

RETOS DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD

Ingrid Jiménez Monsalve

Decanato de Ciencias de la Salud. Departamento de Medicina Preventiva y Social. Sección Ciencias Sociales.
Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado". Barquisimeto, estado Lara. Venezuela.
Correo electrónico: ingridjimenezm@gmail.com.

RESUMEN

El trabajo examina las concepciones de salud, comunidad y participación, para posteriormente analizar la participación comunitaria en salud, como se ha entendido bajo el paradigma dominante de la biomedicina. De igual manera, se explica como la participación comunitaria se encuentra directamente relacionada con lo que se entiende por salud y participación por parte de los diversos actores involucrados en el proceso. En el trabajo se concluye que para lograr una participación comunitaria exitosa en salud es indispensable lograr que las comunidades participen en las deliberaciones y en el proceso de toma de decisiones con respecto a los problemas que les afectan, así como las acciones y programas en salud.

Palabras clave: Salud, participación, comunidad.

CHALLENGES OF COMMUNITY INVOLVEMENT IN HEALTH

ABSTRACT

The work examines the conceptions of health, community and participation, later to analyze the community participation in health, since he has understood himself under the dominant paradigm of the biomedicine. Of equal way, it explains as the community participation is directly related what is understood by health and participation on the part of the diverse actors involved in the process. In the work one concludes that to achieve a community successful participation in health is indispensable to achieve that the communities take part in the deliberations and in the process of capture of decisions with regard to the problems that affect them, as well as the actions and programs in health.

Key words: Health, participation, community

Recibido: 25/06 /2015. Aprobado: 04/11/2015

Desde mediados del siglo XX la experticia de los organismos internacionales y las organizaciones de cooperación han enfatizado en la importancia de las intervenciones en las áreas de salud y educación para mejorar las condiciones de vida de la población. Esto tiene particular interés en los países con altos niveles de pobreza y exclusión como los latinoamericanos.

En este contexto encontramos el interés creciente que ha suscitado la participación comunitaria para los gobiernos y los cooperantes como estrategia para mejorar la salud de las comunidades. No obstante, a pesar de que a primera vista puede resultar una tarea sencilla, la participación comunitaria en salud es un área muy compleja, en la que intervienen diversos factores.

Antes de analizar la participación comunitaria, resulta indispensable aclarar ¿de qué hablamos cuando nos referimos a la salud?, y ¿de qué hablamos cuando nos referimos a la comunidad? En primera instancia, explicaremos el concepto de salud. Si examinamos la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) globalmente aceptada, encontramos que: "la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades." ⁽¹⁾ Este concepto, que todavía sigue marcando pauta para el desarrollo de políticas y planes por parte de los Estados y organismos privados, requiere de análisis.

Navarro² sostiene que la definición reconoce que las intervenciones salubristas no sólo se concentran en los

servicios clínicos, sino en las intervenciones sociales, como la producción y distribución de la renta, el consumo, la vivienda y el medio ambiente. Sin embargo, y en esto coincidimos con el autor, la definición de la OMS evita el problema epistemológico del poder. “La salud y la enfermedad no sólo son categorías científicas, sino también políticas (es decir de poder).”⁽¹⁾

En este sentido, puede considerarse como políticas todas las actividades que realiza un ciudadano cuando vive en sociedad. Incluso, si examinamos la filosofía clásica, de la cual se desprenden las concepciones democráticas actuales, encontramos que la política tiene que ver con el bien de la ciudad (Estado) y el bien de los ciudadanos. En tal sentido, ética y política están íntimamente ligadas, en tanto que el ejercicio político requiere de virtudes ciudadanas. En consecuencia, la política es mucho más que actividades partidistas o de proselitismo con las que generalmente se asocia.

Franco¹ sostiene que la salud es política porque sus determinantes sociales son sensibles a las intervenciones políticas, es decir la salud dependerá en gran medida de las decisiones que se tomen en los diversos niveles de gobierno (nacional, regional y municipal), de las políticas sectoriales del Estado, así como de las decisiones y acciones que tome la propia sociedad.

Por ende, el poder siempre será una categoría a valorar dentro de cualquier interacción social, desde la relación médico – paciente, hasta las actividades de educación para la salud que se realizan en una comunidad específica.

Navarro² consideramos que lo que entendemos por salud viene a ser el producto del contexto histórico y social donde nos desenvolvemos. La salud implica” la visión personal que tenemos de nosotros mismos, que a su vez esta enlazado con lo que significan la vida, la enfermedad y la muerte”. El concepto de salud, no puede ser circunscrito a una explicación estrictamente médica, como ha ocurrido hasta el presente. Siguiendo a Camacaro³ más que la ausencia de enfermedad, la salud implica la posibilidad de realizar nuestro proyecto de vida y las cosas que son importantes para cada quien. Según esta visión la salud tiene un carácter subjetivo, dentro de la cual la salud física sólo constituye una arista de la misma.

En consecuencia, no podemos comprender de manera integral a la salud si se analizan sólo los aspectos médico- asistenciales, especialmente en nuestro contexto latinoamericano signado por las desigualdades

abismales de renta y educación, por mencionar sólo las principales, que marcan estilos de vida muy diferentes en la población incluso cuando viven en el mismo espacio geográfico.

Además, es conveniente valorar que la propia Organización Mundial de la Salud¹ desde el año 2005 reconoció la importancia de los determinantes sociales, y nombró una comisión con el objeto de estudiarlos y encontrar los mecanismos y políticas para disminuir las desigualdades que en definitiva afectan la salud y las políticas públicas diseñadas en este ámbito. Estamos hablando entonces de que la OMS está centrando su atención en los determinantes sociales y no en la atención de la enfermedad como hasta ahora se ha venido haciendo.

Realizadas estas revisiones, pasaremos a examinar el concepto de comunidad. Sobre este tema, es amplia la literatura filosófica y sociológica. Retomando las referencias a la antigüedad clásica, encontramos que el ser humano comenzó a teorizar sobre el gobierno y la comunidad, alrededor del concepto griego de “polis”, siendo ésta una forma de organización política en la que cada ciudad era una especie de pequeño Estado, y en la que los ciudadanos alrededor de la plaza pública (ágora) podían deliberar, tomar decisiones y organizar los aspectos políticos y administrativos de su ciudad.

Para los griegos, vivir en comunidad era la forma más natural de organización humana, en tanto que consideraban al hombre como un ser social y un animal político, de acuerdo a la concepción aristotélica.

En consecuencia, para Montero⁴ comunidad es: “Un grupo social dinámico, histórico y culturalmente constituido y desarrollado...que comparte intereses, objetivos, necesidades y problemas en un espacio de tiempo determinado.”⁽⁴⁾ En su concepción para que verdaderamente se constituya una comunidad, debe existir una identidad colectiva, formado por los intereses, valores y aspiraciones comunes.

Es decir, las comunidades no se pueden constituir de manera artificial, de acuerdo a los designios de gobiernos o de organizaciones privadas, son el producto de todo un proceso histórico – social y de vida ciudadana en común. Para Maya⁵ el sentido de comunidad, implica un sentimiento común de que todos los miembros de una comunidad son importantes para los demás y para el grupo, y una fe compartida de que las necesidades de cada miembro serán atendidas a través del compromiso de estar juntos en cualquier circunstancia.⁽⁵⁾

Bajo estas premisas, Montero ⁶ considera que la participación comunitaria se define como: “actuar conjuntamente, organizadamente, y también colaborar, en el sentido de aportar (ideas, recursos, materiales) y de comprometerse con el sentido, dirección y finalidad de la acción”.

Para Montero⁴ la participación comunitaria constituye un proceso ordenado, colectivo y libre en el que todos los participantes aportan y reciben; y por ende se convierte también en un proceso educativo. En consecuencia, la participación no se fomenta de arriba hacia abajo, sino que es un proceso que se da entre todos los actores en condiciones de igualdad.

Cabe señalar que este trabajo sólo considera la participación comunitaria bajo los términos de un régimen democrático en el que la participación ocurre entre ciudadanos libres e iguales, y en el que está garantizada la libertad de asociación, de pensamiento y de expresión, en tanto que consideramos que sólo bajo un sistema de libertades la participación no está mediatizada por una ideología o por el gobierno de turno.

La visión de Montero ⁶ sobre la participación está íntimamente ligada a lo que es el fortalecimiento comunitario, es decir el proceso mediante el cual la comunidad desarrolla dominio sobre sí misma y sobre sus circunstancias de vida. Sin participación es muy difícil que pueda darse este proceso de fortalecimiento. Participar conlleva al compromiso individual de cada uno de los miembros de la comunidad con la transformación de su entorno y de su propia individualidad.

Realizando estas precisiones, es importante reflexionar acerca de cómo se ha dado la participación comunitaria en el ámbito específico de la salud. Bronfman y Gleizer ⁷ señalan que tradicionalmente en este ámbito se ha tomado como punto de partida la posición de la Organización Mundial de la Salud en la Conferencia de Alma Ata (1978). ⁽⁸⁾ En ésta se estableció que el involucramiento y la participación de las comunidades son vitales para el éxito de los programas sanitarios. En consecuencia la participación comenzó a ser incluida en las intervenciones sanitarias en los países pobres como una especie de “receta preestablecida”, que consistía principalmente en ofrecer charlas, talleres y capacitación a la comunidad para que las personas modificaran su estilo de vida.

En consecuencia, Bronfman y Gleizer ⁷ argumentan que dentro de la posición favorable a la participación

comunitaria se encuentran: las que privilegian los aspectos políticos y sociales de la sociedad, para lograr un fin democratizador, y las que conciben a la participación simplemente como una estrategia que ofrece mayores posibilidades de éxito a los programas. Este segundo enfoque es el que históricamente ha prevalecido hasta ahora en América Latina, es decir, se utiliza la participación con fines técnicos para la mejor aceptación de los programas, e incluso se utiliza a la gente para reducir costos, sin tomar en consideración si esas actividades generen fortalecimiento. Todo esto enmarcado dentro de una estrategia en donde la enfermedad y no la salud constituyen el centro de atención.

Torres ⁹ sostiene que esta participación inducida de arriba hacia abajo, pasó a ser sólo un recurso institucional para el logro de objetivos prefijados, perdiendo así su energía como fuente de movilización social.

De hecho, encontramos que la inversión que hace la cooperación internacional en el área de salud en los países de América Latina, Asia y África, se ha incrementado considerablemente a partir del año 2000. Según el Instituto de Salud Global (2013) solamente el Banco Mundial en 1997 invirtió en programas sanitarios en América Latina 163 millones de dólares, al tiempo que en 2013 la inversión creció a 494 millones de dólares.⁽⁸⁾

A pesar de las inversiones millonarias el desarrollo humano sigue siendo bajo en estas regiones. Entonces, cabe preguntarse: ¿Por qué los resultados no son proporcionales a las inversiones realizadas?. Porque, generalmente los programas de intervenciones sanitarias son diseñados exclusivamente bajo la mirada biologicista, y por ende las intervenciones son medicalizadas. La participación se realiza de manera paternalista e incluso se impone a la comunidad. Se valoran más los indicadores de cumplimiento de los proyectos que los verdaderos impactos que puedan tener las intervenciones sobre las personas y su entorno, y peor aún la mayoría de los proyectos no son sostenibles en el tiempo y se acaban una vez terminado el financiamiento.

Es en este contexto, que Bronfman y Gleizer ⁷ establecen que la participación no puede considerarse como neutra ni aislada del contexto en el que se desarrolla. La participación está íntimamente ligada con las ideologías predominantes de quienes diseñan los programas, y a quienes van dirigidos, así como del

contexto político, económico y social en el que se desarrolla.

A pesar de las dificultades o deficiencias que pueda tener la forma como se concibe o se implementa la participación comunitaria en las intervenciones sanitarias; estamos totalmente a favor de la implementación de este tipo de estrategia en la comunidad, si entendemos la participación en los términos de Montero ^{4,6}.

Nuestra posición aboga por una profundización de la participación comunitaria que centre sus preocupaciones en las personas como sujetos, con sus particularidades y sus problemas cotidianos, dejando a un lado el asistencialismo, el clientelismo y el paternalismo que lejos de contribuir a fortalecer el tejido ciudadano, fomenta un círculo vicioso en las personas de creación de expectativas y desilusiones.

En este aspecto es fundamental el rol del Estado, a través del diseño, implementación y evaluación de políticas públicas que promuevan la participación comunitaria, en un marco de corresponsabilidad en el que se fomente la creación de capacidades en los ciudadanos que las prepare para asumir un proceso de desarrollo personal y grupal. En nuestro contexto esto se relaciona con el necesario cambio que debe existir en la forma de relacionarse el ciudadano con el Estado.

En definitiva, la participación comunitaria está determinada por lo que entendemos por salud. Si tenemos una visión biologicista de la salud probablemente la participación que se planifique será medicalizada y totalmente dirigida por actores externos, en este caso los profesionales de la salud. Por el contrario, si nuestra concepción de salud interpreta el contexto sociopolítico donde se desenvuelve la persona y entiende al ser humano como sujeto; la participación comunitaria se convertirá en un instrumento de fortalecimiento comunitario y de democratización del espacio público, dentro del cual los actores externos, orientaran las intervenciones y dejaran de ser los protagonistas de las mismas.

Una participación comunitaria democrática implica por tanto la colaboración de múltiples actores, además de los profesionales de salud y la comunidad. Involucra en consecuencia, al Estado, a la empresa privada, a las organizaciones no gubernamentales y a la cooperación internacional entre otros.

Finalmente, concordamos con Torres quien considera que es una tarea pendiente de las intervenciones en

salud, dejar de considerar al ser humano como objetos con vida para considerarlos sujetos humanos. ⁽⁹⁾

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. . Temas de salud.2015 (En línea). Acceso: 01 de marzo de 2015. Disponible en: www.who.int
2. Navarro, V. Concepto actual de salud pública. 1998 (En línea). Acceso: 23 de abril de 2015. Disponible en: www.facmed.unam.mx
3. Camacaro, W.. Entrevista personal. 26 de mayo de 2014.
4. Montero, M. Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos. 2004 (En línea). Acceso: 19 de abril de 2015. Disponible en: www.codajic.org/sites
5. Maya, I. Sentido de comunidad y potenciación comunitaria2006 (En línea). Acceso: 18 de abril de 2015. Disponible en: www.personal.us.es/isidomj
6. Montero, M.. El fortalecimiento en la comunidad, sus dificultades y alcances.2009 (En línea). Acceso: 09 de enero de 2014. Disponible en: www.dialnet.unirioja.es.
7. Brofman, M. y Gleizer, M.. Participación comunitaria, excusa o estrategia o de qué hablamos cuando hablamos de participación comunitaria? 1994. (En línea). Acceso: 20 de abril de 2015. Disponible en: www.scielo.br/scielo.php.
8. Instituto de Salud Global . Cooperación al desarrollo dirigida a la sanidad: el papel de los organismos internacionales 2013 (En línea). Acceso. 22 de abril de 2015. Disponible en: www.isglobal.org.
9. Torres – Goitía, J. Participación popular en salud. La experiencia de Bolivia. 2003 (En línea). Acceso: 01 de marzo de 2015. Disponible en: saludpublica.bvsp.bo.