflexiones que superan la temática inicial y se ubican en otros espacios de la realidad social.

La realidad de la meta es un hecho cumplido, su ejecución es un proceso largo y difícil, se va a hacer con o sin nosotros y parece más racional o por lo menos gratificante ser protagonista que espectador del proceso.

SUMMARY

Community participation is analyzed reviewing legal situation and development of such programs in Colombia. Four components of CP are discussed regarding who receive health care, type of organization, health workers and health services, from a point of view sociopolitical and culture of the country.

REFERENCIAS

1. Ramírez, H. y Vasco, A.: Rediseño del Sistema Nacional de Salud. Participación de la comunidad en los programas y actividades del sector salud. Ministerio de Salud, Bogotá, 1973.
2. Ministerio de Salud de Colombia. Componente de participación de la comunidad en el Sistema Nacional de Salud. Niveles de atención. Bogotá, 1979.
3. Ministerio de Salud de Colombia. Manual operativo para el desarrollo del componente de participación de la comunidad en salud. Bogotá, 1978.
4. Decreto Ley 621 del 10 de abril de 1974.
5. Decreto Ley 121 de 1976.
6. Decreto 350 del 4 de marzo de 1975.
7. **Hacia la equidad en salud.** Plan Nacional, 1983-1986.
8. Vásquez, L. E.: Participación de la comunidad en salud. Resultados de una experiencia. Medellín, 1980.