

TRABAJO COMUNITARIO EN SALUD*

LUZ ESTELA VASQUEZ O.**

RESUMEN

Hace una aproximación al trabajo comunitario en salud, desde la perspectiva de la Universidad como ejecutora y de la Comunidad como receptora del trabajo en salud.

Analiza las condiciones bajo las cuales se ha venido dando la relación decente-asistencial, y concluye señalando unas áreas de profundización que deben continuar trabajos ya iniciados y que se consideran necesarias para sustentar y hacer cada vez mejor el trabajo comunitario.

* Ponencia presentada durante la conmemoración de los 25 años de Pediatría Social. Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín, Colombia.

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

El tema que nos ocupa "Trabajo con la comunidad en salud" es variado y muy rico en sus manifestaciones y forma de ser abordado. Esta aproximación que vamos a realizar no pretende ser exhaustiva, ni mucho menos dar fórmulas cuya aplicación garantice el éxito del proyecto; lo que sí desea es contribuir con algunos elementos en la discusión que actualmente se da en la Universidad y en los Servicios de Salud sobre las posibilidades y forma de realización del trabajo comunitario.

Se hace reconocimiento expreso a las fuentes generadoras de estas reflexiones cuyo aporte mayor se encuentra en los trabajos de investigación realizados por los estudiantes de Magister y Especialidades de la Facultad Nacional de Salud Pública.

La presentación comprende dos puntos centrales: La Universidad y la Comunidad, respectivamente ejecutora y receptora del trabajo en salud.

Puede darse y de hecho existe de manera mayoritaria, la explicación y justificación del trabajo de la Universidad en la comunidad apoyado en razones que tienen plena vigencia. Podrían mencionarse entre otras, la función de extensión de la Universidad, la necesidad de formar trabajadores de la salud con buenos conocimientos en las condiciones de vida de las comunidades, abundancia de problemas de salud que pueden ser atendidos

por los estudiantes con asesoría de los profesores, campos de práctica en que debe continuarse un trabajo iniciado y otras razones con diversos grados de justificación.

Vale la pena, sin embargo, destacar otro tipo de explicaciones que si bien se han trabajado menos que las anteriores, pueden contener elementos que nos ayuden a aproximarnos a la realidad de una manera más realista.

Tienen que ver estas explicaciones con la concepción teórica que se utilice para entender El Estado y las funciones que cumple a través de una de sus instituciones, en este caso la Universidad pública.

El decreto 1210 institucionaliza la integración de la docencia y la asistencia, dando piso legal y cierta obligatoriedad a hechos que antes quedaban a discreción de las entidades educativas que quisieran realizarlo. Es fácil advertir la conveniencia del proyecto para todos los que en él se encuentran involucrados.

La Universidad necesita campos de práctica para sus estudiantes y una formación más integral que se una a aquella que es dada en las aulas de clase y en el Hospital. Las comunidades no tienen adecuados servicios de salud o son insuficientes, es costoso prestar servicios de salud a poblaciones que no son productivas y aunque a veces se supone que el tipo de morbilidad es simple y pueden ser utilizados recursos materiales y de personal

de baja complejidad, es real el déficit fiscal del Estado y la disminución progresiva de los aportes a los sectores sociales que se suponen sólo consumidores de recursos. Es indispensable que el Estado tenga presencia en las poblaciones que se denominan "marginadas" y que esta presencia sea positiva y permita la conformación de una imagen adecuada.

La acción del Estado a través de su institución —Universidad— debe contribuir a disminuir las contradicciones, a pacificar la población, a conseguir mano de obra barata, a legitimar el tipo de intervención, a encontrar un culpable de la situación que se vive, el que en ningún caso debe ser la forma de organización y funcionamiento social.

Es obvia la diferencia cualitativa y teórica de las razones que apoyan el primer abordaje o el segundo. Más que juzgar su origen, pienso que sea más productivo utilizarlas a manera de herramientas cuya validez no estaría dada per se, sino por su capacidad de entender una realidad en toda su complejidad y constituirse en elementos útiles en su transformación.

Continuando con la caracterización muy general de los elementos que pueden advertirse en la vinculación de la Universidad al trabajo en salud con la comunidad, es importante precisar el tipo de conceptualización que se tiene sobre el proceso salud-enfermedad.

Es impresionante su nivel de elaboración teórica.

Está incluida la multicasualidad jerarquizada, sus determinaciones políticas y económicas, sus componentes, sus diversas expresiones, su relación con el desarrollo del saber, las diferentes formas de respuesta social expresadas en el tipo de práctica en salud, el papel de la ideología, las funciones del Estado y sus responsabilidades con la población; pero en la práctica, esta rica conceptualización se reduce a la educación en salud.

No se quiere desconocer la importancia de la educación, pero de componente se convierte en objetivo o programa y esto es por lo menos preocupante.

El proceso de definición y articulación de lo teórico y lo práctico requiere una reflexión detenida.

Parece que se considera que lo teórico sólo es patrimonio de la universidad y la práctica de ese saber se ejecuta en la comunidad. Parece también posible advertir un cierto privilegio al elemento teórico, en ventaja sobre la verificación del mismo, que se daría a través de la práctica. Esa separación artificial de estos elementos en el proceso de conocimiento, impide que en la discusión teórica que no tiene que ser siempre en el espacio de la Universidad se incorporen elementos de la práctica como sería por ejemplo que al hablar de lo que es esa comunidad no lo

supongamos sino que lo haga alguien de la misma población con lo cual por lo menos podría garantizarse una versión más fidedigna. La práctica no se entendería sólo como la acción de los estudiantes, sería la incorporación progresiva, el regreso programado a la teoría que permitiera su confrontación simultánea con el contacto empírico.

Para los profesores de la Universidad participantes en el proceso, la situación también presenta sus contradicciones. Se considera un tipo de práctica para místicos o para mentalidades que se separan un poco de la generalidad en la manera de ver la realidad, prima entonces su carácter voluntario y en las cosas en que no lo es, cierta presión institucional a salir del ámbito universitario que le da una connotación negativa que es asimilada en forma rápida por el estudiante. Parece ser un trabajo sin prestigio por su apariencia simple y empolvada que esconde una complejidad que aún no hemos podido dilucidar.

Tal vez podría afirmarse que el trabajo de salud en la comunidad realizado por la Universidad no es simplemente llevar unos estudiantes del área de la salud o de las sociales, a ejecutar unas acciones que benefician a ambos, sino un hecho complejo donde intervienen procesos sociales de diferente tipo, que genera la aparición de profundas contradicciones que hacen relación al conocimiento de la rea-

lidad de la vida de un sector de la población diferente al propio, que cuestiona el papel de la universidad y del profesor en cuanto a su quehacer, que puede romper esquemas de pensamiento, —dependiendo de la profundidad de la experiencia— que hasta ese momento permitían una relativa seguridad.

Todo lo anterior permite afirmar que si bien la Universidad está trabajando en la población, esto no significa que exista un compromiso real, que se haya asumido este tipo de trabajo con todas sus implicaciones. Puede captarse de manera fácil las posibles razones de la resistencia: Miedo a lo desconocido?, falta de elementos para enfrentar los resultados de la práctica?, falta de experiencia?, falta de respuesta con los conocimientos técnicos especializados que se tienen, a la problemática planteada por las comunidades?

Tal vez un intento desprevenido, con una intención y poder suficiente para analizar la situación en toda su magnitud, e introducir los cambios que fuere necesario, con participación activa y deliberante de todos los interesados en mejorar las condiciones de salud de la población y de la parte que la Universidad podría tener en ello, nos permitiría plantear algunas visiones alternativas.

Veamos a continuación algunos elementos que aportan en la comprensión de la Comunidad.

Surge la coexistencia institucional, múltiple, a veces sin relación ni coordinación, que establece demandas de todo tipo a las cuales la comunidad no sabe como responder, puesto que se encuentra también bajo la presión de otra serie de acciones que debe realizar para la sobrevivencia.

A veces se da la tendencia a la repetición acrítica de experiencias por el carácter positivo que asumieron, sin entender que los hechos sólo pueden ser explicados en su éxito o su derrota por el contexto donde adquirieron el sentido que marcó su adecuación o la ausencia de ella. No es lo mismo trabajar con comunidades urbanas que rurales y dentro de esta gran división, a lo interno de cada una de ellas hay diferencias que impiden trasladar propuestas que dieron resultado en otro lugar. Existen diferencias tan marcadas entre las mismas "comunidades urbanas" que parecerían pertenecer casi a otro país. De manera no reflexiva somos conscientes de ello cuando verbalizamos frases como esta "ese trabajo es otro mundo distinto". No es lo mismo un poblado de invasión, que de compra de lotes, tampoco lo es si se encuentra terminada la vivienda a si se construye por los propietarios; el tiempo de funcionamiento y constitución del barrio también incluye en la medida del posible arraigo e interés por los problemas colectivos.

La situación económica de los po-

bladores es factor determinante en la posibilidad del trabajo comunitario.

Otra característica importante se refiere a quien tiene la iniciativa del trabajo. Este elemento parece funcionar en una sola dirección, casi siempre se encuentra que es la Universidad bien sea por su propia decisión o a través de los Servicios de Salud, quien llega a la comunidad. Este inicio del proceso marca la relación siguiente, queda definido quién da y quién recibe, quién manda y quién obedece, quién es el recurso y cuál el necesitado. Esta forma de aproximación marca relaciones de tipo vertical en que las posibilidades de expresar oposición son casi inexistentes.

A veces las comunidades parece que no tuvieran pasado porque creemos que sólo empiezan a existir cuando llegamos a ellas. Esta afirmación se puede sustentar en el hecho de que siempre estamos iniciando el proceso, cada grupo de estudiantes repite lo que fue realizado por el anterior; lo que afirma en la comunidad el sentido de ser utilizada, de ser sólo un objeto en función de la necesidad de aprendizaje del estudiante. Si el trabajo comunitario se concibe como un proceso y se revisa el concepto y forma de investigar, cada grupo de estudiantes se articula al momento del proceso que vive la comunidad, adquiriendo los elementos necesarios por revisión de fuentes secundarias que en este caso serían los infor-

mes de los estudiantes que los precedieron y el diagnóstico que sobre el barrio se tenga en la Unidad de Salud.

Otro aspecto importante en lo que se refiere a la comunidad, radica en la necesidad de revisar los supuestos —no verificados— que se tienen sobre lo que es la comunidad por parte no sólo de los estudiantes sino por los trabajadores de la salud que nos acercamos a ella. Se concibe la población como un todo homogéneo, desconociendo sus diferencias internas; el concepto de "Comunidad" se le considera como algo geográfico sin aceptar la realidad de ser un sistema de relaciones sociales; se ignoran sus formas de organización, se la mira "desorganizada" y pretendemos crearle formas paralelas y opuestas en muchos casos a lo que ya existe; la pensamos ignorante y agradecida por el favor de llegar a ella y nos empeñamos en darle educación en salud —cuyos preceptos no sigue— y no se advierte fácilmente el agradecimiento por nuestra dedicación; creemos que la problemática de la salud tan importante para nosotros que somos sus trabajadores será compartida de inmediato por la población, pero no es así; el desempleo, la vivienda insalubre, el transporte inadecuado ocupan su atención; suponemos la comunidad ya hecha, constituida y finalizada sin reconocer que vive un proceso cuyas características a veces no somos capaces de entender. Le exigimos respuestas colectivas

que si somos honrados en reconocerlo, nosotros no practicamos, por ejemplo sería interesante saber cuántos de nosotros tenemos responsabilidades comunales en la zona donde vivimos.

Para finalizar esta caracterización general de la comunidad es conveniente señalar su debilidad en la capacidad negociadora que le permitiría seleccionar prioridades hacia el trabajo de la Universidad, pero no lo puede hacer por los múltiples problemas que enfrenta. Practicamos todo lo que le es ofrecido, lo necesita.

Se presenta entonces un sentido de utilización hacia el agente externo y lo hace al máximo pero toman las acciones un carácter asistencialista que disminuye su potencialidad transformadora, no porque lo asistencial sea negativo sino porque a veces impide determinar problemas esenciales. Ej.: Si la comunidad necesita consulta médica, la Universidad puede darlo y lo hace, pero reduce su potencial en esta acción.

En este punto final es conveniente señalar unas áreas de profundización que deben continuar trabajos ya iniciados y que se consideran necesarios para sustentar y hacer cada vez mejor el trabajo comunitario.

- El tipo de investigación utilizado debe revisarse. Se privilegia la encuesta a través de la aplicación de cuestionarios, que fatiga y molesta

a la población que no encuentra sentido ni resultados a este tipo de indagación. Es conveniente pensar en otro tipo de aproximación que valore lo cualitativo, que no parta de cero sino que utilice el conocimiento ya existente sobre la comunidad, que aprecie las posibilidades y limitaciones de la observación dirigida, que en lugar de la entrevista individual utilice la grupal en que aparecen hechos que no son evidenciales por el modo individual. Desde explorarse seriamente la posibilidad que representa el enfoque de la Investigación Participativa que contiene elementos innovadores y parece presentar correspondencia entre método y tipo de trabajo.

- La educación en salud como resultado final y casi obsesivo de todo tipo de conceptualizaciones debe colocarse en su sitio. Los supuestos en los que se basa la justificación de este componente y las posibilidades reales que la comunidad tiene de implementar las exigencias del proceso de cambio de hábitos y normas de higiene, deben ser pensados y verificados a la luz de la antropología y de la realidad, en cuanto a la racionalidad de las propuestas de cambio que se hacen a la población.

- Parece conveniente iniciar una revisión a fondo del Decreto 1210 y buscar la forma de hacerlo más integral en la medida en que cubra no sólo a las instituciones docentes y asistenciales del Sistema Nacional de Salud, sino a todas las

que forman recurso humano en la Universidad, que puede dar respuesta a las necesidades que tiene la población y que son de naturaleza intersectorial.

- El papel que debe cumplir la Universidad aceptando la tesis que plantea Andrade de que "la práctica profesional y la atención médica ejercen una acción dominante sobre el proceso de formación de médicos, el cual tiende a reproducir las condiciones que prevalecen en las primeras dentro de una determinada formación social" requiere se plantee como un compromiso institucional que establezca concertación no sólo en el enunciado teórico, sino fundamentalmente en los medios que serían establecidos para su realización. El mismo autor señala cuatro elementos que deben pasar por la adaptación a la especificidad local en su adopción y desarrollo: la investigación científica cubriendo problemas hasta ahora menos privilegiados, la práctica de modelos educativos innovadores con el requisito de su "adecuada sustentación teórica, con suficiente grado de coherencia y con los recursos indispensables que garanticen su funcionamiento", en tercer lugar la Universidad debe repensar la estructura del personal de salud y por último deben también efectuar frecuentes revisiones de lo que es su visión de la salud de la población.

- Parece conveniente abrir un espacio donde pueda discutirse por todos los participantes en el

proceso comunitario en salud el significado y alcance de conceptos como: Participación de la Comunidad en Salud —Qué se va a entender por el proceso de salud/enfermedad? —Qué es una Comunidad? —Qué se va a entender por Universidad? Un acuerdo mínimo parece conveniente para no encontrarse con expectativas distintas.

•El trabajo comunitario en salud no puede considerarse sólo en función de las necesidades de aprendizaje del estudiante, debe dar respuesta adecuada a las demandas de la población.

•Hay que enfrentar de manera realista el problema que se genera cuando en la Universidad se presentan las condiciones que le son casi inherentes. Nos referimos a la agresión externa y a los conflictos internos. El trabajo comunitario no puede quedar sujeto a ellos y debe llegarse a un acuerdo en la forma de ser enfrentadas sus consecuencias.

•Reconocer que el espacio del trabajo de la Universidad en la Comunidad no es sólo una actividad docente más, es de manera simultánea política e ideológico.

BIBLIOGRAFIA

1. ANDRADE, Jorge. Papel perspectivo de las universidades latinoamericanas en la formación de recursos humanos para la salud. En IX Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina. La Habana, 1976. La formación integral de los profesionales de la salud. México. Unión de Universidades de América Latina, 1977. pp 95-103.
2. BARRENECHEA, Juan José y TRUJILLO, Emiro. Salud para todos en el año 2.000: Implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud. Medellín, Universidad de Antioquia, 1977.
3. COLOMBIA, Decreto No. 1210 de 1978, Junio 26, por el cual se reglamenta el artículo 4 de la ley 14 de 1962, con el fin de organizar las actividades docentes asistenciales en el Sistema Nacional de Salud, Bogotá, El Presidente, 1978.
4. CORREA R., Rogelio; ORREGO V., León Darío y PEÑARANDA C., Fernando. Modelo básico de planificación estratégica para la Unidad Comunal de Servicios de Salud en Manrique. Medellín, Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública, 1986.
5. MOLINA G., Gustavo. Introducción a la Salud Pública, Medellín, Universidad de Antioquia. Escuela Nacional de Salud Pública, 1977.
6. ROSSI B., Francisco A. RUIZ B., Isabel Cristina y SARMIENTO M., María Inés. Zona de influencia del centro de salud El Raizal Versalles. Comuna Nor-oriental. Informe de prácticas. Especialidad en Epidemiología. Medellín, Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública, 1977.
7. SEMINARIO TALLER INVESTIGACION ACCION, Medellín, Sep. 17-19 de 1985. Medellín, Universidad de Antioquia, 1985.