

TEORIA Y PRACTICA DE LA PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN ANTIOQUIA (1)

Por: Gustavo Molina G.*

Alfredo Turizo C.**

Arcangel Arango ***

Sylvia Gómez de Murillo ****

El propósito de este artículo es describir críticamente, actualizada, nuestra experiencia de participación de la comunidad en los servicios de salud de Antioquia, desde marzo de 1975. Su publicación responde a la gran actualidad alcanzada por este tema, como llave de la atención primaria; pero, sobre todo, obedece al interés y a las consultas, críticas, comentarios y peticiones de asesoría suscitados por las publicaciones anteriores (1-7).

Para servir mejor como una guía de trabajo a los interesados y a los estudiantes, se presentan los temas en este orden:

Algunos fundamentos conceptuales.

Primeros pasos y contacto con las organizaciones de base.

Designación de los responsables de salud.

Principales componentes o grupos de la comunidad.

Selección de los responsables de salud.

Capacitación de los responsables: Primera y segunda etapa.

Los comités de salud. El Consejo local de salud.

Primeros resultados del proceso de participación y conclusiones.

Algunos Fundamentos Conceptuales. La participación de la comunidad es la tendencia internacional más definida y constante en la organización de servicios de salud, en nuestra época. Para muchos, con bastante razón, el acceso de las más amplias capas de la sociedad y del mayor número de individuos, al conocimiento científico y a las decisiones que los afectan en materia de salud, constituye el factor singular más importante para elevar el nivel de salud y bienestar de un país. Siendo la salud pública uno de los esfuerzos de la colectividad organizada, una rama del gobierno y la administración pública y semipública, supone la participación activa e informada de la comunidad. Esta concepción ideal de salud pública se hace cada vez más real, a medida que las sociedades—lentamente y no sin luchas— van alcanzando un grado creciente de integración.

(1) Basado en la experiencia del Centro de Salud No.22, Medellín y de la Unidad de Salud de El Carmen de Viboral, Antioquia, con cuyo personal y miembros de la comunidad hemos trabajado a lo largo de estos 3 años. Hemos tratado de interpretar y agradecemos el aporte variable que cada uno de ellos ha hecho a nuestro aprendizaje, en el desarrollo de esta metodología.

* Profesor de la Escuela Nacional de Salud Pública y Consultor temporero de la OMS/OPS.

** Profesor y Jefe del Departamento de Administración de Salud, ENSP.

*** Médico Director del Centro de Salud No.22, Municipio de Medellín.

**** Enfermera Jefe, Centro de Salud No. 22.

Sin embargo, en muchos países el verdadero sentido de la participación de la comunidad es obtener que las poblaciones aprueben los planes y acciones de salud pública elaborados por los organismos técnicos y les presten su apoyo o, al menos, los acepten y reconozcan como obra del grupo político gobernante.

Pero, todo trabajador de salud debería tener clara conciencia de que en cualquier tipo de sociedad, cualquiera sea su marco estructural, los individuos, las familias y grupos solamente participarán en los programas y actividades en la medida en que sean consultados e intervengan en las decisiones que les afectan y en las acciones relativas a su salud.

El trabajo en la comunidad aquí descrito se ha basado en nuestra profunda fé en la capacidad del pueblo, de la gente común, con todas sus limitaciones e ignorancias, para comprender y abordar sus problemas de salud y enfermedad y para participar, con iniciativa creadora, en soluciones autóctonas, libres de presiones tecnológicas.

El complemento de este criterio es reconocer las grandes limitantes de nuestros conocimientos y actitudes profesionales, y desarrollar en la práctica de nuestras relaciones con la comunidad, una conducta de respeto genuino hacia los habitantes de cada localidad, su percepción de los servicios de salud y sus propias ideas acerca de las medidas más adecuadas frente a cada grupo —laboral, poblacional, escolar, deportivo, religioso, cooperativo.

Participación y Comunidad —una definición operacional—

En este marco operacional, participación de la comunidad significa que “el mayor número posible de habitantes tome parte en las decisiones que le afectan y asuma la mayor responsabilidad posible en los programas y acciones de salud y bienestar, junto a los funcionarios del servicio local”.

Siempre en el plano operacional, ¿qué es la comunidad local, cuya participación buscamos? No cualquier agregado social puede ser abordado como una comunidad, englobando artificialmente individuos, familias, clases, grupos y estratos con intereses divergentes o antagónicos. Lo que la define operativamente es el grado de organización que ha alcanzado, su estructuración en grupos o intergrupos que favorezcan la integración de los habitantes (8). Recién hemos encontrado que esta noción —que nos ha guiado en el trabajo

de tres años— coincide con la definición intentada por Kulikov (9).

Las comunidades en que hemos trabajado son similares a muchas urbanas y rurales de Colombia y América Latina y se ubican entre los extremos que van desde sociedades altamente integradas, hasta aquellos agregados de organización muy rudimentaria (8). Para ellas vale la experiencia que estamos describiendo.

Primeros Pasos. Contacto con las Organizaciones de Base. La primera tarea del equipo de salud es ubicar las organizaciones y grupos componentes de la comunidad, identificarlos y establecer contactos con cada uno de ellos, procurando hacer un buen diagnóstico de su capacidad, fuerza o influencia entre sus componentes o representados y en la sociedad global. El método son entrevistas y reuniones del personal del Centro o Unidad con miembros de cada organización para el análisis y discusión conjunto de las condiciones, problemas y programas de salud en general y de los que más interesan a cada entidad: reuniones con líderes, directivos, comités de trabajo; pero también con las asambleas.

Es un trabajo lento, que incluye dos aspectos distintos:

Uno es averiguar y registrar el número de asociados, la frecuencia y asistencia a sesiones de asambleas y directivas, la eficiencia en el cumplimiento de los acuerdos a la luz de los objetivos declarados (Actas, Estatutos y cuestiones similares).

Es conveniente registrar estos datos, así como el nombre, dirección y teléfono de dirigentes, en una ficha adecuada (Anexo 1) para llevar la historia y evolución de cada grupo u organización al alcance de nuevos funcionarios. Ella es muy útil para adiestrar al personal, los promotores y los responsables en estas técnicas elementales de trabajo social.

La otra tarea, más compleja, es formarse un juicio cualitativo sobre el espíritu democrático o paternalista de la organización, dirigentes y miembros de base: espíritu de pertenencia e integración, unidad, disciplina; actitud hacia los problemas y los servicios de salud, nivel de educación y creencias o supersticiones dominantes; descubrir precozmente las fracciones y los posibles caudillos políticos o personalistas; precisar las relaciones de estos grupos con los sitios de concentración de población y de producción económica, sus modos de comunicación, la relación con las escuelas, etc..

El método más fructífero para estudiar la historia y estado de las organizaciones comunales —más que la investigación aislada por expertos científicos sociales— es trabajar con ellas, en tareas de salud de actualidad, a la vez que se va aprendiendo a conocerlas y ayudándolas a mejorar. Así es posible, además, generalizar el proceso a muchos organismos, habilitando a numerosos promotores y otro personal de salud para ir contribuyendo a su progreso, a medida que colaboran en los programas locales.

Pasos Siguietes del Trabajo en Comunidad. Designación de Responsables de Salud. Establecidos los primeros contactos por cualquier vía, el próximo paso ha sido interesar a cada grupo en su participación en acciones para elevar el nivel de salud comunal. Hay varios procedimientos, pero en suma todos ellos aspiran a que cada organización existente asuma responsabilidad por el estudio y solución de los problemas de salud que más le conciernen. Un próximo paso, de eficacia probada, es que cada organismo de base encomiende a algunos de sus socios o dirigentes, que se dediquen especialmente al área de la salud, así como hay otros encargados de otras áreas. Luego, a medida que se familiarizan con los problemas y técnicas de salud, ellos diseminan esos conocimientos dentro de su organización y de su barrio, procurando interesar a nuevas personas con preocupación por la salud, con espíritu social y capacidad de líderes para duplicar ese rol en círculos crecientes. Se espera llegar idealmente a identificar y adiestrar una de esas personas por cada manzana pequeño sector, o vereda rural, fábrica, escuela, guardería.

(Con distintos nombres —promotor, guardián, facilitador, coordinador, agente voluntario, colaborador, responsable de salud— se ha ido desarrollando en la última década este nuevo rol social, que sirve de vehículo a la participación más genuina y directa de la comunidad en el trabajo de salud, en Honduras, Costa Rica, Estados Unidos, Panamá, Chile, Cuba, Colombia y otros países).

El concepto y aún el nombre de “responsable de salud” sigue pareciendo el más adecuado, en cuanto lo denota como designado por su organización o por su manzana o vereda, y ante la cual asume responsabilidad para servir de vínculo permanente con el servicio local de salud.

El contacto con la comunidad es labor de todo el personal, de preferencia organizado en “equipos de sectores”, y recae sobre todo en funcionarios de terreno, generalmente auxiliares o aún con menor prepara-

ción. Ellos tienen el tiempo, el horario y una afinidad cultural de que carecen los profesionales del equipo para esta labor paciente y tedioso, diaria y vespertina, con los miembros y dirigentes de las organizaciones y con la población en general.

En un comienzo, antes de que lo aprendan en la práctica, es preciso dedicar mucho esfuerzo para impartir a los funcionarios una idea clara del rol de Responsable de Salud —sus funciones, enumeradas en el Anexo 2, deben ser bien conocidas de todos y difundidas en volantes y boletines de toda clase. Pero más allá de esta definición formal de sus tareas, todos deberán tener conciencia clara de que el Responsable de Salud ocupa un lugar de primera importancia dentro de la organización de la comunidad, debiendo ser preparado para cumplir mejor su tarea, aunque sean funcionarios del servicio.

Porque él es parte de una tarea más importante y profunda que apoyar a los programas del servicio; esta es movilizar a la base, llegando ojalá a cada una de las personas de su organización y de la comunidad.

Sólo así llegará a ser el vínculo auténtico entre la comunidad y los servicios de salud.

El proceso se facilita si todos los funcionarios, en especial de terreno, mantienen contacto permanente con los Responsables y se preocupan de informarlos, sobre todo acerca de los problemas de salud propios de su organización, y acerca del perjuicio de las actitudes de paternalismo-autoritarismo y la necesidad de superarlas.

Principales Grupos o Componentes de la Comunidad. Se enumeran las principales organizaciones y grupos encontrados en nuestra experiencia, que con distintos nombres y grado de importancia se encuentran en casi toda la comunidad de Latinoamérica, a saber:

- a) Sindicatos u organizaciones de trabajadores, de la mayor importancia en muchas comunidades, sobre todo urbanas, aunque sólo recién empiezan a interesarse en la salud de un modo integral.
- b) Asociaciones de usuarios o comités campesinos.
- c) Asociaciones de Padres de Familia, de ordinario ligados a cada uno de las Escuelas, bastante desarrolladas en algunos sitios y de un valor potencial enorme en toda comunidad, no siempre bien apreciada por los equipos de salud.

- d) Juntas de Acción Comunal, de ordinario creadas por ley en las décadas recientes, con un modo de generación que no estimula la representación genuina de la población de su territorio —distrito, barrio, vereda, o sector. El trabajo de salud les ha dado gran impulso en muchos sitios contribuyendo a la maduración subjetiva sobre todo de sociedades rurales o marginadas, donde han llegado a tener enorme gravitación. Por su carácter territorial, constituyen el grupo u organización más difundida, aunque en las ciudades cubren todavía una proporción muy baja de la población y suelen estar plagadas de paternalismo y aún de politiquería local.
- e) Clubes de toda especie, deportivos, juveniles, culturales, generalmente de pequeño tamaño, pero entusiastas y colaboradores.
- f) Centros de Madres o de Mujeres.
- g) Asociaciones parroquiales.
- h) Asociaciones gremiales de maestros, comerciantes o pequeños industriales y otros.
- i) Organizaciones cooperativas.
- j) Las diversas organizaciones políticas existentes en la localidad.
- k) Alcohólicos anónimos, etc. etc..

Tales son los componentes de la comunidad, cuya participación hemos tratado de promover. Con todos ellos, según su capacidad de trabajo, querrá colaborar el equipo local de salud aprendiendo en la praxis a distinguir los focos de mayor rendimiento, los grupos que más pueden influir para que una proporción grande y creciente de las personas y las familias empiecen a participar, es decir, a adquirir control en las decisiones y actividades relativas a su salud.

Cuando estos grupos no existen o son muy débiles, en comunidades sin estructuración, será preciso buscar otras avenidas o centros de información y contacto: los servicios de salud son una vía adecuada, en cuanto los programas de vacunación o de saneamiento y otros, ponen en relación con líderes potenciales. Por mala experiencia anterior, hemos cortado un error frecuente, cual es la tentación de organizar grupos propios, en torno a cualquiera de esas actividades, llegando al Centro o Unidad de Salud, a disponer de numerosas organizaciones creadas para los fines de

salud, que cumplen con razonable eficiencia su aporte al programa, pero que luego decaen, sin que la comunidad haya desarrollado su propio instrumento continuo: tales grupos artificiales distraen de la tarea de vincularse y fortalecer los grupos o componentes naturales y permanentes de la comunidad.

Selección de los Responsables de Salud. El proceso de selección, de suyo complejo y lento, ha sido en todos los barrios y sectores la tarea más difícil y la mayor fuente de frustraciones. Sin embargo, es una etapa de importancia decisiva, que justifica cualquier esfuerzo y apela a todas las reservas de energía, paciencia e imaginación de los Equipos de Salud. "Sin prisa pero sin tregua" es un buen lema de esta acción.

En rigor de definición, toca a las organizaciones de base de la comunidad, elegir a sus "responsables de salud". En la práctica, variados factores dificultan la selección inicial, como todo proceso democrático genuino que comienza, a saber: el carácter de esas organizaciones, escasas en número, débiles, sin actividad estable y continua, a veces plagadas de paternalismo y politiquería; experiencias previas insatisfactorias con servicios públicos, de salud u otros, promesas no cumplidas que han dejado frustraciones colectivas y querrelas intestinas, que desalientan a los líderes mejores; falta de formación y experiencia de nuestro propio personal en el trabajo de comunidad, y en su educación y vivencias individuales, familiares o escolares, cierta confusión inevitable, tratándose de un "rol" social nuevo, que induce a vecinos de comunidades con alto desempleo a interesarse en ser responsable de salud, buscando erradamente aprender un oficio remunerado

O sea que, en muchos sitios, se requiere un gran esfuerzo inicial del servicio y de sus funcionarios de terreno, para promover la designación de responsables. Muchas entrevistas con dirigentes y miembros de base; reiteradas reuniones e invitaciones a conocer el Centro o Unidad de Salud nueva lectura y explicación de las funciones propuestas. A veces, no hay organismos bastante sólidos y las promotoras y funcionarios de terreno, orientados y estimulados por las directivas del Centro, usarán su iniciativa para partir a base de entidades como unidades de Cruz Roja o el Centro de madres de un círculo infantil o una Asociación de Estudiantes Normalistas, hasta identificar algunos responsables apoyados por los habitantes de su manzana.

En más de un sector, el proceso de selección ha tomado meses; y en algunos de ellos ha debido interrumpirse por abandono de muchos candidatos o Respon-

sables o por falla de los equipos de Salud, y empezar de nuevo con nuevas personas de la comunidad. Pero hemos confirmado que estos procesos, igual que la inmunidad colectiva de las poblaciones a los agentes biológicos, jamás son perdidos y van creando en los individuos y en los grupos, un fundamento y soporte para la maduración natural de la sociedad, que se han ido expresando de múltiples maneras a medida que la participación de la comunidad se afianza, para gran satisfacción de los equipos de salud (10).

De cualquier modo, así se llega en cada barrio o sector, a un momento crucial, rico de emoción, cuando se organiza la primera reunión de los candidatos a Responsables de Salud con las directivas del Servicio y/o el Equipo de sector. El número ha variado de 8 a 20 personas, con las cuales se inicia la Primera etapa de su capacitación que sirve en verdad de última instancia en su selección (Discutiendo intencionalmente las exigentes funciones del Responsable y su pesado trabajo voluntario, muchos desisten).

Esta primera reunión es muy importante y debe ser bien preparada por el Equipo, precisando objetivos y metodología y disponiendo de materiales sobre las Funciones de los Responsables de Salud y su plan de capacitación, así como sobre el Servicio de Salud Local y sus problemas. Conviene que en ella participe algún Responsable de Salud ya capacitado del mismo u otro sector.

Capacitación de los Responsables de Salud. Nuestra experiencia parece confirmar la conveniencia de que esta capacitación sea hecha de preferencia en cursos y demostraciones realizadas por los propios funcionarios del Centro o Unidad de Salud, en locales comunitarios o del Servicio. Distinguimos dos Etapas básicas y una posible tercera adicional que pueden ser consultadas en el artículo referido (2), páginas 13 y 14.

Allí se puede apreciar en el Anexo 4 sobre Propósito, Metodología y Programa de la Primera etapa, que los Responsables comienzan precozmente a llenar en su propia familia las "Hojas de Salud", que constituirán uno de sus instrumentos básicos de trabajo.

Esta hoja (Anexo 2) sirve para identificar problemas de salud, saneamiento, etc. en grupo familiar, así como inmunizaciones o citología o controles pendientes, y para tomar las medidas necesarias, ayudando a cada persona a utilizar los servicios preventivos del Centro o Unidad de Salud. Así los Responsables "aprenden haciendo" a la vez que prestan un servicio efectivo desde su etapa de formación. La tabulación

posterior de esas Hojas de Salud por manzana y por barrio, aún cuando ese no es su fin primordial, se ha demostrado la mejor base para el censo o diagnóstico de la situación de salud (6) y la planificación de las actividades.

Esta primera etapa termina cuando los Responsables de Salud han aprendido y aceptado su rol, que ya han empezado a ejercitar y están listos para adquirir conocimientos sistemáticos que transmitir y poner a disposición de los habitantes de su sector u organización.

La Segunda Etapa está programada para responsables ya identificados con su papel y también conjuga el aprendizaje teórico-práctico y la praxis social como se explica en detalle en el artículo referido (2) y en su Anexo 4A.

La terminación natural de esta Segunda Etapa se confunde con la organización del Comité de Salud del barrio o vereda idealmente constituido por los responsables de cada manzana o sector, de que luego se habla.

Los Comités de Salud de Barrios y Veredas. Están constituidos por todos los Responsables de Salud de un barrio o vereda, o de parte de los mismos si son muy extensos.

Su principal labor es coordinar y fortalecer la función de cada Responsable ayudándolo a continuar perfeccionándose y a informar a su respectiva organización de base y a toda la población, sobre los problemas y actividades locales de salud. También le corresponde organizar las asambleas, semanas de la salud, campañas de aseo o vacunación u otras tareas que se acuerden, a iniciativa propia o del Centro o Unidad de Salud.

Los Comités se reúnen periódicamente, al menos una vez por mes, y se van convirtiendo gradualmente en el órgano de expresión del barrio en materia de salud, a medida que la comunidad madura y aprende a trabajar unida, tomando parte en las decisiones que le afectan. Allí se analizan los programas realizados por los Responsables, los factores favorables o adversos, los nuevos problemas encontrados y el modo de abordarlos; la posibilidad de que los responsables asuman nuevas tareas y el modo de capacitarlos. Por fin se revisa constantemente cómo extender y mejorar la atención de la población, con la participación de todos, así como los métodos para difundir ampliamente a todo el pueblo, conocimientos sobre salud y sobre el manejo de los servicios locales.

En suma, los Comités de Salud deben llegar a constituirse en el órgano de gobierno local en materia de salud. Asimismo, deben servir de voceros del barrio, vereda o sector haciendo llegar al Centro de Salud y a las autoridades, sus iniciativas, reclamos o colaboración.

Para este último fin, cada Comité designa un representante al *Consejo Local de Salud* del Centro o Unidad, que integran además un delegado por cada organización de base y representantes del personal que labora en el Centro o Unidad. La función de este Consejo es conocer asesorar y evaluar las actividades y programas del servicio local de salud. El Consejo llega a constituir, en las poblaciones mayores y más estructuradas, una verdadera Asamblea que funciona regularmente bajo la presidencia de alguno de los representantes de la comunidad, elegido por la Asamblea. Para dar cabal cumplimiento a sus acuerdos, el Consejo designa una Junta o Mesa Directiva, de no más de 7 personas, que se reúne periódicamente, presidida por el Director del Centro o Unidad, y actúa a modo de un comité operativo, asesorando, velando y controlando la marcha de los programas y actividades (homologable a los Consejos Locales o Comités de Participación establecidos en legislación de muchos países).

Nuestra experiencia con este tipo de Consejos ha confirmado una vieja lección de otros sitios, ésto es que ellos son un fiel reflejo de la fuerza de sus organizaciones de base y crecen, languidecen o agonizan a parejas con ellas dejando siempre sin embargo un sustrato o sedimento de organización comunal. Así ocurre con las dos Asambleas y 7 sesiones de Junta Directiva que ha celebrado el Consejo Local del Centro de Salud No.22 en sus 6 primeros meses de vida, desde el 13 de julio de 1977. Y lo mismo con la Asamblea de El Carmen de Viboral que celebró sesiones semanales durante 18 meses, para luego extinguirse hasta reaparecer con el nuevo Comité de Participación en enero de este año 1978 (5).

Huelga señalar que en la organización moderna de los servicios de salud en Colombia el funcionamiento de estos Consejos, constituye un deber legal de los funcionarios. Que ellos sean auténticamente representativos y eficientes o no, depende del grado alcanzado por el proceso de participación de la comunidad, como se discute en especial en las referencias 2 y 5.

Primeros Resultados del Proceso de Participación de la Comunidad.

Pensamos que el fruto más señalado de esta experiencia de 3 años, ha sido definir y aplicar técnicas de

participación de la comunidad, nuevas en nuestro ambiente, que se han demostrado eficaces para orientar y estimular su incorporación al proceso, en diversos tipos de comunidades urbanas y rurales.

La metodología descrita y los instrumentos de trabajo anexos, tanto como su difusión sistemática en la bibliografía referida, constituyen un aporte a la formación del personal de salud y de dirigentes comunales, que ha sido ampliamente reconocido dentro y fuera del Departamento y del país.

En este proceso, nosotros —al igual que muchos médicos, odontólogos, enfermeras, trabajadoras sociales, nutricionistas, auxiliares y promotoras de salud— hemos aprendido y aplicado una técnica nueva, que no era parte de nuestra formación profesional. Al aprenderla, e incorporarla al arsenal de nuestros conocimientos y actitudes, hemos podido promover realmente la participación de la comunidad, como un aporte a la maduración de esa sociedad.

En este proceso, también varios centenares de habitantes de esos barrios y veredas han ampliado la visión de su existencia, si no transformado sus vidas, al desarrollarse como Responsables de Salud. Pero, además, a causa de su génesis y vinculación con organizaciones de base, manzanas o núcleos vecinales, ellos se han convertido en agentes naturales y permanentes del mismo proceso de cambio, que se está consolidando en los Comités de Salud, Consejo Local o Comités de Participación y se expresa en múltiples modos informales.

No es posible mostrar efectos categóricos sobre los índices de salud; aunque epidemiólogos de la Secretaría de Salud y Bienestar Social del Municipio de Medellín estén tratando de encontrar qué factores distintos de la acción de los Comités y Responsables de Salud, puedan explicar la reducción significativa de mortalidad por infecciones entéricas registrada por el Centro No.22, comparado con los otros Centros de Medellín en 1977. Tampoco disponemos de una medida del efecto indiscutible —educacional y práctico— que ha debido tener la visita continua de los Responsables, a cientos de hogares, llenando la Hoja de Salud, promoviendo el uso de los servicios preventivos y controlando la demanda de atención curativa. Aquellos de nosotros que tenemos que ver directamente con la consulta externa, estamos convencidos de que la labor de los Comités y Responsables de Salud —aún con su cobertura todavía tan limitada— ha contribuido decisivamente a la tarea imposible de ordenar —sin engaños ni demagogia— la atención médica en el Cen-

tro de Salud No.22 con recursos absolutamente insuficientes, igual que en el resto de Medellín y que debería resultar en un alto rechazo de consultantes. Nos impresiona la gran reducción en nuestra consulta de los síntomas de deshidratación consecutivos a las diarreas y enteritis, cuya producción los Responsables aún no pueden talvez evitar, pero en cuyo tratamiento precoz están teniendo una acción decidida. Hemos visto reducirse y reorientarse la llamada consulta innecesaria, y atribuimos a la participación de la comunidad, aún tan embrionaria, la comprensión y apoyo encontrada para organizar los grupos terapéuticos y la consulta epidemiológica en varias enfermedades crónicas.

Los programas de vacunación, sobre todo triple y contra sarampión: poliomielitis, han recibido todo el impulso esperado de los Responsables de Salud, en su acción continua, rastreando susceptibles no protegidos y también, participando en las campañas esporádicas (epidémicas) de vacunación, tanto en su propio barrio como en otros. Los Comités y Responsables de Salud se están constituyendo en los organismos ideales de la vigilancia epidemiológica, en un proceso que las autoridades más alertas la División de Salud del Municipio están impulsando y explorando.

Ha de ser evidente para los lectores cuán difícil resulta intentar una medida cuantitativa de estos resultados de un proceso de suyo lento y tortuoso, cual es el comienzo de la participación en cualquier comunidad. Baste pensar que al cabo de un año y medio, a fines de 1976, el BOLETIN INFORMATIVO No.1 del Centro 22 (11) registraba existencia de 101 Responsables de Salud adiestrados en 10 cursos y en plena acción en 7 barrios, en uno solo de los cuales se había completado la Hoja de Salud en cada una de sus manzanas (8). A esa fecha, otros 25 Responsables habían completado su preparación en El Carmen de Viboral. Desde entonces, el número de Responsables de Salud ha continuado creciendo en el Centro 22, hasta alcanzar una cifra cercana a 200 en distintas etapas de formación y de actividad. Hay 6 comités de Salud activos. Se constituyó el Consejo Local de Salud en Florencia (4) y el Comité de Participación en El Carmen de Viboral (5).

Un resultado importante ha sido introducir la enseñanza de Participación de la Comunidad, como fundamento de la atención primaria integrada de la salud, en diversos niveles de pre y postgrado. La experiencia descrita hizo posible formular Cursos y ofrecer áreas de práctica a un elevado número de estudiantes, así como campo de observación a visitantes e investiga-

res venidos de muchos sitios. Cohortes de alumnos de los Cursos de Magister de la Escuela Nacional de Salud Pública, o de Pediatría y Medicina Preventiva de las Escuelas de Medicina y Odontología, de Trabajo Social y otras, visitan desde 1975 a los Responsables y sus organizaciones en barrios y veredas, observan críticamente su labor y estudian sus programas, sistemas de formación e instrumentos de trabajo. El proceso se enriquece de modo extraordinario, cuando Responsables de Salud imparten clases y participan en Seminarios en la Escuela Nacional de Salud Pública, discutiendo a nivel académico su nuevo rol social, apenas terminado de aprender. La bibliografía registra varias investigaciones (4) conducidas por alumnos o por grupos internacionales, sobre el proceso de participación de la comunidad.

Mencionamos con énfasis estos hechos para fundamentar la recomendación de incorporar ampliamente este aspecto docente en cualquier trabajo comunal.

El carácter novedoso de esta experiencia, casi singular en la atmósfera enrarecida de gran parte de América Latina en esta década, explica que haya sido elegida como base del "Taller sobre Enseñanza de Enfermería Comunitaria" organizado por la Organización Panamericana de la Salud en septiembre de 1976; que haya sido luego objeto de estudio detenido por el Curso Internacional de Administración de Servicios de Enfermería en 1977; y que haya sido elegida como una de las 4 áreas locales de América Latina para el estudio sobre atención primaria y participación popular auspiciado por el Gobierno de Holanda. Es oportuno mencionar que la experiencia descrita sirvió de base al proyecto de integración docente-asistencial presentado, a solicitud, por el Director de la Escuela de Salud Pública a la reunión especial convocada por la OPS en octubre de 1975; el proyecto fue aprobado por la Organización Panamericana de la Salud, como parte del Programa Latinoamericano de Enseñanza de Salud (PLADES—NIDES) y ha sido considerado lo bastante meritorio, para mantener reservados hasta ahora los fondos respectivos, pendiente todavía de la expresión reglamentaria de conformidad, que el Ministerio de Salud de Colombia aún no cursa.

A partir de 1976, médicos, trabajadores sociales y sociólogos de la Dirección de Participación de la Comunidad de ese Ministerio van en varias ocasiones a El Carmen de Viboral y de Florencia, incorporando algunos métodos a su Manual Operativo de 1976 (12). Nuestra metodología y experiencias generales son también presentadas al Taller sobre Participación de

la Comunidad organizado por el Ministerio, en Bogotá y Cali en 1977.

Finalmente, el concepto y la práctica de los Responsables de Salud han merecido bastante interés en el extranjero, como para ser invitados a exponerlo en Seminarios o Cursos Internacionales en la Universidad de North Carolina, Chapel Hill y Montefiori, N.York 1977 y en el Instituto de Desarrollo de la Salud de La Habana, Cuba, 1978; y en reunión conjunta del personal superior de la Comisionaduría de Salud del Estado de Mérida, con el Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Universidad de los Andes, en Mérida, Venezuela, interesados en implantar el sistema en su organización con nuestra asesoría.

Estas múltiples expresiones de interés en la metodología desarrollada, así como la visita de grupos de estudiantes de sociología de la Universidad de Berlín o de estudiantes de medicina de Canadá y los Estados Unidos, son mencionadas como legítimo resultado de la experiencia y como elementos que deben ser considerados en una guía para el trabajo de participación de la comunidad, en cualquier parte. Constituyen, además, un estímulo merecido —que no abunda— a la labor abnegada del personal de estos servicios y de los propios Responsables de Salud.

Factores adversos en nuestra experiencia. En el contexto de Antioquia, y talvez de Colombia, los interesados en impulsar una participación de la comunidad auténtica, se evitarán sorpresas y tropiezos si tienen presente y están listos para enfrentar algunos factores hostiles, tales como:

La falta de tradición administrativa en la práctica y aún el concepto de *servicio local de salud*, como la unidad responsable de organizar las acciones o programas integrados de protección, fomento y recuperación de la salud, con un mínimo de autonomía, como parte viva del gobierno local. Es difícil que los trabajadores de Unidades y Centros de Salud se vinculen de veras a la comunidad si no se sienten algo más que un conjunto de camas, consultorios, laboratorios o pabellones.

El centralismo dominante a nivel nacional, departamental y aún en los grandes municipios, que resta libertad de acción al nivel local, y hace particularmente necesario mantener informados a los mandos medios y mostrarles de continuo el valor de la participación.

La formación defectuosa de las profesiones de salud, que se transmite a todos los funcionarios, con su orientación curativa hospitalaria y el predominio del interés comercial sobre el espíritu de servicio. No debe extrañar, así, el limitado interés que han demostrado en la práctica de la participación popular, profesionales docentes y directivos, en contraste con el interés de los líderes locales.

Ambivalencia expectante, no constructiva, desde quienes acusan la acción comunitaria como una labor subversiva, hasta quienes (funcionarios) la motejan de reformismo demagógico, a menudo como excusa de abstención.

Valga reiterar que todo este proceso no opera en un vacío social político y administrativo, sino que está muy influenciado —frenado o estimulado— por el propio proceso de maduración natural de la sociedad. Los trabajadores de salud han de tener clara conciencia de este proceso, a fin de adaptar su labor a las posibilidades cambiantes de contribuir con seriedad, con honradez hacia la comunidad y con una firme lealtad al bienestar del pueblo que trasciende cualquier adhesión partidaria, en apoyo al crecimiento y desarrollo de su comunidad, a través de su participación en los programas locales y regionales.

Vox

CONCLUSIONES

Presentamos los frutos de esta experiencia con la modestia, pero con la seguridad del equipo de salud que ha aprendido, en el ejercicio de una tarea cumplida con fé, esfuerzo y entusiasmo. Esperamos que sirva a otros trabajadores de salud y responda a las numerosas consultas, dudas y peticiones de asesoría, recibidas dentro y fuera del Departamento de Antioquia y del país.

Este trabajo, apoyado desde un principio por las Directivas locales (1), no logró obtener inicialmente la comprensión y apoyo, sino más bien críticas, de las directivas nacionales de salud. Hasta que en 1977 la Dirección de Participación de la Comunidad del Ministerio de Salud, demostró decidido interés en conocer y utilizar esta experiencia. Pero hemos tenido desde un comienzo en 1975, el beneficio de una corriente continua de visitantes, estudiantes y personas investigando la orientación, las técnicas y procedimientos, y los resultados de este esfuerzo pionero de 3 años. Así se refleja en las numerosas, aunque todavía insuficientes referencias bibliográficas de este artículo.

Para las necesidades prácticas, los documentos del Ministerio (12), contienen excelentes directivas de carácter general, sin que la experiencia acumulada permita entregar todavía normas y pautas completas para el "programa de participación", como para otros programas. En este sentido, parece laudable el esfuerzo de la Dirección de Participación de la Comunidad, de enviar a sus propios cuadros a instalarse por semanas en diversos servicios seccionales a montar ellos mismos el "programa de participación", como hemos podido observar en San Jerónimo de Antioquia, constituye un avance. Tanto como es meritoria la organización en 1977 de un Taller sobre la materia, que ha de tener tan beneficiosos efectos como tuvo la reunión interinstitucional celebrada en Antioquia en 1976 (13), antes de que la nueva Gerencia Seccional del ISS to-

para la decisión incomprensible de poner término a su participación en el programa que el Gerente anterior del ISS impulsara desde el propio Seguro Social, con gran talento, energía y generosidad institucional.

Esperamos que esta síntesis constituya una guía útil para nuestros lectores, tanto como lo ha sido para los estudiantes y trabajadores de salud que la han utilizado en labores locales o en Cursos nacionales o internacionales. A través de ese rico intercambio, se han profundizado conceptos, afinado técnicas y producido algunos de los instrumentos ahora referidos en la bibliografía. Esperamos que este proceso se amplíe, mediante la divulgación de experiencias sobre participación de la comunidad en Colombia y otros países.

ANEXOS

1. Hoja de Salud Familiar e Instrucciones para su uso.
2. Funciones del Responsable de Salud.
3. Ficha o Historia de Organización de Base.
4. Cursos para Responsables de Salud. Primera Etapa, Barrio.
- 4A. Segunda Etapa El Carmen de Viboral, 1976.

(X) Anexo 3, 4 y 4A— pueden consultarse en el artículo referido (2). Se reproducen los Anexos 1 y 2 con los cambios introducidos en la práctica.

Anexo 1. Funciones de los Responsables de Salud.

1. Conocer los problemas de salud de su zona, barrio, vereda o municipio, en especial el saneamiento de poblaciones, escuelas y centros de trabajo; las enfermedades transmisibles y ocupacionales dominantes; la nutrición y los problemas de la juventud y la vejez (Hoja de Salud).
2. Conocer los programas y actividades del servicio de salud, en especial: las labores de enfermería, promotores de saneamiento, trabajadores sociales, auxiliares de enfermería, promotores urbanos y rurales, inspectores de fábricas o salud ocupacional, y otros funcionarios de terreno; los horarios, lugares y mecanismos de atención

- médica, odontológica y otra para embarazadas, adultos y niños; la ayuda que el Centro o Unidad pueden prestar a los grupos comunales para la enseñanza sobre salud.
3. Transmitir esa información a sus organismos de base y a la población pero, sobre todo, visitando a menudo a las familias de su manzana o sector, para educarlos y ayudarlos a utilizar los servicios preventivos (Hoja de Salud).
4. Dar a conocer a los funcionarios, vecinos y autoridades, las deficiencias en el trabajo de salud observadas por él o sus compañeros de organización o vecinos y tratar de lograr su corrección.
5. Colaborar con funcionarios y autoridades en la planeación, el cumplimiento y evaluación de los programas de salud, atención médica y bienestar, destacando la educación de sus compañeros y de toda la población en materia de salud y bienestar. El objetivo último es llevar a todos los habitantes un nivel mínimo de conocimientos sobre las causas de la enfermedad, el modo de prevenirlas y de cuidar la salud y de utilizar los servicios locales.

Diversas tareas se prestan, en cada localidad, para cumplir mejor las funciones numeradas 3, 4 y 5, por ejemplo; ejecutar la vacunación de los niños de su barrio, colaborar a exámenes preventivos de escolares, y trabajadores; campañas

de aseo y saneamiento o ayudar a la selección de la consulta médica, sin largas esperas, talvez por hora; cumplimiento de los tratamientos ordenados por los profesionales; primeros auxilios; ayuda directa para prevenir complicaciones (deshidratación) y accidentes y mejorar la higiene de las industrias, etc.. Pero su finalidad principal es desarrollar la capacidad del responsable y de su organización para tomar parte efectiva

en la solución de sus problemas, permitiendo que la comunidad aprenda a manejar sus situaciones locales.

6. Promover la organización y funcionamiento en cada barrio o vereda, de "Comités de Salud" y representar en ellos a su respectiva organización o manzana.

BIBLIOGRAFIA

1. MOLINA G., Gustavo, TURIZO C., Alfredo y CARDONA D, Jorge. Un programa-local integrado de Salud y Bienestar en Antioquia. Revista Escuela Nacional de Salud Pública 1(2):19-35, 1975.
2. MOLINA G., Gustavo, TURIZO C., Alfredo y CARDONA D, Jorge. El responsable de Salud, Pilar de la Organización local. Revista ENSP 1(3):9-17, 1976.
3. MOLINA G., Gustavo, TURIZO C., Alfredo y CARDONA D, Jorge. El responsable de salud y la participación de la comunidad. Boletín of. San. Pan. 88(2):93-105, agosto 1977.
4. TRUJILLO U., Emiro. Editorial. El Consejo local de Salud; RICO, et al. Salud y participación de la comunidad; BARRADA Byron. Análisis general del programa de integración operacional de abajo hacia arriba en los servicios de El Carmen de Viboral y Florencia. Resumen de la Investigación por Vasco Alberto. Revista de la Escuela Nacional de Salud Pública 3(1):7-8-9-41-104, ene-jun. 1977.
5. CALLE, Octavio. Comité de Participación de la Comunidad, de la Unidad de Salud El Carmen de Viboral (Antioquia). Revista ENSP. 3(2): jul-Dic. 1977.
6. CANO, Martha Rocío. et al. Población y salud en el Barrio Tejelo, Medellín. Primeros datos recogidos por los Responsables de Salud. Revista ENSP 3(2): Jul-Dic. 1977.
7. MOLINA G., Gustavo, TURIZO C., Alfredo y CARDONA D, Jorge. Organización y administración IN:....Introducción a la Salud Pública. Medellín. Universidad de Antioquia. Escuela Nacional de Salud Pública, 1978. p.59-66.
8. Nota: Hay comunidades desarrolladas, sea del tipo de comunidades indígenas, donde cada individuo ocupa lugar predeterminado en la sociedad, que regula su concepto de deberes y derechos sociales, y por ende, su conducta frente a la salud como ante otros problemas. Sea del tipo cubano moderno, donde una línea de organizaciones de trabajadores, de mujeres, de estudiantes, de pobladores, de pequeños agricultores, etc. etc. que, en conjunto, abarcan a la gran mayoría si no a toda la población.
9. KULIKOV, N. "Introducción a la Psicología Social", Moscú, 1969.
10. Nota. Un buen ejemplo es El Carmen de Viboral donde el retiro incomprensible del ISS dentro del primer año de integración, produjo la virtual interrupción del programa con gran reducción y cambio total del personal. La participación de la comunidad, empezada bajo los mejores auspicios (2), perdió notable ímpetu y por meses, todo parecía haberse extinguido, como si jamás se hubieran formado allí dos docenas de Responsables. Pero el fuego estaba vivo, latente y en la primera oportunidad, al constituirse el Comité de Participación (5), por mandato de la nueva legislación, se hace presente una comunidad considerablemente madura y preparada, para responder y asumir responsabilidad, tal como el organismo animal que recibe una dosis alejada de antígeno de refuerzo.
11. BOLETIN INFORMATIVO No. 1 Medellín, Centro de Salud 22, noviembre 1976 (mimeógrafo).
12. COLOMBIA. Ministerio de Salud. Dirección de Participación de la comunidad. Manual operativo para el desarrollo de programas de participación de la comunidad. Bogotá, 1977.
13. ----- . Secretaría General. Plan Nacional de Salud rural, nivel local MAC-1 Manual de Conductas para promotoras voluntarias de salud. 1a. parte. Bogotá, 1976.
13. ABAD GOMEZ, Héctor, Borrero, Jaime y CIANCI, Ercoli. ICSS Caja Seccional de Antioquia. Estrategias y problemas. Medellín, 1876.