

La odontología ante la sociedad y la sociedad ante la odontología

Por qué no enseñar la odontología en y con la comunidad?

* *Carlos Payares González*

RESUMEN

En América Latina y del Caribe, la acumulación social de una serie de problemas que determinan nuestros perfiles socioepidemiológicos, y la efectividad parcial de los modelos de enseñanza y de prestación de servicios de las prácticas sanitarias para encararlos, se han constituido en vectores de un círculo vicioso que no ha permitido a nuestras comunidades gozar de una democracia social, económica y política y de un ciclo biológico y mental satisfactorios. A pesar del reconocimiento de que estas circunstancias son condicionantes de la solución de los diferentes nudos críticos con los cuales tropezamos permanentemente en el campo de la salud, en este trabajo se considera que es posible un compromiso de las instituciones educativas, de servicios y de legitimación de la práctica odontológica para facilitar el arribo de indicadores saludables para

nuestras comunidades, cuyos derechos más fundamentales han sido postergados durante varios siglos.

Hace ya treinta años que Blackerby le preguntaba a las facultades de Odontología norteamericanas y, por ende, a las latinoamericanas y del Caribe: por qué no un Departamento de Odontología Social? Pues bien, han pasado ya tres décadas desde que el modelo preventivista y social fue puesto en práctica en las diferentes instituciones educativas de la práctica odontológica y aún las transformaciones que se esperaban son desalentadoras, tanto en dicho ejercicio como en los perfiles socioepidemiológicos de nuestras sociedades.

Algunos consideran que los propósitos fallidos del modelo preventivista y social se deben a la inconsecuencia de las instituciones odontológicas para llevarlo a cabo y a la incompreensión y escasa

* Odontólogo - Sociólogo - Universidad de Antioquia - Jefe de Atención Odontológica Metrosalud Medellín, Colombia. - Suramérica. 1991

participación de la comunidad. Mucho de cierto hay en todo esto, pero el problema fundamental de este modelo ha sido su falta de correspondencia con la realidad, y que sus enfoques y metodologías dejaron incólume el modelo biologicomecanicista todavía predominante en la formación y en la prestación de los servicios. Por eso hoy una propuesta de reconceptualización de la práctica odontológica, no debe asumirse como una continuidad -al menos en el sentido epistemológico- de las propuestas formuladas en la década del sesenta, sino como algo que parte de fundamentos y propósitos contrastantes.

Lo aquí escrito va dirigido a los miembros de la práctica odontológica, principalmente a profesores y estudiantes, con el fin de motivarlos hacia un conocimiento científico y transformador de la cotidianidad. El abordaje analítico de la realidad y la elaboración de propósitos, que procuren una integración orgánica entre las instituciones formadoras de los recursos con las prestadoras de servicios y con la comunidad, parece ser el proceso más lógico para que los habitantes del Tercer Mundo superemos las dificultades sanitarias. Y en ese proceso, las facultades, escuelas o departamentos de Odontología, tienen el compromiso de enseñar y aplicar los conocimientos biomédicos, socioepidemiológicos y biotecnológicos EN y CON la comunidad.

INTRODUCCION

La gran mayoría de nuestras universidades niega la participación, tanto a los estudiantes como a la comunidad, en los procesos docentes, de servicios e investigativos. Los estudiantes piensan y hacen lo que deciden los profesores, sin que éstos se molesten por someter a consideración alguna lo que desde el estrado han enunciado. El reconocimiento de esta circunstancia nos ha llevado a señalar que el docente odontólogo - igual que el médico, el ingeniero, el agrónomo, etc. - ignora la condición adulta de los estudiantes y de la propia comunidad, colocándolos en la penosa situación de minusválidos frente a sus consideraciones.

Es lógico suponer que si se mantiene la actual estructura y funcionalidad del sistema educativo universitario, será difícil la interdisciplinariedad, la intersectorialidad y, por ende, la participación comunitaria. Pero también es cierto que una respuesta definitiva a este problema sólo es posible si consideramos a la sociedad globalmente y si los gobiernos definen políticas y estrategias educativas claras.

Igualmente los educadores, como miembros integrantes de una sociedad y en cumplimiento de sus tareas, deben favorecer el cambio hacia la democratización y el progreso social participativo. Es decir, deben tomar conciencia como facilitadores en el aprendizaje de las prácticas sanitarias, evitando que se consoliden en los egresados los vínculos de dependencia autoritaria o paternal que les impide, muchas veces de por vida, una actuación creativa y fecunda, pues es imposible formar ciudadanos pensantes si les impedimos utilizar a plenitud su cerebro.

En el quehacer odontológico ha sido muy escasa la influencia de las ciencias sociales y la participación comunitaria debido a la hipertrofia de la "razón técnica", que se ha vuelto insensible, calculadora, impersonal e incompatible hasta cierto punto con la naturaleza social humana. La racionalidad científica de tipo social ha sido un estorbo para la contemplación cuasi-religiosa del enorme y complejo desarrollo biotécnico. La razón es sencilla: la admisión de las ciencias sociales en la Odontología genera una desmitificación de mucha parte de un cuerpo teórico-técnico que aparece como acabado y suficiente pero cuyos logros sociales están aún por verse.

La práctica odontológica derivada de este enfoque no se ha basado en las relaciones entre los hombres sino en el individuo, o en sus estructuras bucales. Al organizar el contenido curricular con un alto predominio de lo biotécnico, nuestras facultades o escuelas de Odontología, como lo dice Marco Palacios (Exdirector del Instituto Colombiano de Fomento para la Educación Superior) (1), continúan produciendo "buenos" odontólogos generales y especialistas,

(1) Palacios, Marco. Estrategias para la Educación Superior Año 2000. Icfes. Bogotá. 1990

pero en cuanto a lo social, la administración de servicios y la promoción-prevenición de la salud y de las enfermedades bucales, les son temas desconocidos o poco tratados.

Lo anterior quizás se deba a la carencia de una pertenencia territorial de nuestros profesionales que les permita comprender el valor teórico y práctico de todas las ciencias en la solución de problemas bucales. Es falta de una identidad histórica y cultural lo que ha hecho que los avances biotécnicos realizados no recojan mejores y abundantes frutos. Para el caso colombiano, el bajo impacto de las acciones odontológicas, el conformismo y cierta decadencia humanista encerrada en una áspera organización burocrática, hacen que la práctica odontológica no esté autorizada ni racional ni éticamente para cantar victoria.

ATRASO Y UNIVERSIDAD

"El hombre que se desengaña con la verdad, ve al mundo como es, pero el que está perdido con la falsedad sólo alcanza a ver lo que le parece"

Alberto Wagner de Reina.

La región latinoamericana y del Caribe, donde viven aproximadamente 450 millones de personas, es uno de los lugares del planeta donde se presentan las mayores tasas de incidencia y prevalencia de enfermedad y mortalidad, principalmente en las edades tempranas del ciclo vital. En el caso odontológico, la caries dental y la enfermedad periodontal, que ya han sido lo suficientemente estudiadas, aún son las principales causas de la pérdida dentaria, contrario a lo que ocurre en los países del Primer Mundo. Esto se explica en gran medida por el alto consumo de

carbohidratos (115 gramos por día), determinado por la pobreza, la ignorancia y la ausencia de políticas y acciones promocionales, preventivas y curativas, oportunas y de buena calidad.

En distintos estudios socioepidemiológicos se ha encontrado que tanto la caries dental como la enfermedad periodontal son directamente proporcionales al consumo de azúcares y a la ausencia de acciones odontológicas (1). Los factores biológicos de predisposición que han sido identificados (agresividad bacteriana, susceptibilidad del huésped, etc.) juegan un papel secundario con relación a las variables mencionadas y actúan como potenciadores de las escasas posibilidades nutricionales y la baja accesibilidad a los servicios.

De esta manera, América Latina y del Caribe se ha constituido en una área que, desde el punto de vista sanitario, enfrenta una serie de complejos problemas merecedores de una atención especial y prioritaria. Sin embargo, la deficiente capacidad presupuestal de nuestros Estados los ha llevado a un achicamiento de sus políticas y compromisos sociales. Hoy es posible observar cómo las burguesías de nuestros países han aprovechado la catástrofe política y económica de los países de Europa del Este, para intentar resolver su propia crisis y fortalecer el modo de producción capitalista, aplicando viejas teorías de los economistas clásicos y neoclásicos para reestablecer un capitalismo de libre competencia. Smith, Ricardo, Marshall, Pignon, Hayek, etc, hacen parte de la "novedosa" solución para empresarios y economistas del Tercer Mundo, quienes piensan que el incumplimiento social de los Estados, determinado en gran medida por la deuda externa, puede ser suplido por este neoliberalismo que pone en marcha la economía de libre oferta y demanda, la búsqueda del interés individual y el libre juego de las fuerzas del mercado. De esta forma la reprivatización del sector terciario o de

(1) Gómez Pinto, Víctor. La Odontología en América Latina y en el Caribe. Revista Actualidad Odontológica. Año X. No. 34-35. Enero-Junio. 1989.

servicios hace carrera y el neoliberalismo manchesteriano se constituye en una posibilidad para que nuestros Estados traten de enfrentar sus crisis, en romance con ideologías conservaduristas.

En el caso de las universidades públicas, esta circunstancia se ha reflejado como una disminución de su financiamiento, deterioro de las condiciones salariales y vivenciales de profesores, trabajadores y estudiantes, deterioro del mercado de trabajo, disminución o apagamiento de la capacidad crítica y tendencia a la organización empresarial. Frente a tan difícil situación, reconociendo algunas meritorias excepciones, las universidades latinoamericanas y del Caribe, simultáneamente al reclamo de autonomía y mejor financiación, deben propugnar por una serie de estrategias que propicien aperturas de espacios sociales y generen una transformación en la formación de los recursos humanos. Así se le haría frente a la permanente tendencia de gobernantes y sectores conservaduristas de privatizar la educación superior y los servicios.

Los hechos anteriores llevan a pensar que las universidades, principalmente las de naturaleza pública, no deben seguir actuando al margen de estas vicisitudes recurrentes. Las respuestas deben ir más allá de la inconformidad esporádica, contestataria y sobrevivencial, ausente, por regla general, de formas de análisis y soluciones. Esta actitud contemplativa no corresponde a la magnitud de los problemas que agobian a nuestros pueblos, por el contrario, ha llevado al espacio universitario latinoamericano y del Caribe a un marcado desarrollo del "área" del sentido común, por medio de la cual cada uno de sus miembros dice y hace según su parecer. La Filosofía, la Epistemología, la Sociología, la Economía Política, etc, se han vuelto inservibles y despreciadas. La pregonada conciencia crítica de las universidades ha sido transpuesta por una crítica sin conciencia.

Como idea general, se ha insistido y aceptado que las universidades deben ser la conciencia crítica de la sociedad.

Pero al observar el panorama -como lo afirma Solares- (1) parece conveniente invertir la proposición: Hasta cuándo las sociedades van a soportar unas universidades que no producen conocimiento científico-técnico y no resisten la transculturación?. Hasta cuándo las universidades van a ser instituciones acríticas, improductivas y descomprometidas?. Parece, pues, que para que éstas sean realmente lo que decimos de ellas tienen que empezar a cuestionarse a sí mismas, o de lo contrario ha llegado la hora de que nuestras comunidades se vuelvan conciencia crítica de las universidades.

LA UNIVERSIDAD Y SUS FUNCIONES

Para algunas personalidades relacionadas con el mundo de la educación, las universidades cumplen su papel mientras estén girando en torno a la producción y transmisión de los conocimientos y tecnologías. Para este tipo de razonamiento parece no tener importancia la relación de la universidad con su contexto. Es una tendencia que busca una inmersión en sí misma de la llamada comunidad universitaria, constituyéndose así en una especie de "apartheid".

Pero en un Continente plagado de injusticias, miseria y violencia, la universidad no puede darse el lujo de "recrear" en abstracto el pensamiento y la cultura. Las universidades latinoamericanas y del Caribe deben traducir su función en un compromiso de acción y la mejor manera de lograrlo es por medio de un proyecto que "esboce la sociedad deseable y posible en la cual se eliminen los obstáculos estructurales que impiden el desarrollo pleno del hombre, se haga posible la

(1) Solares, Jorge. Salud, Tecnología y Universidad. Tomado de La Universidad Latinoamericana y la salud de la población. OPS-OMS. - Uducal-Aladefe. Quito, noviembre de 1989.

democracia como realidad económica y social y, por ende, la resolución de las necesidades básicas de los sectores desamparados y desposeídos de nuestros países" (1).

De esta manera, la misión de las universidades se vuelve trascendental. Implica "un compromiso ético, socio-político y científico-técnico, orientado a estudiar y a interpretar la realidad social, identificar los principales problemas, esclarecer su naturaleza y causas, plantear y ensayar formas para su enfrentamiento y difundir y promover debates de esclarecimiento acerca de tales búsquedas y hallazgos, especificando sus posibilidades y limitaciones" (2). Sin descuidar la actividad científico-técnica, las universidades educarán a ciudadanos a diferencia de hacer un simple adiestramiento profesional.

Pero, cómo hacer para establecer una mejor comunicación entre las instituciones formadoras y la comunidad, si hoy se observa bajo la orientación biológica-mecanicista, tanto en el médico como en el odontólogo, un mayor alejamiento de los pacientes?. A mi manera de ver, esta fuerte corriente sólo puede ser contrarrestada si las universidades asumen su relación con la comunidad en una forma sistemática, logrando difundir y generalizar la idea de que los procesos biológicos humanos, los conocimientos y las biotecnologías son hechos sociológicos.

La extensión universitaria

Desde hace mucho tiempo la gran mayoría de nuestras universidades han incluido dentro de su función social la dimensión de la extensión. Sin embargo, bajo el nombre de extensión lo que se ha venido haciendo es proyección, que es una relación que no obliga a formas integracionales con la comunidad y otros sectores de la planificación. No ha habido, por regla general, una indagación previa del medio hacia donde va dirigida la proyección, ni se recibe nada de ese

medio. Es la típica concepción paternalista del que tiene el poder cultural y desciende a darlo a la comunidad supuestamente huérfana.

Por el contrario, la extensión universitaria posee un carácter humanista capaz de generar una visión totalizadora del hombre por medio de la ciencia, la técnica y el arte. En esta forma la universidad se interrelaciona creadoramente con la comunidad procurando una comunicación dialéctica y vital para dar y recibir, y crear un flujo permanente y recíproco que le corrobore su pertinencia histórica. Podemos decir que la extensión universitaria es una dimensión que relaciona en forma totalizadora las universidades con la comunidad, transformando a ambas. Es acción que genera acción.

Algunos campos de acción de la extensión universitaria

1. La ampliación de la democracia y el respeto de los derechos ciudadanos: la universidad podría asumir su papel de defensa de principios generales referidos a la democracia y a los derechos ciudadanos y de esta manera incidir sobre las reformas del Estado, las reformas electorales, la ampliación y diversificación de la sociedad civil, la defensa de los derechos humanos, etc.
2. La elaboración de estudios sobre los factores que determinan situaciones específicas de vida de diferentes grupos comunitarios: en este campo se cobijan las políticas y planes del Estado por medio de los cuales se pretende enfrentar estas situaciones. Así mismo, la contribución con sus recursos humanos y físicos en dichas políticas y planes.
3. El desarrollo de formas alternantes de producción: en términos de unidades de producción (pequeña y mediana industria), formas de gestión (cooperativas, cogestión, autogestión) y de tecnologías.

(1) y (2) La Universidad Latinoamericana y la salud de la población. OPS/OMS. Uduel (Aladefe-Alafem-Ofedo). Quito, Ecuador. Mayo 1989.

4. La formación de una conciencia o identidad cultural e histórica: dirigida a fortalecer la autoconciencia de nuestros pueblos con el doble sentido nacional e internacionalista.

LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD

La Asamblea Mundial de la Salud realizada en 1977, aprobó una resolución denominada Meta Salud para Todos en el año 2000. Se estableció como un propósito social por parte de los gobiernos que la suscribieron, que todos los ciudadanos del mundo logaran un grado de salud que les permitiera llevar una vida social y económica productivas. Un año más tarde se celebró en Alma Ata la Conferencia Internacional de la OMS y de la Unicef, sobre la Atención Primaria en Salud, en donde 134 países acogieron por unanimidad una declaración de diez puntos que posteriormente fue refrendada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, y con base en la cual la OPS ha venido proponiendo una serie de estrategias regionales de salud para el Continente Americano.

La Atención Primaria en Salud es una estrategia para el logro de una mejoría considerable de la situación de salud en las poblaciones del Tercer Mundo. Contiene una dimensión programática que va a depender de las características de cada país y una dimensión estratégica que establece la manera de llevar adelante los proyectos, planes, operaciones y acciones. El eje de esta dimensión estratégica está dado por la participación consciente y activa de las comunidades en todos los momentos de la planificación. El sentido básico y primigenio de la Atención Primaria en Salud está dado por la participación activa popular.

El punto número 14 de la declaración de Alma Ata sostiene que el pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención en

salud, la acción intersectorial, el desarrollo y utilización de biotecnologías, la descentralización y reorientación de los sistemas de salud y la integración de los diferentes niveles de la atención.

Las operaciones y acciones comprendidas por la Atención Primaria en Salud deben incluir todos los niveles de la atención en salud, especialmente los llamados Sistemas Locales de Salud, consistentes en un conjunto de recursos interrelacionados y organizados con criterio geográfico-poblacional en áreas urbanas o rurales. Estos, diseñados a partir de las necesidades de la población, son definidos en términos de daños y riesgos para asumir la responsabilidad de la atención en los individuos, las familias, los grupos sociales y el ambiente, coordinar los recursos disponibles en varios sectores, facilitar la participación social y contribuir al desarrollo del Sistema Nacional de Salud, al cual vigorizan y confieren nueva direccionalidad. Bajo los criterios de la Atención Primaria en Salud se hace posible la identificación, prevención y solución a los principales problemas de la salud bucal de la población latinoamericana y del Caribe y se desarrolla la participación consciente y organizada de la población en conjunción con organismos e instituciones de salud (1).

SOCIEDAD, COMUNIDAD Y PARTICIPACION COMUNITARIA

El concepto de sociedad es uno de los más complejos que existen y la diversidad de sus definiciones ha generado muchas de las escuelas o corrientes sociológicas hoy conocidas. En este ensayo llamaremos sociedad a una totalidad social, concreta e históricamente determinada, es decir, a aquella forma de organización humana que corresponde a un país o a una serie de países, y que tiene características más o menos similares y una historia hasta cierto punto común. De esta manera se puede hablar de las sociedades ecuatoriana, venezolana, colombiana, etc. La

(1) Geiringer, Alberto. La práctica odontológica en Venezuela. Alfa Impresores. Valencia. Venezuela, 1989.

sociedad en el sentido definido es, por lo tanto, un sistema dialéctico compuesto por estructuras nacionales, regionales y locales, integradas y determinadas por relaciones sociales de producción. Estas estructuras son de tipo económico, ideológico y jurídico-político.

Es muy común que se homologue el concepto de sociedad con otros niveles más abstractos de organización social. Así, de una manera indistinta y bastante frecuente, se habla de la sociedad para referirse a grupos comunitarios e incluso a sectores demandantes de un servicio.

La definición funcionalista de comunidad se basa en la existencia de una solidaridad humana atribuida por Durkheim y Toennies a las primeras etapas de la vida social. Así la comunidad aparece como una necesidad de equilibrio entre el yo y los otros; es una relación entre la presión y la atracción de sus miembros, constituidos en un modelo de organización social estereotipado y fecundo en cualidades positivas.

Para Mendieta y Núñez, la comunidad es "un cuasigrupo en el que la vecindad, o sea el hecho de que varios seres convivan sobre un área territorial determinada, crea entre ellos ciertas costumbres e ideas semejantes e intereses comunes que con el transcurso del tiempo les dan una serie de características materiales y espirituales suficientemente acusadas para diferenciarlos de los miembros de otras comunidades o de otros grupos sociales" (1). O sea, el eje de coherencia del concepto de comunidad está dado por un territorio compartido que históricamente va generando afinidades espirituales y materiales entre sus miembros. Según este autor, puede hablarse, entonces, de una comunidad de ricos y otra de pobres, de universitarios y de no universitarios, de odontólogos y de médicos, es decir, muchas cosas y lugares pueden ser definidos como comunidad; puede ser un pueblo, una ciudad,

un distrito, una comarca, un barrio y hasta varios países. La comunidad está, pues, en todas partes y en todos los tiempos.

En contradicción con este manejo, otros autores se han preocupado por identificar procesos económicos de la producción y del consumo como elementos de determinación de las organizaciones sociales, las diferencias de clases y la distribución desigual de los perfiles socioepidemiológicos (2). De esta manera, no es difícil observar cómo la pretendida libertad consensual o contractual de la organización comunitaria, encubre las desigualdades generadas por el tipo de desarrollo económico y las condiciones de vida. Es sólo en apariencia que todos los miembros de la comunidad son iguales, lo que, inclusive, es reconocido por algunas de las teorías sociales que legitiman al Estado, como el estructural-funcionalismo. Sin embargo, bajo este último enfoque las diferencias son algunos desajustes o disfunciones que, a la larga, evolucionarían hacia un equilibrio de toda la sociedad.

El concepto de comunidad como un territorio marcado por afinidades humanas naturales encaja perfectamente con la epidemiología ecologista. Por ello, los factores de diferenciación comúnmente empleados, están dados por características fisiológicas tales como el sexo, la raza, la edad y algunos indicadores socioeconómicos, como el ingreso, la escolarización y la procedencia geográfica, que son asumidos como complementos descriptivos de los fenómenos observados.

No obstante, es justo reconocer que los miembros de una comunidad tienen más afinidades que contradicciones entre sí, de ahí que logran reconocerse frente a los demás, y los demás, a su vez, los reconocen como pertenecientes a otra comunidad. Estos lazos de afinidad se expresan como un sentimiento de pertenencia que los caracteriza, trátase de una comunidad moderna o tradicional.

(1) Tomado de Mantilla, B. Manual de Sociología. Editorial Bedout. Medellín. 1976.

(2) Barrera, Maigualida. Algunas reflexiones acerca de la participación comunitaria. Acta Odontológica Venezolana. Volumen XXVI. Nos. 1 y 2. Caracas. 1988.

Pero no basta con definir el concepto de comunidad en los términos enunciados, ya que existen en su interior niveles de organización social más instrumentales, e identificados como pequeñas poblaciones, barrios o simplemente vecindarios. En un proceso de planificación social se opta por una de estas organizaciones, según la magnitud de los proyectos y el nivel de compromiso comunitario. En un medio urbano, cuando una ciudad es mediana o definitivamente grande (por lo general las ciudades capitales) se impone el nivel de comuna o de barrio como unidad básica. Se trata de la búsqueda de un nivel societario que permita a sus habitantes establecer adecuadas relaciones de vecindad. En el medio rural, la unidad básica de planificación está dada generalmente por el pueblo.

Algunos criterios para tener en cuenta con el fin de delimitar un área social de participación son los siguientes:

- El nivel y la toma de conciencia de los miembros de una comunidad o parte de ésta, frente a los problemas que la afligen.
- La importancia regional que tiene la comunidad.
- La aceptabilidad hacia programas institucionales.
- La precariedad y marginalidad en que se encuentra la comunidad.

Ahora bien: qué se entiende por participación comunitaria? Esta se fundamenta en el principio de horizontalidad, consistente en una relación de igualdad entre diferentes actores sociales, para compartir actitudes y responsabilidades hacia logros o resultados beneficiosos para la población. Participar es tomar decisiones en conjunto y formar parte de sus ejecuciones; es un dar y recibir.

De lo anterior se deduce que el papel de la comunidad va más allá de simple receptora y

consumidora de mensajes y servicios. Su participación conlleva una interpretación crítica de problemas que la afecten significativamente, como los relacionados con la salud-enfermedad. Esto implica descartar toda manipulación ideológica o experimental de carácter político o científico-técnico. En otras palabras, la comunidad tiene la capacidad de intervenir en todo proyecto dirigido a provocar cambios favorables en la salud humana.

La participación comunitaria es parte del progreso comunitario, y éste de la planificación social o estratégica. Como lo dice Rezsóhasi (1), es una acción coordinada y sistemática en respuesta a las necesidades de la comunidad, para progresar globalmente. Persigue unos objetivos claros y precisos, determinados democráticamente, y señala, además, los medios e instrumentos para lograrlo. Sin embargo, no pueden planificarse unos objetivos sin una investigación diagnóstica de las necesidades, de los obstáculos que hay que superar y de los actores sociales o institucionales con los que se puede contar.

Pero no toda manifestación de las necesidades refleja una auténtica participación de la comunidad, pues éstas pueden ser el resultado de una imitación publicitaria o propagandística. Es bueno reconocer que esta hipótesis no debe ser contrastada con un enfoque paternalista que ha llevado a muchos profesionales a identificar cuáles son las necesidades de la comunidad, señalando lo bueno y lo malo sin tenerla en cuenta. Se debe proceder en un sentido inverso al reconocer como principio básico que las necesidades deben ser asumidas, ante todo, por los propios interesados, ya que participar significa PARTICIPAR EN EL PODER, o sea, tener capacidad diagnóstica y gestionaaria. Es el ACCESO REAL de la población a las decisiones que de una u otra manera la afectan.

Para poder llevar a cabo la participación comunitaria se necesitan, como mínimo, dos condiciones:

(1) Rezsóhasi, Rudolf. El desarrollo comunitario. Nercea S.A. Madrid. 1988.

- Que la comunidad comprenda sus problemas, a lo que los profesionales contribuyen con sus conocimientos científicos y tecnológicos.
- Que el diagnóstico y las soluciones de los problemas sean el resultado de un trabajo pluricéntrico (interdisciplinario e intersectorial).

Cumplido lo anterior, la participación se optimiza, puesto que las personas comprometidas con un plan, o sea que han valorado lo que está en juego y han preparado su realización, sienten que los éxitos o fracasos dependen de su grado de compromiso con lo que se está haciendo.

Pero la planificación social participativa también encuentra obstáculos que no sólo provienen de los intentos monopolizadores del poder, sino de las injusticias de una sociedad en donde los hombres se tratan como adversarios, con intereses y opiniones divergentes. De ahí que no basta con disponer de un grupo de motivadores para que la participación se logre. Con base en estas contradicciones sociales es entonces pertinente considerar algunos requerimientos sociológicos que potencien el proceso integrador y participativo:

- Búsqueda del consenso: la participación adquiere sentido cuando lo que se fundamenta y dispone son elementos reconocidos por todos los actores sociales, pues de lo contrario aparecen intentos disociativos que pueden conducir a altos niveles de confrontación.
- Participación en libertad: los participantes deben tener la posibilidad de expresarse libremente y de escoger las soluciones, pues participar quiere decir tolerar, ser receptivo y aceptar la diversidad intelectual, siempre en la búsqueda de soluciones a los problemas estudiados.
- Acercamiento ideológico: la participación es más efectiva mientras más complementariedad comprenda. De no ser así, la población asume, por regla general, una actitud negativa respecto a las instituciones oficiales o privadas. Al considerarse diferente, la comunidad se torna indiferente y se abstiene de actuar.

- Comprensión de los problemas: la comprensión de lo que se hace se facilita si hay flujo y reflujo de información entre los miembros. Las opiniones, necesidades y aspiraciones de quienes representan a la comunidad, ascienden desde la base hacia la cumbre y de allí se transfieren hacia la base las explicaciones científico-técnicas de los problemas y de las propuestas frente a los mismos.
- Legitimidad de los participantes: en un proceso participativo no es conveniente que se impugne a quienes representan a los grupos sociales y/o a las instituciones, pues el conjunto debe entender que la dirección cumple un papel facilitador y no opresor. Por eso, la actitud que niega cualquier nivel de autoridad es altamente nociva, no sólo para los procesos de participación comunitaria sino para cualquier proceso social o político.

Expuestos los requerimientos sociológicos de la participación comunitaria, aparece un interrogante: cuál es el nivel de participación de la comunidad en un proyecto social? Sabemos que la mejor manera de negarle su participación es sólo permitirle deliberar sobre asuntos intrascentes. La participación adquiere toda su dimensión cuando la comunidad asume en una relación horizontal las decisiones políticas sobre los temas generales, ya que las decisiones técnicas implican un nivel de competencia especializada que no está al alcance de todos los individuos. Estas le corresponden a un nivel delegado o direccional que consolida y aplica las decisiones políticas tomadas por igual. En efecto, en cualquier conjunto social, por reducido que sea, es imposible que la totalidad de sus miembros lo sepan todo y se ocupen de todo. La necesidad de la delegación se hace más evidente mientras más organizada esté la voluntad de los hombres.

No obstante, para el caso odontológico en casi todos nuestros países latinoamericanos y del Caribe, se han definido las políticas de salud bucal al margen de otras consideraciones analíticas y de la participación comunitaria. Como lo dice Patricio Yepez, Consultor de la OPS/OMS, "existe una ausencia de participación organizada de la comunidad, la cual no ha sido integrada al proceso

(docente-asistencial), sino utilizada o manipulada en función de los intereses elitistas de quienes han ostentado el poder para el lucro y el beneficio personal" (1).

Todo esto a pesar de que "el proceso salud-enfermedad, desde el punto de vista epidemiológico, es la síntesis de un conjunto de determinaciones que operan en una sociedad concreta y que producen en los diferentes grupos la aparición de riesgos o potenciales característicos, los cuales a su vez se manifiestan en forma de perfiles o patrones de enfermedad o de salud, de los cuales la salud bucal es parte integrante" (2).

Por último, es común que el concepto de comunidad en nuestros países se vea reducido a los grandes grupos de asalariados, semiasalariados y no asalariados del medio urbano y rural que viven en condiciones precarias de subsistencia y se encuentran sometidos a ciertas relaciones de enajenación en lo económico, lo político y lo ideológico. Es a estos sectores poblacionales a quienes generalmente van dirigidas las políticas y los planes institucionales. De ahí que parte del trabajo de las instituciones formadoras de agentes para la salud debe tener como norte estratégico la transformación de dichas relaciones, que causan y determinan el proceso salud-enfermedad.

NIVELES DE LA PARTICIPACION COMUNITARIA

El concepto de "participación comunitaria" pasa por una diversidad de definiciones e interpretaciones. Algunas de ellas, son simple retórica que intentan el logro de definiciones neutrales pero poco realistas.

Frente a la imposibilidad de una definición única, lo más conveniente es agrupar en varias categorías las distintas interpretaciones que sobre este concepto se han dado:

- I. Como una **contribución voluntaria** de la comunidad en uno o varios programas oficiales o privados pero sin participación en la planeación, gestión y evaluación de éstos.
- II. Como una sensibilización a la comunidad para aumentarle, por medio de la información, su capacidad receptiva y de reacción ante las propuestas establecidas.
- III. Como una **intervención** de la comunidad en las diferentes fases de la planificación social. De esta manera, la comunidad ejerce una especie de fiscalía de los planes, programas, proyectos, etc, así mismo, de los beneficios logrados por éstos.
- IV. Como un **derecho y un deber** de la comunidad en la identificación y solución de sus propios problemas, aportando sus recursos - humanos y físicos- así como las formas organizacionales que le permita la continuidad y creación de nuevas alternativas para el desarrollo.

Lo anterior se lleva a cabo con la contribución de fuerzas externas a la comunidad.

PASOS PARA LA PLANIFICACION CON PARTICIPACION COMUNITARIA

1. Contacto inicial entre la(s) institución(es) y la(s) comunidad(es).
Este puede ser originado por la institución o por los posibles beneficiarios.
2. Reconocimiento de la estratificación social y de las organizaciones de la comunidad. Para esto se requiere de la asistencia a las reuniones que se programen con todos los grupos organizados dispuestos a participar en los programas y proyectos que se requieren.

(1) (2) Yopez, Patricio. La integración docencia-servicio. Cuadernos de Educación Odontológica. Proladeo No. 1. Caracas.

3. Confrontación y concertación de los diagnósticos institucionales y comunitarios en torno a los problemas, las necesidades y las acciones para satisfacerlas.
4. Establecimiento de objetivos y metas primordiales.
5. Diseño de los proyectos. No es recomendable iniciar este diseño si quien planifica considera a la comunidad como una hoja en blanco sin pasado y presupone tener todo el reconocimiento pertinente para mejorarle las condiciones de vida. La realidad es que la comunidad está ahí porque aún en su marginalidad, ha encontrado los mecanismos a través de los años para satisfacer sus necesidades básicas. Los medios a su alcance le han servido precariamente para sobrevivir, de lo contrario ya no estarían donde están.

OBSTACULOS PARA LA PARTICIPACION COMUNITARIA

P. Oakley y D. Marsden (1) señalan tres tipos de obstáculos para una auténtica participación comunitaria:

De orden estructural: Es reconocible que en la mayoría de nuestros países las relaciones predominantes de poder, tanto en la esfera económica como superestructural, constituyen poderosos obstáculos en la promoción y realización de una auténtica participación comunitaria.

De orden cultural: La inexistencia de la participación ha llevado en buena parte a las comunidades a una "cultura de la sumisión y de la vida sin sentido". Esta cultura es potenciada por la actitud paternalista y autoritaria de las instituciones del Estado y la empresa privada que conlleva a la existencia, según Freire, de grupos

marginados y oprimidos sin ningún acceso al desarrollo social y humano.

De ahí, que la incredulidad comunitaria sea casi siempre uno de los obstáculos a vencer por las estrategias participativas en los programas y proyectos establecidos.

De orden práctico: Están dados por la persistencia de una planificación normativa o tradicional centralizada; con mecanismos de operatividad ineficientes; con falta de coordinación en el plano local; con el uso de tecnologías inadecuadas; con contenidos improcedentes en los proyectos; con falta de normas y formas organizacionales en la comunidad, etc.

Sin embargo, es justo reconocer que la identificación y discusión sobre dichos obstáculos, sólo es posible desde interpretaciones que favorezcan los procesos participativos como un elemento consubstancial al desarrollo social y humano de nuestras comunidades.

CONCLUSIONES

América Latina y del Caribe, atraviesa por la crisis socioeconómica y política, tal vez la más aguda del presente siglo.

Esta crisis es el resultado de la acumulación social de una serie de factores que han echado raíces profundas en cada uno de nuestros países. Podemos afirmar que bajo el modelo de producción capitalista internacional el desarrollo de algunos países sigue significando el atraso y la pobreza de otros, características reflejadas hoy en la incapacidad de pago de lo que se ha dado por llamar la deuda externa, la que todos debemos pagar pero de la que no todos nos beneficiamos.

No obstante, las crisis con todas sus implicaciones son importantes en la medida en que

(1) Oakley, Peter; David Marsden. Consideraciones en torno a la participación en el desarrollo rural. OIT Ginebra. 1985.

representan desafíos para la búsqueda de nuevos modelos económicos, sociales y de participación comunitaria. Las crisis se trastocan en esperanzas cuando son asumidas como realidad que llama a nuestros pueblos a asumir su propio futuro. Y esta voluntad de cambio debe ir más allá de los pensamientos y proyectos individuales para convertirse en pensamientos y proyectos colectivos.

Ahora bien, las relaciones sociales, los procesos de trabajo, los procesos de consumo, las condiciones de vida, etc., son elementos claramente identificables en la maraña de hechos que caracterizan nuestras formas de enfermar y de morir, haciendo que los gastos y acciones en el sector de la salud logren exiguos y hasta reversibles impactos. Frente a tal circunstancia nuestras universidades han preferido un movimiento pendular entre lo que son y lo que deben ser, entre la capacitación-adiestramiento y la formación

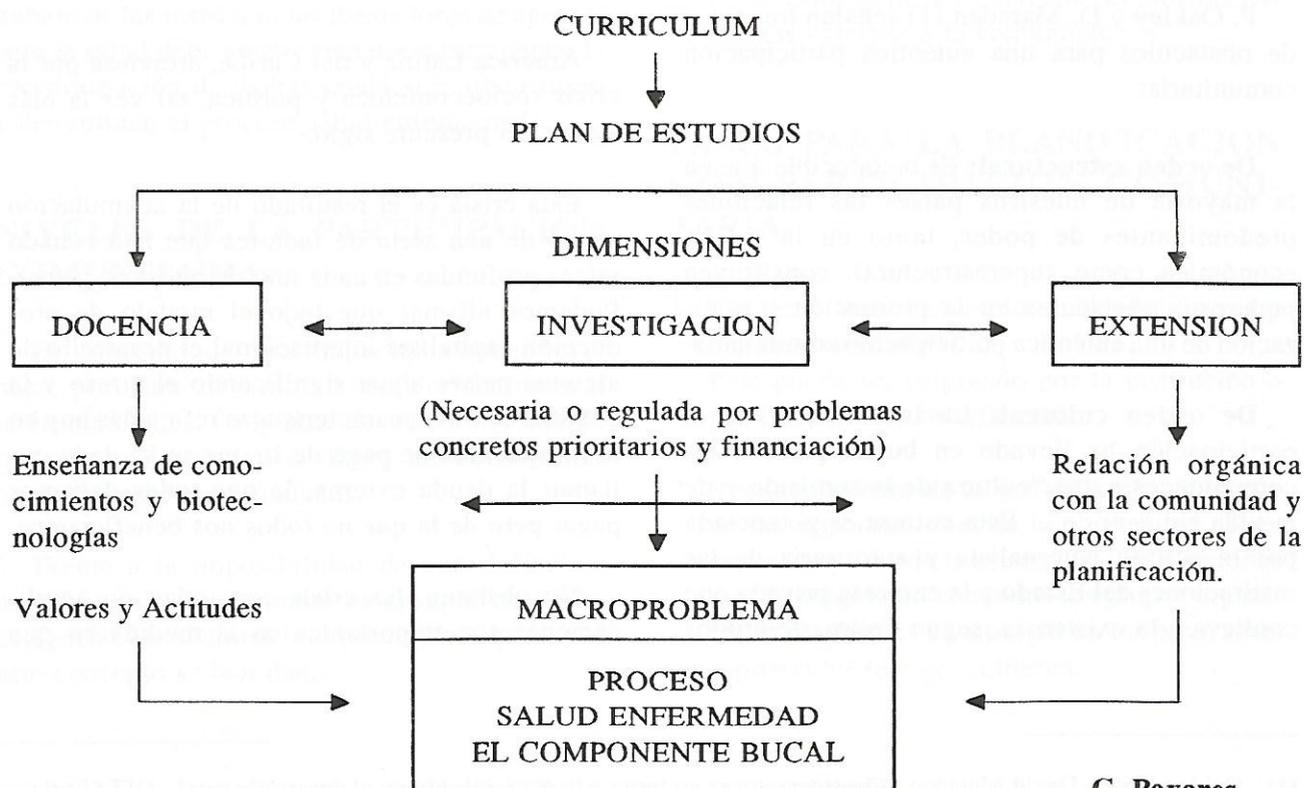
que demanda un compromiso de acción frente a la sociedad. Si ya ha sido suficientemente argumentado y demostrado que el proceso salud-enfermedad humano es un hecho primordialmente social, cabe entonces preguntarse por qué aún nuestras universidades no educan al recurso humano para la salud bajo esta premisa, en y con la comunidad?

Carlos Payares González
Apartado Aéreo 50825
Medellín, Colombia
Suramérica

Medellín, Mayo de 1991

Ponencia enviada al Comité Organizador de la Conferencia Integrada sobre la Universidad Latinoamericana y la Salud de la Población, y presentada en el Palacio de las Exposiciones de La Habana, Cuba. Junio de 1991.

INTEGRACION DIMENSIONAL DE LA FUNCION SOCIAL DEL AREA SANITARIA



C. Payares.
Medellín, 1990.