

EL TRABAJO COMUNITARIO COMO ALTERNATIVA DE LOS SERVICIOS DE SALUD*

Yolanda Arango**

Resumen

Se enfoca la alternativa del trabajo comunitario en salud a partir de tres interrogantes: ¿Es necesario repensar el trabajo comunitario en salud? ¿Qué cambiaría en los servicios de salud si el trabajo comunitario se constituye en un proceso orientador de su dinámica? ¿Es posible el trabajo comunitario en salud como corriente contrahegemónica? Los cuestionamientos son desarrollados a partir de la ubicación en el sistema vigente y la planeación de reformulaciones en el pensamiento de la medicina social, en la concertación con sectores populares, la redefinición de acciones sanitarias y la reformulación de la educación en salud.

Palabras claves:

*Participación comunitaria
Servicios de salud comunitaria
Políticas de salud*

* Trabajo presentado con motivo de la celebración de los 40 años de la fundación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. Agosto de 1990.

** Enfermera. Magister en Salud Pública. Profesora asociada. Departamento de Medicina Social. Universidad del Valle.

¿Es necesario repensar el trabajo comunitario en salud?

Al dar una mirada crítica a los servicios de salud y su relación con el trabajo comunitario —en el hoy y en el ayer— la respuesta debería ser un profundo grito afirmativo, categórico, contundente y enérgico. Esa mirada mostraría una imagen atterradoramente penosa, en tanto el origen y contenido del trabajo comunitario, desde el estado, ha tenido como razones fundamentales el control social, el desconocimiento de los movimientos sociales y el debilitamiento de las fuerzas de presión reivindicativas de derechos sociales (derechos reconocidos universalmente a lo largo de la historia de la humanidad).

Esa mirada se fijaría y detendría en las formas autoritarias, en la direccionalidad y en la verticalidad de las decisiones tomadas en nombre de las necesidades de la comunidad. Mostraría igualmente unos servicios de salud autocráticos, segmentados y descontextualizados de la realidad económica, social y cultural presente en cada uno de los espacios y de los aconteceres sociales y políticos del país.

Igualmente, aparecerían saberes sobrevalorados y hegemónicos conduciendo servicios de salud prioritariamente curativos biologizados y profundamente medicalizados.

Repensar el trabajo comunitario en salud significa entonces partir de estas imágenes, y otras muchas, que muestran la dolorosa historia de lo que ha sido, es y podrá seguir siendo lo comunitario en salud, si no nos detenemos todos a reflexionar sobre los acontecimientos que han marcado (especialmente en los últimos 30 años), al llamado trabajo comunitario en salud. Partir de allí significa no desconocer las razones y fundamentos que lo han originado. Significa también plantear opciones diferentes; que llenen de otras razones, de otros fundamentos y de otros contenidos el trabajo comunitario en salud.

El detenemos igualmente nos permite, no sólo retomar el pasado, sino (y fundamentalmente) pulsar el momento actual y los años venideros, que en un decenio nos sitúan a las puertas de un nuevo siglo. El presente impone retos que pueden conducir a un trabajo comunitario comprometido con un

proceso de participación social real y democrático en razón a dos hechos que merecen destacarse:

1. Las actuales políticas de salud, dando prioridad a la participación comunitaria, reflejan una línea de trabajo posiblemente de verdadera apertura a una intervención auténtica de la población en la planeación, dirección y control de los programas que marcan y rigen los rumbos de las principales acciones en salud.

2. La dinámica en torno a la Asamblea Nacional Constituyente viene creando un clima de movilización social de innegable importancia al posibilitar en este período, espacios de confrontación y de discusión entre sectores que habían perdido su protagonismo en el país (estudiantes, indígenas, mujeres, sindicatos, negritudes...) y que pueden potencializarse con una gran energía colectiva.

Repensar lo comunitario nos posibilita primordialmente, hacer claridad sobre el por qué y el para qué del trabajo comunitario en salud. Nos sitúa en un debate conceptual con implicaciones de orden político-social fundamentales en tanto tocan las relaciones de poder, las estructuras económicas y las relaciones existentes. Es abrir un camino para una verdadera legitimación de los sectores populares, es transformar las normas vigentes en donde unos mandan y otros –la mayoría– obedecen, unos son los privilegiados y otros –la mayoría– son los desposeídos, es en última instancia reivindicar derechos sociales que han sido coartados, negados y violados a lo largo de una dura historia de profundas desigualdades.

¿Qué cambiaría en los servicios de salud, si el trabajo comunitario se constituye en un proceso orientador de su dinámica?

Para responder a este interrogante es necesario nuevamente situarnos en puntos de partida que contextualicen el terreno de la discusión.

Primero. Debemos ubicarnos en el sistema vigente para comprender la magnitud de la tarea y su complejidad. Las políticas de salud del país,

hacen parte de un proyecto neoliberal que por supuesto, es a la vez económico, político, social e ideológico en un estado cuya legitimidad se cuestiona a nivel de justicia, de democracia, de representatividad social por citar algunos referentes concretos.

Segundo. La distribución económica colombiana es una de las más desiguales en Latinoamérica, en donde las políticas de “desarrollo” fortalecen y profundizan dicha desigualdad. Se vive en una sociedad en donde grupos minoritarios mantienen una situación de privilegios que no desean ceder y mucho menos despojarse de ellos.

Tercero. El “modelo” de salud pública, se sitúa en este contexto adoptando políticas sociales de corte neoliberal fundamentalmente aliviadores de las contradicciones que el propio modelo fortalece, mantiene y perpetúa. Se rige a su vez por:

- a. Un enfoque de planificación de carácter normativo fuertemente centralista, rígido, distante de la realidad y la dinámica social de los grupos poblacionales a los cuales dirige sus programas sanitarios.
- b. El modelo médico y la práctica médica dominante apuntan principalmente a la atención de eventos o patologías ancladas en la hospitalización, la tecnología y una incontrolada terapéutica farmacéutica (1).
- c. Prioriza programas a partir de fuentes estadísticas de dudosa veracidad, en tanto son producto de una baja demanda asistencial así como de un permanente subregistro reconocido pero aceptado sin reparos.
- d. Los trabajadores de salud se desempeñan a la luz de una práctica intrainstitucional, organicista, eminentemente curativa, determinada por normas que se perpetúan en el tiempo a pesar de su inoperancia (seis consultas por hora, cuatro controles prenatales, etc.).

Pero de nuevo volvamos a la pregunta formulada anteriormente ¿Qué implica tener el trabajo comunitario como un eje central fundamental y alternativo en los servicios de salud? Implica dentro del marco de referencia planteado:

1. *Fundamentar las políticas sanitarias en torno a la corriente de pensamiento de la medicina social.* De hecho lo comunitario y la salud son esencialmente categorías sociales. El trabajo comunitario nos pone de cara a una realidad que se constituye en el norte y esencia del quehacer en salud para conocerla, para trabajar y para incidir en ella. La medicina social se constituye por su objeto de estudio, en el marco teórico-metodológico que permite darle contenido a lo comunitario; la medicina social concebida como “un conjunto de prácticas sociales que, traduciendo una manera de entender y sentir frente a la vida y a la muerte, a la salud y a la enfermedad, se convierte en acciones concretas y en procesos organizativos, reivindicativos y transformadores de grupos sociales en defensa o promoción de la vida, y de mejores condiciones para su realización. Prácticas sociales que implican educación para la salud, para la enfermedad y para la muerte. Para entender los riesgos que conlleva el trabajo, la relación con la naturaleza y las relaciones con los demás. Acción constante para que los acuerdos sociales y las legislaciones nacionales e internacionales favorezcan el derecho a la vida, a la salud y no solo a servicios asistenciales de recuperación; mecanismos de creación y cultivo de la conciencia social sobre los problemas concretos y actuales que afectan en cualquier aspecto a la salud en sus dimensiones individual y colectiva” (2).

2. *Configurar programas que surjan como producto de acciones conjuntas de concertación entre los sectores populares, los trabajadores de la salud y de otras áreas estatales y no estatales* como organizaciones no gubernamentales –ONG–, movimientos sociales, grupos organizados que se debaten y trabajan alrededor de propuestas sociales reivindicativas del derecho a la vida en sus diferentes expresiones y especificidades (feministas, ecológicas, artísticas, culturales). Esto implica rupturas con las formas rígidas, acartonadas e inflexibles de la planificación normativa tan fuertemente arraigada en los servicios de salud. Pero sustancialmente parte de principios democráticos en donde las relaciones del poder se tejen alrededor de procesos dinámicos, conflictivos representativos y reorientadores de un modelo sanitario que ha reducido la conciencia sanitaria a la búsqueda de servicios médico-asistenciales (2).

3. *Redefinir el contenido de las acciones sanitarias.* El trabajo comunitario abre el espacio para interpretar los complejos fenómenos que dan origen a

los procesos de salud-enfermedad en los diferentes períodos de la vida de los hombres y de las mujeres. Su cotidianidad, sus condiciones materiales de existencia, sus procesos de socialización propios de una determinada cultura, etnia y clase social constituyen pilares para reinterpretar las causas de enfermedad y sus afectaciones orgánicas o síquicas así como los fenómenos que explican la mortalidad, más allá de la denominada causa básica que aparece en los registros médicos de defunción.

Tomar un ejemplo concreto, permite ahondar en el debate planteado. “La salud de la mujer ha sido prácticamente abordada en el ámbito de lo que acontece en torno a la maternidad. La información existente, en las instituciones asistenciales, refiere datos específicos a la mujer básicamente alrededor de patologías propias del embarazo, parto y post-parto. El concepto de salud en la mujer ha circunscrito su estudio a los roles reproductivos biológicos. Cuando se ha intentado trascender esta concepción, no necesariamente se ha introducido una perspectiva de género frente a los comportamientos que tienen algunas entidades patológicas, ciclos vitales, hábitos y otros hechos que parecen configurar el proceso salud-enfermedad en la mujer (tabaquismo, desnutrición, drogadicción, cáncer, trastornos ginecológicos y sico-afectivos entre otros). Situaciones en torno a su sexualidad o propios de su trabajo en el ámbito de lo doméstico, del sector formal e informal de la economía no son tenidos en cuenta a pesar de constituirse en hechos que afectan y marcan su vida como mujeres. Partir de una perspectiva de género permitiría precisiones conceptuales de gran significado al entender el sexo como un hecho biológico y el género como el resultado de un proceso histórico en el orden de las relaciones sociales entre hombres y mujeres” (3). Desde esta perspectiva se partiría de una construcción social que enriquecería sustancialmente el trabajo en salud al superar las limitadísimas interpretaciones epidemiológicas basadas en las diferenciales de enfermedad o muerte entre hombre y mujeres tomando como referencia de análisis el sexo.

4. *Reformular el trabajo de educación en salud.* Este es tal vez uno de los frentes que de manera más inmediata podría operacionalizarse en un proceso de trabajo alternativo comunitario desde los servicios de salud. Ha sido la actividad caracterizada por una educación convencional, conductista, vertical, repetitiva y rígida que dentro de los programas tradicionales se

ha convertido en el vínculo directo de trabajo con la comunidad. Reformularlo implicaría fundamentarse en corrientes que privilegian una pedagogía de la participación. Desde allí es posible construir un proceso de aprendizaje dentro de contextos participativos, en donde se parte de “una pedagogía de grupo, en grupo y para grupo. La recuperación del conocimiento vernáculo se constituye en su punto de partida por lo tanto es necesario, ante todo, descubrir cuál es la estructura de causalidad del pensamiento pragmático de la gente y sus interpretaciones fenomenológicas sobre los problemas de salud. Se parte de entender que la transformación de las prácticas tradicionales de salud –que no son ilógicas, ni prelógicas sino que tienen su propia racionalidad– no se logra por el simple contacto con el conocimiento científico; la gente no reemplaza mecánicamente un conocimiento por otro. Recuperar el conocimiento vernáculo implica que las vivencias cotidianas de la gente, sus prácticas reales y sus experiencias concretas constituyen insumos para la reflexión. El ser humano aprende de distintas maneras dentro de su entorno cotidiano, lo cual significa que se debe privilegiar una epistemología que reconozca diversidad de vías para acceder al conocimiento” (4). Esta pedagogía reconoce la recursividad, la iniciativa, la creatividad de la gente así como la diferencias, el conflicto y las polaridades que se suceden al interior de la vida comunitaria. La pedagogía participativa posibilita una didáctica que re-crea desde lo lúdico, al posibilitar el desarrollo de capacidades histriónicas y artísticas existentes y expresadas, de una u otra forma, en la población. Parte del trabajo y estudio en equipo de problemas existentes; convirtiéndose éstos en el elemento central del análisis, de la discusión y de las propuestas de intervención; a lo largo del proceso los trabajadores de salud propenden por unas relaciones horizontales y dialógicas transformando su tradicional papel de transmisor de conocimientos. Concebir el trabajo comunitario desde esta perspectiva educativa es entrar a construir nuevas relaciones y nuevos procesos democráticos sociales desde el ámbito de la salud.

¿Es posible el trabajo comunitario en salud, como corriente contrahegemónica?

1. Si partimos de la tesis que el objetivo central de la planificación “es contribuir a promover la creación de condiciones que posibiliten y viabilicen la realización de acciones conducentes a cambios socio-políticos y eco-

nómicos” en nuestros países (5), ubicamos el interrogante en un terreno en donde se da apertura al trabajo comunitario (entendido en el contexto de la discusión anteriormente planteada). Para ello los postulados de coherencia (propósitos, métodos y organización institucional) señalados por Testa, deberán corresponder con una política social de salud lo suficientemente agresiva como para que incida en los diversos procesos organizativos comunitarios, que independientemente de las instituciones estatales, existen en la sociedad —dentro de un juego de relaciones armónicas contradictorias según las fuerzas sociales en pugna y los puntos de encuentro o desencuentro—.

2. El protagonismo y la intervención de los movimientos sociales, agrupaciones y organizaciones se constituye, a su vez, en el otro polo que fortalece el trabajo comunitario en salud. La contundencia y continuidad del trabajo construido, bajo directrices e intereses comunes posibilita la existencia de “actores sociales primarios” (5) que se constituyen en poderes hegemónicos, poder entendido como la “capacidad para viabilizar un proyecto, en particular un proyecto político” (5).

3. La actual tendencia orientada a acciones que priorizan el derecho a la salud, abre posibilidades a un debate que plantea ideas y referentes que deberán superar el reduccionismo que ha caracterizado las acciones dirigidas a interpretar y tratar la enfermedad. La construcción de un pensamiento en torno a la salud, abre canales de intervención, de conocimientos y saberes diferentes al saber médico tan protagónico y determinante en las prácticas sanitarias dirigidas fundamentalmente a lo curativo. La lucha por la salud significa introducir nuevos diálogos, nuevos interlocutores e intervenciones; el trabajo comunitario encuentra así nuevos espacios para la discusión, para la construcción colectiva de propuestas de salud alternativas que superen los programas preventivos ligados al crecimiento y desarrollo infantil, así como al control de sus enfermedades inmunoprevenibles; hace necesario debates que tocan con lo social, con lo económico, con lo cultural y en general con la protección y conservación de la vida del hombre y de la naturaleza. Significa igualmente, reconocer la insuficiencia de lo que se ha hecho en el ámbito sanitario y el carácter puntual y restringido de las políticas denominadas de salud. Hace impostergable llevar a cabo nuevos esfuerzos que implican romper con enfoques unidisciplinarios y sobrevalorados por el carácter de ser conocimiento academicistas y especializados. Significa legitimar, desde el in-

terior de las instituciones de salud, el papel que tienen todos los trabajadores de salud sin discriminaciones ni subvaloraciones. Así mismo, debe reconocer saberes populares que circulan en las comunidades y que hacen parte de su razonamiento y de sus prácticas de convivencia cotidiana. Socializar estos conocimientos y prácticas en procura de la salud es encontrar caminos que deben abrirse en conjunto, en la perspectiva de consolidar un pensamiento y una conciencia social que luche por el derecho a la salud, a la vida y a la participación comunitaria real y democrática.

Significa finalmente, abrir la discusión sobre nuevas líneas de acción en torno al desarrollo. "Desarrollo a escala humana que se concentra y sustenta en la satisfacción de las necesidades humanas fundamentales, en la generación de niveles crecientes de autodependencia y en la articulación orgánica de los seres humanos con la naturaleza y la tecnología, de los procesos globales con los comportamientos locales, de lo personal con lo social, de la planificación con la autonomía y de la sociedad civil con el Estado... Una sociedad sana debe plantearse, como ineludible el desarrollo de todas las personas y de toda la persona; solo combinando el desarrollo personal con el desarrollo social es posible alcanzar una sociedad sana con individuos sanos" (6).

Referencias

1. LAUREL ASA, C. *Por una utopía en tiempos de incertidumbre*. Ponencia de clausura del VI Congreso Mundial de Medicina Social. 1989.
2. FRANCO, Saúl. *Tendencias de la medicina social en América Latina*. Ponencia presentada al VI Congreso Mundial de Medicina Social. 1989.
3. Centro de apoyo a la mujer y al infante. *Participación de la mujer en la promoción de la salud desde una perspectiva de género*. Documento interno de trabajo. Junio 1990.
4. DE ROUX, Gustavo. *Principios básicos de una pedagogía de la participación*. Material mimeografiado.
5. TESTA, Mario. *Planificación en salud: las determinaciones sociales*. Ciencias sociales en salud, tendencias y perspectivas. O.P.S. 1986.
6. MAX-NEEF, Manfred y otros. *Desarrollo a escala humana, una opción para el futuro*. Development Dialogue, número especial, 1986.