

EL TRABAJO COMUNITARIO COMO ALTERNATIVA DE LOS SERVICIOS DE SALUD*

Luz Estela Vásquez O.**

Resumen

Se aborda el trabajo comunitario como estrategia de impacto en la estructura de los servicios de salud, con el fin de modificar su funcionamiento; se define la importancia de los trabajadores de la salud en la comunidad en contraposición al trabajo tradicional respectivo, individual y sin proyección y la participación de la población en la definición de objetivos y consecución de logros.

Palabras claves:

Participación comunitaria

Servicios de salud comunitaria

Personal de salud

* Exposición presentada durante las Jornadas de salud y sociedad con motivo de la celebración de los 40 años de la Facultad de Enfermería. –Martes del Paraninfo– de la Universidad de Antioquia. Agosto de 1990.

** Socióloga. Magister en Medicina Social. Profesora Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

Introducción

Agradezco a los organizadores de este evento académico, uno de los actos con los cuales la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia celebra sus 40 años de producción de calificado recurso humano en salud, la selección que hicieron de mi nombre, para compartir algunas ideas sobre el trabajo comunitario en el campo de la salud.

Con la compañera Yolanda Arango, esperamos que más que el planteamiento de tesis o el señalamiento de problemas, las ideas aquí expuestas y las reflexiones que puedan elaborarse a partir de ellas, sirvan para impulsar el desarrollo teórico, pero tan importante como esto, para que realmente logren llevar mediante la práctica, una posibilidad de transformación a las condiciones de salud y de vida de la población.

Agradezco también a los trabajadores de la salud que bien sea del área de la docencia o el servicio, aceptaron dedicarme parte de su tiempo para discutir e introducir algunas de las ideas que aparecen en este documento.

Para ellos va esta pequeña observación: "Creo que no saben todo lo que saben". Se produciría una enorme socialización del conocimiento si se decidieran de una vez, o se crearan las condiciones adecuadas que permitieran compartir sus valiosas experiencias:

Hace diez años, escribí esta dedicatoria en un trabajo de investigación:

A todos aquellos que encuentren en estas páginas un aporte que contribuya a entender la salud de toda la población como un derecho que debe ser conquistado.

Si bien las nuevas realidades en la prestación de los servicios de salud, y los procesos políticos y económicos acaecidos en este período, especialmente el proceso descentralizador que vivimos en el país, obligarían a cambiar algunos de los aspectos que allí se plantearon, —y esto es bueno que así suceda— hoy como hace diez años reafirmo mi pensamiento en la convicción de que una comunidad que participe y asuma, a través de la salud la conquista de nuevos espacios y el mejoramiento y transformación

de sus condiciones de existencias, se constituye realmente en “una alternativa en la prestación de los servicios de salud”.

Voy a tocar en esta presentación algunos puntos que tienen que ver con el trabajo comunitario y su expresión en los servicios de salud, su significado para los trabajadores de la salud y para la comunidad. Considero que estos tres son los elementos esenciales y a través de ellos podemos efectuar una aproximación que permita conocer sus potencialidades.

El trabajo comunitario y los servicios de salud

El modelo a través del cual se trata de explicar el proceso salud-enfermedad, dentro de una determinada concepción de la realidad presenta, en lo que se relaciona con la práctica médica, entre otras características, un enfoque centrado en el individuo con énfasis curativo y con primacía del componente biológico. Los cuestionamientos que cada vez con mayor base conceptual e instrumental se le hacen, no niegan de manera radical que la enfermedad se exprese finalmente en el individuo, ni que el componente curativo se deba desechar por el énfasis preventivo, o que el proceso salud-enfermedad no tenga una manifestación biológica claramente evidenciable. Más bien podría afirmarse que los interrogantes se hacen más fuertes a medida que se incorporan en el análisis del estado de salud de una población los elementos teóricos, metodológicos e instrumentales de las ciencias sociales, y además lo que en mi opinión contribuye en mayor medida a la discusión y cuestionamiento de las posibilidades explicativas, es la real posibilidad de dar respuesta a los problemas de la salud colectiva, expresados en las grandes mayorías que a pesar del avance del conocimiento no tienen posibilidad de que éste llegue a ellas.

Los servicios de salud estatales, donde se ejerce la práctica médica matizada de alguna forma y medida por las características del modelo, tienden a desarrollar una gran rigidez en sus procedimientos y conceptualizaciones, tal vez por la seguridad que proporciona la repetición de normas y procedimientos que han sido exitosos y porque a pesar de las limitaciones anotadas al modelo, éste, ha logrado dar un tipo de respuesta positiva al interrogante sobre la causa de la enfermedad y las medidas con las cuales debe enfrentarse.

Esta rigidez mencionada se concreta o se concretaba en tener respuestas bastante claras sobre ciertas preguntas claves. Algunas de ellas podrían ser: ¿Quién posee el conocimiento para enfrentar la enfermedad? ¿quién es un agente de salud? ¿qué significa ser un recurso en salud? ¿dónde se prestan los servicios de salud? ¿quién establece las prioridades que después aparecen como tales en la programación? ¿quién determina las necesidades de la población? Casi que sin temor a equivocarse las respuestas son de contenido institucional.

Más que seguir señalando situaciones problemáticas a los servicios de salud y que en gran medida puedan ser explicadas por orígenes no directamente institucionales, es más productivo analizar la forma como el trabajo comunitario logra impactar la estructura de los servicios y modificar su funcionamiento.

Por trabajo comunitario debe entenderse la participación organizada de la población en la gestión de los servicios de salud. Las Unidades de Salud adquieren unas modalidades propias de trabajo, a pesar de que su origen institucional sea el mismo y las orienten en términos generales, unas normas y procedimientos administrativos semejantes. Su diferenciación funcional se explica por hechos históricos, entre ellos se puede mencionar el tipo de población a la que sirven, los problemas de salud que ellas atienden, las formas de trabajo que se adoptan y quizá por qué no, un estilo particular de dirección cuyos efectos es posible evidenciar aun a pesar del tiempo.

Podría afirmarse en términos muy generales que cierto tipo de actividades se hacen y se seguirán haciendo con trabajo comunitario o sin él, por ejemplo: promoción, prevención, acciones de atención a las personas, acciones de atención al medio, etc. ¿Cuál es, entonces, el cambio que ocurre cuando se realiza trabajo comunitario?

Cuando los servicios de salud en lugar de esperar que la población llegue en demanda de servicios, salen en su búsqueda y propician otro tipo de encuentro, cuando van a conocer sus condiciones de vida y de reproducción social, sus formas de relación vecinal, sus personajes importantes, etc., cuando se sale de los muros de la Unidad de Salud que a veces se consti-

tuyen en saludables barreras de protección, y se enfrenta de manera directa la población ya no como paciente sino como realidad social; se realiza la transformación de lo abstracto en lo concreto, o sea las mismas acciones que antes se realizaban como el quehacer cotidiano, adquieren ahora nuevo sentido porque obedecen y están estrechamente relacionadas con las necesidades que la población expresó mediante el trabajo comunitario.

Cuando esta modalidad participativa se establece y el proceso presenta un cierto grado de consolidación, es posible que si llegara el caso de que una decisión institucional quisiera terminar con ella, no fuera tan fácil como en épocas anteriores dado que hay por parte de la población una apropiación del estilo de trabajo.

Es necesario también que el trabajo comunitario sea entendido como un proceso y esta característica es a veces un poco difícil de ser entendida en la práctica. No es suficiente reunir trabajadores de la salud y comunidad para que de manera inmediata se observen sus efectos; se trata de un proceso que tiene etapas, no se da por generación espontánea, ni tampoco da respuesta a modelos ideales alejados de la realidad.

Para los servicios de salud el trabajo comunitario requiere de una decisión política, y ella tiene que manifestarse de manera concreta. No es suficiente el discurso sino que se debe manifestar de manera real. Por ejemplo, hay que asignar tiempo –y ojalá con un porcentaje preciso– a una forma nueva de práctica que cambie en alguna medida lo asistencial por lo comunitario; hay que salir de la Unidad de Salud, hay que efectuar reuniones con la comunidad –en horarios en los cuales no estamos acostumbrados a trabajar– hay que hablar con las organizaciones de la comunidad; no solamente asignando tiempo sino también recursos, y ellos deben ir a las prioridades señaladas por la población porque ello es el resultado de un trabajo realizado entre técnicos y comunidad en que hubo el compartir conocimientos y quizá inventar procedimientos y tal vez negociar las prioridades.

Decisión política y respaldo efectivo no se pueden separar y para finalizar este punto sobre el trabajo comunitario y los servicios de salud quiero proponer lo que será una constante en esta presentación: la acumulación de prácticas que hace posible el trabajo comunitario para los servicios de sa-

lud, para la población y para los mismos trabajadores de la salud, crea las condiciones para que sea posible pasar a otro momento de una cualidad superior en la práctica cotidiana.

El trabajo comunitario y los trabajadores de la salud

No puede afirmarse de una manera tajante que la práctica de los trabajadores de la salud se determine de manera exclusiva por lo que fue el modelo de su formación. Si bien éste ejerce una influencia que puede perdurar a través del tiempo, hay que introducir nuevos elementos que cobran mayor vitalidad cuando se vive un proceso de transformación acelerada. Entre ellos podemos señalar su nivel de conciencia social, su compromiso profesional y personal con la población a la cual sirve y esto no es atributo de la universidad en la cual se formó.

Parece que si bien hay notables avances en las experiencias de trabajo comunitario durante la etapa de pregrado, aún no se consigue que éstas sean suficientes en cantidad ni en calidad para estar satisfechos en cuanto hace referencia a una capacitación adecuada.

Si se puede afirmar que la modalidad de trabajo comunitario tiene muy pocas manifestaciones de abierto rechazo, no es posible decir que la actitud de los trabajadores de la salud fuera o es, siempre positiva. Inicialmente se observa que hay expectativa, se siente como una amenaza, hay temor a que la población empiece a ejercer poder, a intervenir o vigilar el funcionamiento de las Unidades de Salud. Sólo las experiencias positivas que se tienen hacen cambiar la actitud.

Pienso que una de las principales razones que subyacen al temor de los trabajadores de la salud al tipo de trabajo comunitario, radica en la índole misma del trabajo. Ellos se han acostumbrado a la seguridad que proporciona la aplicación de la receta, el despacho de la fórmula, la situación que se soluciona con el conocimiento aprendido en la universidad. Pero el trabajo comunitario es todo lo contrario a la seguridad del camino recorrido: es arte, es creatividad, es incertidumbre, es conflicto, es asunción de riesgo, es el saber que no posee fórmulas ni recetas. De manera afortunada el tipo de práctica en salud como forma de respuesta social, con enfoque comuni-

tario sigue ganando cada vez un mayor espacio y conquistando más adherentes.

Hay una razón de mucho peso, que se resume en el efecto desgastante del tipo de práctica anterior: repetitiva, sin proyección que supere al individuo enfermo, sin esperanza de una acción humana de mayor trascendencia. Entonces, si bien el trabajo comunitario se constituye en un reto, a la vez puede llegar a ser gratificante y en grado sumo cuando se incorpora como responsabilidad humana.

Deja de verse a la población como una amenaza o un vigilante y se transforma en agente activo de los cambios que se están dando en los servicios de salud, se une a los trabajadores de la salud como parte fundamental del proceso, se acepta la necesidad de los dos componentes.

No es suficiente la decisión política para poner en marcha un proceso, se requieren los sujetos que la hagan posible, que impulsen su desarrollo y la implementen. Una vez facilitada esta puesta en práctica, el proceso parece que empezara a caminar solo y va estableciendo sus propias reglas del juego. Es así porque es un proceso social, está lleno de contradicciones siendo por lo tanto dialéctico. La acumulación de experiencias, sentimientos, logros, emociones, análisis de resultados, van ejerciendo una función cualitativa que casi podría afirmarse, absorbe a los que en ella participan y crea las condiciones para su transformación.

El trabajo comunitario y la población

Así como se mencionó el proceso de orden cualitativo que se vive tanto en los servicios de salud como en sus trabajadores que se vinculan al trabajo comunitario; en la población, también se da el mismo proceso.

Uno de los trabajadores de la salud que apoyaron con sus experiencias la elaboración de este documento expresaba así esa transformación: en alguna situación por él conocida, la comunidad tendía inicialmente a esperar la consecución inmediata de cosas concretas a través del trabajo comunitario; unos pocos días más tarde, la perspectiva cambia, ya no es: ¿Qué vamos a conseguir? sino: ¿Cómo vamos a trabajar? Los logros obtenidos, y el aná-

lisis colectivo de la tarea en la cual no fue posible obtener lo que se buscaba, afirma su capacidad de gestión. Hay una enorme potencialidad que se despierta cuando a un grupo se le dan oportunidades de pensar —dándole claro, los elementos necesarios para ello— y de actuar, campo en el cual empieza a hacer ejercicio del poder.

Siempre se aceptó que la forma más adecuada de intervenir la población era a través de sus organizaciones siendo éstas una forma de expresión de su desarrollo histórico y social. Esta forma de organización comunitaria sigue siendo válida, pero se le introducen variantes en el sentido de admitir que cada realidad poblacional se conforma como ella es, y admite manifestaciones muy variadas.

Lo que sí debe tenerse en cuenta es que la distancia entre la población y la persona u organizaciones que la representen, no debe ser muy grande porque pierde la posibilidad del contacto con la base y se propicia el desarrollo de la jerarquización.

Otro elemento importante para tener en cuenta y que se redimensiona con el trabajo comunitario es la aparente complejidad de algunos aspectos técnicos del trabajo en salud y que funciona a manera de impedimento para que la población los asuma. Me refiero a la identificación de los factores de riesgo que en algunos casos ella misma realiza y que era tarea exclusiva de los trabajadores de la salud. ¿Cómo no va a tener capacidad la comunidad de hablar de lo que es su cotidianidad? ¿Quién mejor que ella puede expresar cuáles son sus condiciones de vida que al mismo tiempo son factores de riesgo? Pero obtenidos éstos es necesario manejar y trabajar la información y éste es el saber o la habilidad que la comunidad no posee, pero sí lo tiene el trabajador de la salud y es allí donde pueden conjugarse o unirse los dos tipos de conocimiento.

Podría finalmente afirmar que así como la comunidad entendió y aplicó el decreto 1216 en un momento y a partir de él se generaron procesos comunitarios sumamente ricos, así va a analizar el 1416 en vigencia desde el 4 de julio de 1990 para utilizar sus potencialidades. Creo que el trabajo comunitario le permitió entender a la población que como individuos están solos, pero unidos tienen poder.

A manera de conclusiones o de reflexiones finales, es conveniente proponer una serie de ideas que ojalá susciten la discusión de otros aspectos no contenidos en ellas, y así se elabore su perfeccionamiento.

El trabajo comunitario se ubica dentro de la direccionalidad del cambio, de los procesos de descentralización y de participación social, de la planificación estratégica. En este sentido apoya el proceso democrático que afortunadamente avanza en el país y en el mundo y que en la prestación de los servicios de salud tiene una forma de manifestarse.

Representa también el trabajo comunitario un grado cualitativamente superior de la participación en general en tanto que puede llamársele participación social en la medida que iniciándose la acción social por una parcela de la realidad que en este caso es la salud de la población, a medida que se da su práctica, se abren todas las potencialidades que representa el espacio de la salud como elemento transformador de la sociedad.

El trabajo comunitario se enmarca en términos generales en la operativización de lo que es la meta SPT/2000, la estrategia fundamental de la atención primaria y de sus componentes.

Fue gratificante escuchar en las primeras declaraciones del actual Ministro de salud, cómo su gestión, aparte del abastecimiento de agua para la población que carece de ella, se orientará a garantizar la participación de la población en la salud, y ésta como componente del trabajo comunitario.

Se puede entonces afirmar que hay viabilidad política, que permite con esta base enfoques administrativos innovadores, que se deben necesariamente concretar en decisiones políticas institucionales que impulsen el proceso. A partir de él se crea o fortalece una nueva red de relaciones sociales de enorme riqueza y potencialidad. Vale la pena detenerse un poco en este punto:

Una mirada rápida sobre la realidad de la vida social de la población usuaria de los servicios de salud estatales, permite afirmar que es relativamente pobre. Los espacios de expresión de la vida colectiva son muy reducidos, el liderazgo concentrado en muy pocas personas, los motivos que congre-

gan a la población están circunscritos a eventos de tipo partidista, religioso o deportivo. Quedan por fuera entonces otro tipo de realidades que también forman parte de la vida, pero no hay condiciones para su expresión.

Puede afirmarse que el trabajo comunitario enriquece la vida social al dar oportunidad al descubrimiento y poner en práctica habilidades que hasta ese momento tal vez se desconocían como tales; se desarrollan fuertes lazos de solidaridad comunitaria, se crea el verdadero sentido de comunidad que supera la territorialidad común y se define por compartir las necesidades y tener aspiraciones e intereses comunes. Se consigue a través del trabajo comunitario la socialización de las experiencias, el conocimiento de la forma como se han enfrentado problemas que se sienten como únicos, nuevos e imposibles de ser enfrentados. Como lógica consecuencia de lo anterior, se construye un nuevo tipo de liderazgos que destaca papeles sociales hasta ese momento no tenidos en cuenta.

A esta riqueza comunitaria cualitativa no se le puede apresar con indicadores numéricos, ellos no alcanzan a dar cuenta del proceso en su totalidad, pero al mismo tiempo obliga desde el punto de vista de la investigación a la búsqueda y ensayo de nuevas técnicas con las cuales se pueda evidenciar cómo marcha y se desarrolla un proceso social con estas características.

Sin embargo es preciso señalar que dentro de estos procesos de avance, de estancamiento o de retroceso ha de mantenerse una actitud de análisis permanente de las situaciones que se dan y de sus escenarios cuya finalidad básica está dada por la observación de la direccionalidad hacia metas y objetivos que se han trazado, en la sociedad en su conjunto, y particularmente en lo sectorial.

Por último, podría señalarse como un resultado del trabajo comunitario el reconocimiento que se está realizando por parte de las autoridades de los servicios de salud y de los trabajadores, de que la comunidad y sus formas organizativas constituyen un interlocutor válido con derecho a expresar opiniones y diferencias respecto a los servicios que se ofrecen, establecer prioridades y sobre todo expresar sus necesidades sobre las cuales siempre habíamos hablado nosotros con el falso supuesto de que necesariamente tendrían que coincidir el criterio técnico y el poseedor de ellas.

Como quiera que la referencia particular que se señaló para esta presentación fue la de la participación comunitaria en los servicios de salud, no puede perderse de vista que las aspiraciones sociales en materia de salud hacen parte de los perfiles globales de bienestar que se traza la sociedad en su conjunto, por lo tanto lo que aquí se ha planteado no conlleva a la convalidación de un modelo desarticulador, sino todo lo contrario.

De manera análoga ha de entenderse la referencia que se hace de atención primaria entendida como un proceso que abarca la totalidad del desarrollo humano y social.

La consideración situacional actual sobre todo para los países de América Latina implica además el papel que el sector salud en su relación con las comunidades puede jugar en la construcción y consolidación de la democracia y de la paz.