

Construyendo nuevas relaciones entre las comunidades y los servicios de salud

Walberto Herrera Medina¹, Francisco Yepes²

Resumen

En este artículo se trata de mostrar la capacidad que tienen las organizaciones sociales para conformar su propios espacios, de legitimarlos y luego desarrollarlos hasta convertirlos en norma . Así mismo, resaltar que los espacios creados por los propios actores sociales –llámese comunidad, instituciones estatales o ONG– son conservados y defendidos en el tiempo por las propias comunidades. Pero al mismo tiempo se advierte que cuando se pretenda aplicar en una comunidad normas extraídas de las experiencia de otras comunidades, estas normas serán efectivas siempre y cuando se ajusten a esa nueva realidad. Se destaca también el papel dinamizador que ha cumplido el Proyecto UNI en el proceso de construcción de la salud del suroccidente de la ciudad. Finalmente, se muestra la forma positiva en que responden las organizaciones sociales cuando hacen suyas las políticas públicas saludables, tanto nacionales como internacionales.

Palabras claves: Organización social, espacio social, suma de esfuerzos, legitimidad.

Abstract

This paper's aim is to show the capability the social organizations have for making up their own spaces, legitimizing them, and then, developing them till they become rules. In the same way, it aims to highlights that the spaces created by the social actors themselves -being these community, government institutions, or NGO- are conserved and defended all along by the communities themselves. But, at the same time, it is worth notice that when a rule drawn from the experiences of some communities is intended to be applied into another different community, it will be only effective if it adjusts itself to that new reality. It is also highlighted the dynamic role of Project Uni in the process of constructing health at Southwest of the city. Finally, it is shown the positive way in which social organizations respond when healthy public policies, both national and international ones, become theirs.

Key words: Social organizations, social space, effort addition, legitimacy.

Introducción

Si bien el Proyecto UNI-Barranquilla ha desarrollado una modalidad tripartita de gestión asociada, en la que se busca la participación equitativa de sus tres componentes básicos en la toma de decisiones, en este artículo deseamos resaltar las relaciones que se

generan entre las comunidades y los servicios de salud.

Las relaciones que se producen entre las comunidades y la academia y entre ésta y los servicios de salud han sido objeto de otras publicaciones del Proyecto UNI-Barranquilla (1). Esa es la razón fundamental por lo que el énfasis se hará en lo ya mencionado, sin desconocer que gran parte de lo que desarrollaremos con respecto a los espacios de participación, el rol en la construcción de la salud,

¹ MD., Universidad Metropolitana; Especialista en Diseño y Evaluación de Proyectos y en Gerencia de Servicios de Salud de la Universidad del Norte. Coordinador Componente Servicios.

² Líder comunitario. Coordinador Componente Comunidad.

las políticas saludables y las mismas conclusiones son aplicables al componente académico del Proyecto.

NUEVOS ESPACIOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

Para sumar esfuerzos e incrementar su capacidad resolutoria ante los problemas del día a día, los individuos se unen a otros individuos, forman grupos y crean espacios que a la postre se comportan como verdaderas escuelas del saber popular. Cuando estos espacios logran la aceptación de la sociedad y el reconocimiento del Estado, son elevados a la categoría de ley, y se convierten en auténticas estructuras legales. Pero la misma dinámica social y los continuos cambios en las relaciones de los individuos supera con el tiempo las rígidas estructuras petrificadas por la ley, y los hombres y mujeres se ven obligados a crear nuevos y flexibles espacios.

La participación social y los espacios de tipo legal

Los espacios de participación social de origen legal no siempre son aceptados por la comunidad; la rigidez de las normas que reglamentan tales espacios, en ocasiones marginan a los auténticos líderes de las comunidades; muchas veces estos espacios son trasladados a comunidades con realidades distintas y con otros niveles de organización, y se les impone un estilo de agrupamiento distinto al acostumbrado por la población, lo cual produce confusión en las organizaciones creadas por la gente.

Sin embargo, cuando se hace énfasis en la esencia más que en la forma, los espacios de coordinación emanados de la ley con poca aceptación de los ciudadanos pueden ser finalmente adaptados a las nuevas circunstancias. Casi siempre los espacios de orden legal se originan de experiencias de grupos organizados de base comunitaria aceptadas por otras comunidades. En este caso, se debe dar a conocer el contexto del proceso de creación de la ley y adaptar la forma organizacional a las características sociales, culturales y económicas de las comunidades que la acojan.

Los espacios de origen legal tienen mejor aceptación por parte de las comunidades cuanto más

próximos estén a su origen. Cuando el diseño de la ley que reglamenta los ámbitos de participación social tiene en cuenta las características sociales, culturales y organizacionales de la población, dichos espacios pueden ser mejor aprovechados por los individuos que los ocupan.

Las comunidades y los servicios crean sus propios espacios

Los espacios generados por los procesos conducidos por las comunidades organizadas son ámbitos legítimos de coordinación. Los individuos establecen relaciones de grupos ante la necesidad de solucionar problemas de la colectividad, se organizan para defender sus derechos o para buscar reivindicaciones sociales, y conforman estructuras orgánicas que corresponden a su cultura, nivel económico e idiosincrasia. Estas estructuras gozan de la aceptación y reconocimiento de sus miembros (2).

Los Sistemas Locales de Salud –SILOS– se constituyen en espacios auténticos de coordinación entre las comunidades y los servicios de salud, los cuales son adoptados por los procesos sociales y adaptados a las condiciones de cada comunidad. Los SILOS son un verdadero ejemplo de ámbitos de articulación entre la población, los servicios de salud y los distintos estamentos y organizaciones de una determinada comunidad.

Las comunidades proponen a los servicios estructuras horizontales, para compartir con ellos la toma de las decisiones en igualdad de condiciones. Ellas prefieren las organizaciones que les aseguren el acceso a las fuentes de información y se distribuyan las responsabilidades según el ámbito de acción de cada participante.

Hasta aquí nos hemos referido a la utilización de los espacios legales o legítimos por los servicios o por la comunidad, en adelante mostraremos el rol activo de estos actores en el intento de construcción de la salud.

ROL ACTIVO EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA SALUD

Con el advenimiento del trabajo compartido en

sociedad tripartita (parcería o *partnership*) entre los servicios de salud, la comunidad y la academia, la comunidad, en particular, dejó de ser un ente pasivo, receptor de bienes y servicios, para convertirse en un actor activo en la construcción de su propia salud.

El uso de códigos iguales de comunicación entre los servicios de salud y las comunidades favorece la construcción de la salud. Concebir la salud como un resultado de la participación de diferentes sectores permite que los servicios y las comunidades se unan en la búsqueda de estrategias que involucren a otros sectores para construir la salud de la población (3). Comprender que los factores de riesgo deben ser identificados oportunamente para su control, hace que las comunidades, después de ubicar el factor que pone en peligro la salud de todos, busquen la cooperación de su mejor aliado, las autoridades sanitarias, para juntos realizar acciones de control.

Por consiguiente, propiciar el acceso de los ciudadanos a la información y a la instrucción sanitaria contribuye a socializar el conocimiento y, por supuesto, a la construcción de la salud. Por lo tanto, el conocimiento de las políticas públicas saludables por parte de la población y el entrenamiento y la educación para el autocuidado facilitan el desarrollo de estilos de vida saludables.

Las actividades de promoción de la salud son espacios de articulación entre los servicios y las comunidades. La presencia de promotores de salud en las viviendas de las familias son formas directas de relación entre estos dos componentes. La conformación de equipos extramurales, con participación de líderes de la comunidad, estudiantes de diferentes disciplinas y profesionales de los servicios de salud, para el desarrollo de actividades de promoción y de prevención, reafirma la relación entre los tres componentes.

Con base en las consideraciones previas se puede afirmar que el modelo de salud familiar es determinante en la construcción de salud. Este modelo considera al individuo dentro de su contexto familiar y ambiental, siempre que se tenga la necesidad de hacer intervenciones de promoción, prevención,

atención, tratamiento o rehabilitación y entiende la salud como fuente de riqueza de la vida cotidiana y no como un objetivo.

Participación de los servicios

El compromiso y la voluntad política de las autoridades sanitarias son claves en la construcción de la salud de las comunidades. Corresponder a las solicitudes de bienestar presentadas por la población y dar a conocer las normas sobre los derechos de participación de los líderes a los órganos de dirección, son actividades que incrementan la confianza de los beneficiarios hacia los servicios. Sólo con la aceptación de las comunidades, los servicios pueden cumplir un mejor rol en la construcción de la salud.

Se puede afirmar que el liderazgo de las comunidades propicia la construcción de la salud. La presencia de los líderes de la comunidad en los equipos de salud, desarrollando actividades de promoción, tomando decisiones sobre el tipo de intervención que se debe hacer para solucionar un determinado problema, al igual que la identificación, diseño y presentación de proyectos sanitarios a las autoridades de salud, son ejemplos de participación activa de la comunidad en la construcción de la salud.

Con frecuencia, tanto los líderes de las comunidades como los líderes institucionales incurren en desaciertos que no favorecen el proceso de construcción de la salud.

El desconocimiento de las políticas en salud de orden nacional o internacional por los gobiernos locales constituye un obstáculo en la construcción de la salud. Proponer políticas públicas no saludables –como por ejemplo, instar a los ciudadanos a consumir alcohol los fines de semanas, con el fin de incrementar los ingresos por tributación para salud y educación– es una actitud opuesta al fomento de la salud. Concebir sólo los índices de morbilidad y mortalidad como indicadores del estado de salud de la población ha conducido muy frecuentemente a la entronización de costosas intervenciones reparativas, actitud que desplaza las posibles inversiones en acciones de promoción de la salud y de prevención de las enfermedades (4).

El comportamiento de los individuos con relación a la política partidista nacional y local puede influir en favor o en detrimento de la construcción de la salud. No se favorece la construcción de la salud cuando los líderes, sean de la comunidad, de los servicios o de la academia, participan abiertamente en favor de uno u otro candidato, intentando buscar con engaños el apoyo de los miembros de la comunidad, en su condición de ciudadanos, para su causa. Lo anterior genera la separación de los componentes, conflictos, celos, parcialidad por determinado grupo social, entre otros aspectos. No ocurre lo mismo cuando los líderes de estos componentes se comprometen con la solución de los problemas comunes, y su participación en política gira en torno a cuál de las propuestas presentadas por los distintos candidatos o grupos garantiza una solución eficaz de los problemas o desarrollar los planes diseñados por las comunidades. Sólo de esta manera las comunidades y los servicios se mantienen por encima de los partidos y conservan la unidad entre sus miembros e instituciones en pro de la construcción de la salud.

Es un hecho contrario a la construcción de la salud creer que la salud de la población concierne de manera exclusiva al sector salud. Según la *Carta de Ottawa*, la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia y la equidad son prerrequisitos para la construcción de la salud. Por consiguiente, se requiere de acciones intersectoriales y no sólo del sector salud.

Ha sido la concepción biologista, individualista, mecanicista y excluyente del trabajador de la salud –quien cree que una persona está sana con la simple ausencia de la enfermedad– lo que ha impedido por muchos años que los individuos y las familias participen activamente en la conservación de su propia salud (5). De ahí la necesidad de posibilitar desde el ámbito académico la inserción activa en la vida social al estudiante de la salud; inserción que se convierte en un proceso de reconstrucción del propio sujeto, en un proceso de autoformación, entendiendo que un profesional de la salud es un ciudadano con una investidura que lo distingue como médico, enfermera, odontólogo o psicólogo.

Pero inscribirse en el diálogo y el acompañamiento comunitario requiere de un proceso de construcción teórico, conceptual, además de un proceso de reconstrucción sensitiva, no sólo del estudiante de pregrado, sino también del profesional.

La participación de las comunidades en la construcción de la salud se afecta negativamente cuando los profesionales de la salud mantienen una concepción egoísta del saber.

Los servicios, las comunidades y las políticas

Cuando los grupos organizados identifican sus problemas e interpretan las políticas de salud pública, pueden diseñar planes coherentes; planes que obligan a los gobiernos a ser consecuentes con su propia política. El entendimiento de las políticas y la existencia de planes coherentes con ellas pueden lograr fuertes alianzas con actores fundamentales de los procesos (6).

Los gobiernos de América Latina no pueden ser ajenos a los compromisos asumidos con la declaración de Alma Ata, la implementación de la Atención Primaria y la organización de los Sistemas Locales de Salud. Mas aún, las organizaciones comunitarias y los servicios de salud deben diseñar sus planes teniendo como marco esos lineamientos políticos y estratégicos.

Al tener claro el concepto de salud, las comunidades posibilitan la movilización de grandes cantidades de recursos en torno a la construcción de la misma. Cuando hay apropiación de tal conocimiento, se está en condición de denunciar las carencias y de proponer soluciones de acuerdo con las políticas en salud predominantes en el momento.

También es importante la motivación y transformación conceptual de los prestadores de servicios, los cuales deben encontrar la forma de ponerse a tono con las propuestas de las organizaciones comunitarias.

CONCLUSIONES

Los asuntos, por muy aislados que sean, no dejan de repercutir en los problemas colectivos. Por lo tanto,

es conveniente la creación de espacios de encuentro donde los interlocutores puedan compartir problemas comunes. Los espacios de encuentro son fundamentales para fortalecer las alianzas y el desarrollo general de los pueblos. Los espacios legalmente constituidos, como los legitimados por los procesos, deben ser lo suficientemente aprovechados por la población en la construcción de la salud.

Permitir la toma de decisiones de manera conjunta es una de los pasos de mayor avance para generar nuevas relaciones entre los prestadores de servicios y las comunidades.

Se considera a una comunidad con cierto grado de desarrollo cuando ésta en materia de salud no sólo hace énfasis en la solicitud de personal médico o construcción de hospitales para satisfacer los problemas de salud de su población, sino también cuando exige saneamiento básico.

En el proceso de establecimiento de las relaciones entre los servicios de salud y la comunidad es importante la voluntad de los dirigentes en la interpretación y la aplicación correcta de la legislación y las políticas. La identificación de las comunidades y de los servicios con las políticas facilita su implementación, evaluación y ajuste.

Los dirigentes del sector salud deben dar a conocer las políticas del gobierno a los niveles operativos y velar por el cumplimiento de los procedimientos, para que no se conviertan en obstáculos para el desarrollo de la población.

La creación de espacios de encuentro entre los servicios, la comunidad y la academia propuesto por los UNI sensibiliza y educa a unos y otros. En estos espacios, los servidores públicos y la academia entienden que el problema de salud de la población no es exclusivamente la manifestación de enfermedad, sino que también deben tenerse en cuenta los diferentes factores sociales, económico, culturales y ambientales condicionantes de la salud.

Si la salud tiene connotaciones individuales y colectivas, es muy importante la participación de la comunidad y otros sectores para mejorar las condiciones de salud de la colectividad, además del compromiso de cada uno de mantener su propia salud.

Referencias

1. KISIL, Marcos *et al.* M. *Una nueva iniciativa en la educación de los profesionales de la salud, programa UNI*. Fundación W.K. Kellogg, Battle Creek, 1994.
2. VILACA, Eugenio. *Una agenda para la salud*. Sao Paulo, Hucitec, 1996.
3. HERRERA, Walberto. «Relaciones entre las comunidades y los servicios de salud, Proyecto UNI-Barranquilla». En: *Encuentro internacional de liderazgo de los proyectos UNI*. Brasilia, 1996.
4. VELOSA, Lyla. *Sociedad y Salud: Esbozos conceptuales para el acompañamiento de procesos de salud en la comunidad*. Santafé de Bogotá, 1991.
5. BARVOSA, Nohemy *et al.* *Sociedad y Salud*. Cali, Formas Precisas, 1991.
6. HERRERA, Walberto. «Desarrollo del sistema local de salud en Barranquilla (Colombia), Proyecto UNI». En: *Seminario del programa UNI (1997: Miami)*. Memorias, 1997.