

Salud comunitaria: ¿concepto, realidad, sueño o utopía?

Community health, ¿concept, reality, dream or utophy?

OFELIA RESTREPO VÉLEZ²

Resumen

Este artículo tiene como objetivo presentar algunos elementos de reflexión y análisis acerca de la aplicación, las representaciones simbólicas, los significados y sentidos que tiene la *Salud Comunitaria* en Colombia, en el contexto actual y dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Estas reflexiones son el resultado del análisis de los planteamientos teóricos de algunos estudios realizados por otros autores y la experiencia práctica de más de cinco años en Salud Comunitaria del Departamento de Medicina Preventiva y Social, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, en sectores populares de Bogotá y ciudades periféricas de Colombia.

Desde estas dos fuentes se pretende mostrar que la aplicación de este modelo de atención, como política pública de asistencia en nuestro contexto y dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, no es viable. Los casos en que se aplica son aislados, y básicamente corresponden al interés de universidades u otras instituciones que por iniciativa propia lo promueven. En este sentido, se afirma que el modelo de *Salud Comunitaria* para el Sistema de Salud actual no es más que una teoría, un concepto. Sin embargo, los intentos de aplicación que se hacen (de forma aislada), nos demuestran que este modelo sigue siendo el sueño y la utopía de todos los que creen en los procesos de salud-enfermedad, vida-muerte como un *TODO universal*. Es la posibilidad de hacer realidad la tan cacareada integralidad de la salud y la atención sanitaria de los individuos, familias y colectivos.

Palabras clave: *salud comunitaria, salud pública, planeación en salud.*

Abstract

This article has as main purpose to show some elements for reflection and analysis about the application, the symbolic representations, significance and meanings that the Community Health has in Colombia, in the present context and inside the General System of Social Security in Health. These reflections are the result of the analysis about the theoretical expositions of some surveys done by other authors and the practical experience of more than five years in the area of Community Health in the Department of Social and Preventive Medicine, Faculty of Medicine, Pontificia Universidad Javeriana, in popular sectors of Bogotá, and peripheral cities in Colombia.

From these two sources it is intended to show that the application of this model for assistance, as a public policy of assistance in our context, and inside the General System of Social Security in Health is not viable. Those cases in which it has been applied are isolated, and basically they correspond to the interest of universities or other institutions whose own initiative promote them. In this sense it is said that the model of Community Health for the present Health System is nothing else but a theory, a concept.. However, the intents to apply it that are done (in an isolated way), show us that this model keeps being the dream and the utopia of all those who believe in the health- disease, life-death processes as an universal WHOLE . It is the possibility to make real the so mentioned integrality in health and the sanitary assistance of the individuals, families, and collectivities.

Key words: *community health, public health, health planning. (terms of the MeSH)*

¹ Este Artículo fue presentado en el Seminario Regional de Salud y Comunidad en la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC), ciudad de Tunja, Boyacá, en el I Encuentro de Egresados de la Facultad de Ciencias de la Salud, Mayo 15 de 2003.

² Madre, ama de casa, modista, Lic. en Enfermería, Master en Salud Pública, Doctora en Antropología Social, docente e investigadora de la Pontificia Universidad Javeriana en la Facultad de Medicina (Dpto. de Medicina Preventiva y Social).

INTRODUCCIÓN

Para hablar de la *Salud Comunitaria* en Colombia y ubicar este modelo de atención como parte de las políticas públicas de participación social y desarrollo, en el marco del actual Gobierno y Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), es necesario primero, hacer una serie de reflexiones a cerca de lo que significa, implica y representa, en la teoría y en la práctica, este concepto.

Como segundo elemento hay que tener en cuenta el nuevo orden económico mundial y las exigencias que se le imponen a los gobiernos del cono sur — subdesarrollados, del Tercer Mundo o en vías de desarrollo, como los llaman— en materia de inversión, desarrollo y políticas públicas de seguridad y bienestar social. A sabiendas de que en la actualidad, el esquema de Estado que se “ofrece” para Colombia y otros países de América Latina es el neoliberal, que lo que busca es el *desmantelamiento o privatización de las funciones y actividades económicas y sociales del Estado* (Hinkelammert, Franz J. 1995: 100).

En este sentido, situarnos ante un Estado como este (el neoliberal) implica tener que ajustar los Sistemas de Salud y demás sistemas a las nuevas exigencias, que no son otras que las del mercado y privatización de los servicios públicos de bienestar social de los pueblos. Ajustes que tienen implícitos cambios fundamentales en los modelos de atención y asistencia social, dado que la salud en este esquema deja de ser un derecho, un bien común y una responsabilidad estatal, para convertirse en una mercancía en donde lo racional ya no es el bienestar y armonía de la humanidad y la naturaleza, sino que son la eficiencia y competitividad del mercado que se regulan a través de los precios de oferta y demanda.

En Colombia, esto significa que la salud pierde su carácter de servicio público y en este sentido deja de ser un derecho para la población y una responsabilidad para el Estado, como así lo ordena la Constitución:

“La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la

salud” (Constitución Política de Colombia 1991, Art. 49 Capítulo 2. De los derechos sociales, económicos y culturales).

Porque en este nuevo contexto es la “racionalidad” del mercado y no las constituciones o los derechos humanos, la que determina e impone las condiciones y criterios que deben orientar en los países subdesarrollados las políticas públicas, proyectos, programas o planes de gobierno y, por supuesto, Colombia como país inscrito en este esquema de Estado tiene que cumplir con las exigencias que se le imponen. Así, en 1993 se reforma la Seguridad Social en Salud mediante la Ley 100 y en ella se incluyen al pie de la letra, las “recomendaciones” hechas en estos aspectos.

A la política internacional y a las características del nuevo sistema de salud colombiano, se le suma la situación que vive el país de confrontación armada, violencia, inequidad y pobreza. Estas condiciones junto con el enfoque médico que se aplica en la atención sanitaria en los servicios de salud —curativo, individual, biologicista y positivista—, hacen más complejo el problema de la asistencia pública en salud y reducen aún más las posibilidades de que se puedan aplicar desde el sistema modelos de atención que sean humanísticos, integrales, sociales, de amplia cobertura y de calidad, como puede ser el modelo de *Salud Comunitaria*.

Abordar en este escrito todas las inquietudes que surgen alrededor de esta problemática es imposible, pero sí podemos plantear unos elementos de análisis que nos pueden ayudar a responder, por lo menos, dos de las preguntas: ¿el modelo de *Salud Comunitaria*, como estrategia de atención en la Política Pública de Salud, de inclusión social y desarrollo, tiene sentido y cabida en el esquema del neoliberalismo? y dos, ¿teniendo en cuenta los sentidos y significados de la Salud Comunitaria, cuáles son las posibilidades y aplicabilidad real de este modelo de atención en el contexto colombiano?

Aunque las preguntas sugieren profundidad en los temas del neoliberalismo y del nuevo Sistema Colombiano de Seguridad Social en Salud, en este escrito no pretendo hacer una gran disertación al respecto. Primero, porque hay varios autores que

ya lo han hecho alrededor de la Medicina Social (Cardona A., Cardona J. F., Franco S. y Otros. 1992) por lo tanto se puede extrapolar a la *Salud Comunitaria*, ya que éste es un modelo de atención que se puede asumir como una de sus formas y, segundo, porque lo único que quiero es (a partir de un ejemplo práctico de *Salud Comunitaria*) introducir algunas reflexiones acerca de las posibilidades, significados y sentidos de esta unidad de estudio.

Partiendo de estas reflexiones y teniendo en cuenta algunos de los análisis teóricos realizados por otros autores, podemos ver si este modelo de atención en nuestro contexto puede ser aplicado o por el contrario se aleja cada vez más la posibilidad de hacerlo realidad y sigue siendo en consecuencia un concepto, un sueño o una utopía para las y los que creemos que los procesos de salud-enfermedad, vida-muerte son un *TODO universal*.

1. SALUD COMUNITARIA: SENTIDOS Y SIGNIFICADOS

1.1. Desde la teoría

Cuando revisamos la literatura para precisar el significado y sentido de la *Salud Comunitaria*, encontramos que este es un término relativamente nuevo. Según el autor Hernán San Martín "(...) *la noción de "Salud Comunitaria" aparece un poco por todas partes en el mundo, hacia los años 60, poniendo el acento mayor en la participación real y consciente*



de las comunidades; en la planificación local, descentralizada, en relación con las reales necesidades de salud de las poblaciones; en la integración de todas las actividades médico-sanitarias-ambientales-sociales; en la concepción social de la salud; en la orientación epidemiológica de las actividades; en los niveles de atención; en la cobertura universal; en el predominio de lo generar sobre lo de especialidad, es decir, lo mayoritario sobre lo minoritario." (San Martín, Hernan y Pastor Vicente, 1984 :37).

Antes de que apareciera este concepto definido como tal, ya existían otros como el de "medicina comunitaria", "salud pública", "medicina social" y "medicina en la comunidad" que analizados, tenían sentidos y significados parecidos a los que hoy tiene el de *Salud comunitaria*. Solo que "*El concepto de "Salud Comunitaria" introduce algo que hasta entonces se había eludido: la aceptación de un doble movimiento de relación entre lo macro-social y microsocioal; las prácticas son consideradas en el contexto de la organización social en la que se producen los fenómenos de salud-enfermedad". (San Martín, Hernán, 1984:37).*

Más adelante, en los años 60, este concepto además del "doble movimiento de relación" como lo llama el autor, incluye como parte de sus contenidos las exigencias de la Organización Mundial de la Salud, OMS: la organización de los servicios de salud con carácter público, cobertura universal y participación de la población. Esta es otra de las características que lo definen y diferencian respecto a los conceptos anteriores.

La Salud Comunitaria surge como un modelo alternativo para organizar los servicios de salud, y nace al igual que la atención primaria como una estrategia de atención impuesta por los países desarrollados a los países pobres. Este origen es importante a la hora de mirar su evolución o hacer un análisis de la red de significados y representaciones simbólicas del concepto. Ya que la situación de emergencia, obligatoriedad y de ser algo alternativo, pone esta estrategia en desventaja —económica, social, política, ideológica y culturalmente— frente a otras categorías que se han ido construyendo y desarro-

llando como resultado de procesos sociales y políticas públicas más concertadas y menos impuestas, como pueden ser las de la salud pública, medicina comunitaria, entre otras.

Este origen explica, de alguna manera, que su mayor impulso se haya dado de la mano de la atención primaria y sobre todo en los países subdesarrollados. Aunque previo a esto, experiencias parecidas se habían desarrollado en los Centros Médicos Sociales Ingleses en la década de 1940-50, y por la misma época en los Centros de Salud en México, Colombia, Brasil y otros países de América Latina, pero al parecer con diferentes modalidades que sirvieron de base para el modelo que se diseña después de las exigencias de la OMS.

La experiencia de Colombia en este aspecto data de 1955, cuando la Universidad del Valle, en Cali, a través del Departamento de Salud Pública desarrolla un programa de práctica médica en el sector urbano-rural, para formar a sus estudiantes como salubristas públicos, que según el autor, Hernán San Martín, era un programa que correspondía a lo que se concebía en aquel momento como estrategia de *Salud Comunitaria*.

En la misma línea de ligar la formación profesional del estudiante con el compromiso social de la academia a través de la investigación y los servicios a las comunidades, otras universidades del país³ también han tenido —y siguen teniendo— desarrollos importantes en este sentido. Pero Colombia no es el único, universidades de otros países como Filipinas, Uganda, India, Nigeria, Tailandia, también han tenido una importante participación en la aplicación y desarrollo del modelo de *Salud comunitaria* en las poblaciones (San Martín, Hernán, 1984).

Como vemos, los sentidos y significados que desde la teoría y las intenciones se han identificado para la *Salud Comunitaria*, son muchos. Haciendo una síntesis se puede decir que este concepto encierra un modelo de atención muy amplio que incluye y tiene en cuenta:

- La necesidad de abordar de forma integral los procesos de salud-enfermedad.
- Lo macro y micro-social.

- Las prácticas en el contexto de la organización social en la que se producen los fenómenos de salud-enfermedad.

- La integración de todas las actividades médico-sanitarias-ambientales-sociales en la concepción social de la salud.

- El predominio de lo colectivo sobre lo individual o minoritario.

- La planificación local y descentralización de los sistemas.

- La organización de los servicios de salud con carácter público y cobertura universal.

- La participación real y consciente de las comunidades, instituciones y demás sectores de la sociedad en la gestión y toma de decisiones.

- Las necesidades reales de salud de las poblaciones.

- La orientación epidemiológica de las actividades.

- Todos los niveles de atención.

1.2. Desde la práctica

Ahora veamos desde la práctica, la *Salud Comunitaria*, ¿qué otros elementos de análisis tiene? En este sentido la experiencia práctica de aplicación del modelo, que tuvo en la década de los ochentas el Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, revela algunos hallazgos que introduce nuevos elementos de análisis —resultado del trabajo— que nos pueden aproximar desde la praxis a los sentidos y significados del concepto de la *Salud Comunitaria*.

1.2.1. Antecedentes

En Colombia, en el periodo de gobierno liberal que presidía el señor Virgilio Barco Vargas, comprendi-

³ Entre estas experiencias, están las de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia en Medellín y el Departamento de Medicina preventiva y Social de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana en Bogotá, de la cual se hablará más adelante, ya que es la experiencia en la que me apoyo para esta reflexión como estudio de caso.

do entre 1.986-1.990, el programa de gobierno de política avanzada —como así lo definieron— hace de la “Erradicación de la pobreza absoluta” parte integral de una “Economía Social”.

Este modelo de economía, además de incluir la generación de empleo como elemento complementario de la “Erradicación de la pobreza” plantea un alto nivel de activismo estatal, no como fin en sí mismo, sino como medio de movilización de la sociedad, por considerar la participación organizada de las comunidades el elemento decisivo para su implementación y desarrollo.

La cobertura que este programa se propuso en la mejora del bienestar era masiva; sin embargo, se priorizó a los más pobres de la población, y a los hogares de este sector se dirigían las actividades directas del “Plan de Erradicación de la Pobreza y Generación de Empleo” —PEPGE—, plan bandera de la política social del gobierno Barco. (Ulpiano Ayala, O. en Restrepo V., Ofelia, 1999 :6).

En este momento, el Departamento de Medicina Preventiva y Social, en su programa de formación médica tenían la Medicina Social y la *Salud Comunitaria* como dos de sus ejes formativos y, en este sentido, para llevar a cabo esta orientación, necesitaba de lugares de práctica donde los estudiantes pudieran confrontar y aplicar lo aprendido en el espacio universitario.

Ante esta necesidad y aprovechando la política social del gobierno, el Convenio Docente-Asistencial en Atención Primaria (AP)⁴ que se tenía con el Ministerio de Salud, algunos contactos personales con directores de Centros de Salud y la solicitud —en algunos casos— de las comunidades para que se hiciera presencia en las zonas, con asesoría y servicios de salud, el Departamento de Medicina Preventiva en 1987 selecciona para las prácticas médicas estudiantiles siete barrios populares⁵ que correspondían al sector de la población al que estaba dirigido el PEPGE del gobierno. Entre estos barrios se encontraban el Luis Alberto Vega (LAB) y el Bolívar 83 (B 83) (Bogotá y municipio de Zipaquirá respectivamente)⁶. Dos poblaciones marginadas en situaciones de extrema pobreza, clasificadas por las administraciones locales como barrios “subnormales” o marginados, por

sus malas condiciones de vida y la falta de legalidad en la posesión de los terrenos en los que estaban asentadas.

1.2.2. La Salud Comunitaria y sus significados en la praxis

Para aplicar el modelo de *Salud Comunitaria* en estos barrios, lo primero que se propuso fue hacer conjuntamente con las comunidades la caracterización y diagnóstico de salud de la comunidad y, para ello se utilizó, entre otras herramientas, la del modelo de Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC)⁷.

Pero antes se realizó un primer diagnóstico de salud utilizando datos secundarios disponibles en el Organismo de Salud y consultando a personas de cada comunidad.

Este diagnóstico se confrontó con el que se realizó luego con las comunidades y en el que se aplicó el modelo de APOC a través de reuniones de manzana, asambleas, entrevistas a líderes y personas clave, censos y observación participante.

Los resultados fueron diferentes en la identificación y priorización tanto de los problemas como de los factores de riesgo. En el primero, los problemas de salud sólo eran los que tenían que ver con enfer-

⁴Acuerdo entre los Ministerios de Salud y Educación, para que los estudiantes de las áreas de la salud, en apoyo a su proceso de aprendizaje, hagan prácticas en hospitales, centros de salud o comunidades; a su vez que se amplía la cobertura de servicios de salud y la Atención Primaria.

⁵ Estas poblaciones eran comunidades marginadas de zonas urbanas y rurales de Bogotá y los municipios de Zipaquirá, La Calera, Guatavita y Sopó.

⁶ En estos barrios trabajé por 5 años (1987-1992) como coordinadora de los estudiantes de medicina e investigadora del Departamento, por eso tomo estos dos casos para hacer el análisis.

⁷ Esta herramienta luego se transformó o adaptó al contexto nuestro y a los enfoques teórico-conceptuales que fueron el resultado de las discusiones académicas del equipo de profesores y las confrontaciones teóricas realizadas por las comunidades en las discusiones del trabajo conjunto. Se puede ver en (Klevens, Joanne; Restrepo Vélez, Ofelia; y Otros. 1999:234).

medades físicas (diarrea, desnutrición, infecciones respiratorias, etc.); en el realizado con las comunidades se nombraban éstos, pero los que tenían mayor importancia para ellos eran los problemas y factores relacionados con la infraestructura y situación social en que vivían (marginalidad, inseguridad, segregación, falta de agua potable, alcantarillado, vivienda digna, jardines infantiles, organización y participación comunitaria, etc.) todos problemas de desarrollo social bien considerados por la población como problemas de salud.

En la fase de evaluación de los recursos para la búsqueda de las alternativas de solución —quinta y sexta fase del diagnóstico— se encontraron líderes y organizaciones comunitarias en su mayoría representadas por mujeres y agrupadas alrededor de las necesidades básicas de subsistencia —alimento, vivienda, servicios públicos y trabajo—.

De estos grupos unos eran organizados por iniciativa propia, otros se organizaban por sugerencia de agentes externos que representaban a diversos organismos, organizaciones e instituciones —gubernamentales y no gubernamentales—; y creadas por decreto del gobierno existían las Juntas de Acción Comunal, una de las más antiguas.

Además de las organizaciones de base, había presencia de grupos políticos, religiosos, organismos estatales y universidades privadas, etc. También se encontraron obras y programas que apuntaban al mejoramiento del bienestar y de las condiciones de vida de las comunidades, en su mayoría promovidas por ONGs y universidades. Unas se iniciaban y otras

se habían terminado o estaban inconclusas por falta de recursos. La financiación de las obras provenía del Estado (muy pocas)⁸, grupos religiosos, universidades y colegios privados, de actividades propias de la comunidad, de donaciones de personas y organismos internacionales, de la empresa privada y de sindicatos.

Gran parte de esta movilidad social fue promovida y fortalecida por las universidades, la Iglesia y algunas organizaciones no gubernamentales. El activismo estatal en este sentido fue mínimo o casi nulo, a pesar de que era una de las prioridades de la política social propuesta.

De todo este trabajo realizado en coordinación con las comunidades, con otras disciplinas y universidades, con instituciones gubernamentales y no gubernamentales, con sectores de la Iglesia y demás organizaciones que se encontraban en las zonas, surgen resultados tales como el primer Plan de Salud y Desarrollo Local⁹ de la zona del Alto Chapinero, —en donde estaba ubicado el LAV y otros barrios en los que se trabajaba— que se presenta en el marco de la descentralización administrativa, a las autoridades locales para su negociación¹⁰. (Restrepo V, Ofelia. 1999:8.).

Pero por otro lado, también se dan reflexiones teórico-conceptuales muy importantes acerca de la práctica de la *Salud Comunitaria*, que se pueden ano-

⁸ Las actividades y programas que el Estado implementó durante este período en estos dos barrios fueron mínimas, aunque estas comunidades pertenecían al PEPGE, eran parte del 25% de la población clasificada de pobreza crítica, según el plan del gobierno y que el programa había elegido como sector beneficiario.

⁹ Este es uno de los primeros Planes de Salud y Desarrollo Local que se hace con la participación activa de la comunidad en todas sus fases, de acuerdo con las recomendaciones y exigencias de la ley de descentralización administrativa de los municipios. Con el Decreto 077 de 1987 o Ley de Descentralización se pretende “aumentar el poder, la autonomía de decisiones y de control de los recursos, las responsabilidades y las competencias de las colectividades locales, en detrimento de los órganos del Estado Central” (Preteceille 1987. En de Matos C. 1988:166).

¹⁰ En esta última fase no se tuvo éxito; las autoridades locales de Chapinero desconocieron el trabajo y en vez de dar recursos para estas comunidades, aumentaron el pie de fuerza de la seguridad para “proteger” de la delincuencia a los industriales de la zona baja, que es especialmente comercial y también corresponde a la alcaldía de Chapinero.



tar como resultado de la interacción y el trabajo con las comunidades, la confrontación de los dos diagnósticos —el primero técnico-biologicista-epidemiológico-patológico y el otro integral-sensible-cotidiano-social-cultural— y la aplicación del modelo de APOC. Reflexiones que le dan al concepto de *Salud Comunitaria* un nuevo contenido, ampliando así sus sentidos y significados.

Estas discusiones evidenciaron que:

- Hay una similitud y una estrecha relación entre el concepto de *Salud Comunitaria* y el concepto de desarrollo social, por eso su abordaje no debe ser exclusividad de las ciencias de la salud, se necesita de la competencia y la participación activa de múltiples disciplinas, entre estas la sociología, antropología, pedagogía, arquitectura, historia, etc.

- El concurso y la responsabilidad de la *Salud Comunitaria* no sólo es de la comunidad, el sector



salud o las universidades; los demás estamentos y sectores del Estado —educación, vivienda, vías, alimentos, saneamiento ambiental, etc.—, organizaciones no gubernamentales y otros actores sociales tienen la obligación de participar en la aplicación de este modelo, ya que éste va muy ligado al concepto de desarrollo social sostenido y en ese sentido se corresponden mutuamente.

- La racionalidad, el positivismo, la investigación cuantitativa, la epidemiología y la medicina occidental son insuficientes para entender las problemáticas, dinámicas, subjetividades y entramados comunicativos —creencias, valores, actitudes, sentimientos, emociones, imaginarios, representaciones simbólicas, expectativas, sueños, etc.— de las comunidades; por tanto, hay que buscar otras lógicas, por ejemplo, la del sentido común, la simbólica-mítico-mágica, otros enfoques investigativos como el social y cualitativo y, finalmente, otros esquemas de medicina —el popular o tradicional, orientales, etc.— que ayuden a ampliar el marco de posibilidades para poder comprender la complejidad del ser humano y el mundo que lo rodea y así resolver más integralmente los problemas de salud.

- No es suficiente una sola herramienta (la epidemiología) ni un solo modelo (APOC), para caracterizar y diagnosticar a una comunidad, estas nos ayudan pero se quedan cortas al priorizar los problemas socio-culturales y abordar los factores de riesgo no biológicos: psíquicos, emocionales, políticos, ideológicos, sociales, culturales y ecológicos, etc., que influyen de manera significativa en los problemas de salud de las comunidades. Por tanto, se hace necesario adaptar y ampliar el modelo de APOC, incluir herramientas de la investigación y las ciencias sociales como las historias de vida, entrevistas en profundidad, etnografías, discusiones de grupo, biografías, gráficas, cartas, diarios de campo, etc.; otras variables de análisis y otros criterios evaluativos que puedan recoger y sistematizar la información cualitativa que es la que no se recoge con otros instrumentos.

En síntesis, podemos decir que la integralidad, interdisciplinariedad, intersectorialidad, la participación de toda la sociedad y la necesidad de múltiples enfoques, diferentes lógicas de conocimiento, el uso de diversas herramientas y la utilización de otros esquemas de tratamiento médicos y de salud, son los elementos que desde la praxis entran a formar parte de la red de significados de la *Salud Comunitaria*, aunque algunos de estos ya se habían sugerido en la teoría.

2. APROXIMACIÓN AL ANÁLISIS SIMBÓLICO DE LA SALUD COMUNITARIA

Después de hacer el recuento de todo lo que encierra la *Salud Comunitaria* desde la utopía, las consideraciones teóricas y la práctica, se puede afirmar que este es un concepto amplio y abierto que tiene infinidad de posibilidades porque engloba una serie de entramados significativos y representaciones simbólicas que se derivan de otros conceptos o teorías de las que se nutre, entre ellos el de atención primaria y cuidado primario en salud; participación comunitaria, democracia y desarrollo; salud pública; medicina social y salud familiar; prevención, promoción y educación sanitaria; medicina occidental, tradicional y saber popular; cultura y sociedad; ecología y política; economía, administración, coordinación, autogestión y coogestión, entre otros.

Al hablar de la *Salud Comunitaria* todos estos términos aparecen como si estuvieran en estrecha relación con esta categoría o formarían parte de ella. A la hora de precisar sus significados con relación al concepto de *Salud Comunitaria*, se hace evidente la dificultad que existe para marcar con precisión los límites que los encierra. Tienen elementos comunes que se confunden entre sí, sin embargo, la categoría que mejor los engloba es la *Salud Comunitaria*,¹¹ por ser ésta la unidad de estudio que se nutre de sus conceptos y herramientas para formar su corpus teórico y metodológico, por eso los integra y articula a todos.

En este sentido, podemos decir que la *Salud Comunitaria* es un *concepto integrador de la vida humana*, ya que en su contenido y red de significados se articulan diversos enfoques que reclaman principios que *protegen y defienden la vida, los derechos humanos y el bien común*. Es un concepto que además propugna por el cuidado y la protección de la salud de las personas, las familias, las comunidades y la sociedad, en estrecha relación con la salud de la naturaleza, el entorno y el medio ambiente, y esto le imprime un sentido ecológico a su práctica.

Por otra parte, el que la *Salud Comunitaria* pida que la atención se dé en todos los niveles: primario, secundario y terciario, y que la participación de las personas sea plena, significa que desde este concepto se supera la perspectiva del modelo médico occidental, de lo meramente individual, curativo y antropocéntrico como posibilidad de salud, porque al incluir el nivel de atención primaria, este enfoque reconoce la importancia que tiene para los procesos de salud-enfermedad, vida-muerte las condiciones generales de las poblaciones, el medio ambiente, la naturaleza, los factores de riesgo, sus dinámicas y contextos, etc. Pero también sugiere la importancia de desarrollar e impulsar desde diferentes niveles de atención estrategias de educación, prevención y promoción que promuevan la convivencia, la armonía y estilos de vida saludables sostenibles desde el desarrollo humano.

En otro sentido, al reclamar en su práctica la participación plena de las comunidades en su contexto, le reconoce al ser humano su carácter de ser social y en esta medida pide que las personas sean actores o gestores sociales activos y que participen e intervengan en todo lo que tiene que ver con los procesos vitales: nacer, mantener y cuidar la salud, prevenir y curar la enfermedad, reparar los daños o

¹¹ Aunque hay algunos autores, Hernán San Martín, por ejemplo, que dice que la categoría mayor es la de la Salud Pública, yo afirmo que es la de Salud Comunitaria. Como estrategia de atención orientada a las comunidades (considerándolas como una parte de la sociedad que a su vez representa el todo del entramado social), tiene que utilizar muchas más herramientas que la misma Salud Pública. De hecho, ésta le sirve de fundamento para el abordaje epidemiológico.

deterioros por enfermedad o vejez, aprender a morir, etc., y procesos del Sistema y servicios de salud que se ofrecen —administración, gestión y toma de decisiones—. Lo cual implica que este modelo de atención tiene en cuenta los procesos de diálogo y concertación, que reconocen y respetan la lógica e imaginarios del OTRO diferente, no como una acción estratégica, sino como una acción de compromiso y responsabilidad mutua.

“En realidad, cuando medimos el estado de salud de una comunidad, lo que tratamos de representar son los procesos sociales relacionados directa o indirectamente con la salud-enfermedad (...)

De aquí que para analizar el estado de salud de una comunidad tendremos que usar un conjunto coherente y representativo de indicadores de los diversos sectores de la vida social, que finalmente son los que determinan el proceso social que conduce a la salud o a la enfermedad.



Ahora podemos comprender que el “estudio de la salud de la comunidad” es, al mismo tiempo, un “estudio epidemiológico” de los problemas de salud (y riesgos) que existen en la comunidad; un “estudio sociológico” de las necesidades de salud sentidas por los miembros de la comunidad y un estudio económico de las condiciones de vida de la gente”. (San Martín, H.1984:87).

Todo lo anterior sugiere que la *Salud Comunitaria*, además del sentido epidemiológico, biológico, social y económico ya reconocidos, también tiene un significado político, antropológico y ecológico.

Veamos, cuando la *Salud Comunitaria* reclama en sus principios éticos el reconocimiento del OTRO, la organización y participación plena de las comunidades, y ve en éstos su proyección y asentamiento, puede decirse que aquí se encuentra el sentido político de la propuesta. Aunque no es explícito, este modelo apoya los gobiernos democráticos de poder compartido que tengan en cuenta al OTRO —en sus diferencias y similitudes— en sus decisiones, formas organizativas, creencias, costumbres, prácticas, conocimientos, imaginarios, saberes, etc. Este principio democrático se refuerza con el enunciado de que “las prácticas de la *Salud Comunitaria* se deben dar en los contextos en los que se producen los fenómenos de salud-enfermedad”. Esto hace que el modelo reconozca y respete la autodeterminación, la pluralidad y dinámica propia de los pueblos.

Mirémoslo de otra forma, cuando en los enunciados de la *Salud Comunitaria* se dice que debe haber participación plena de la comunidad, propiciar y desarrollar la autogestión y autodeterminación de la gente respetando la pluralidad y partiendo de sus contextos, necesidades, posibilidades y recursos, tácitamente este concepto está reconociendo que es en la interacción con los demás, a través del tejido comunicativo de relaciones y representaciones simbólicas, que encontramos los imaginarios —individual y colectivo—, valores, actitudes, significados, sentidos, sentimientos, emociones motivaciones, saberes, etc., que nos permiten acercarnos de manera respetuosa al OTRO diferente, para poder comprender las cosmovisiones y lógicas que se manejan en cada cultura, y así lograr el diálogo y las negocia-

ciones que se necesitan para vivir en armonía y saludables en cualquier contexto.

Estos argumentos nos permiten decir que el significado político y antropológico —expresados básicamente en las ramas social, cultural y simbólica— de la *Salud Comunitaria* es fuerte y claro al reconocerle al ser humano su singularidad y diferencia, su condición de sujeto, su capacidad para interactuar, pensar, discernir y decidir. Dándole importancia a la participación real y toma de decisiones de la gente; a las dinámicas y entramados socio-culturales del individuo, las familias y los colectivos.

El otro sentido que también subyace en este concepto es el ecológico, manifiesto en el reconocimiento explícito de la relación tan estrecha que tiene la naturaleza, el medio ambiente y el entorno con la salud de los seres humanos y viceversa. Por esto la *Salud Comunitaria* pide que las acciones de cuidado, protección, curación y reparación no solo sean para hombres y mujeres. Los sistemas de salud deben tener en cuenta y atender también en estos aspectos a los animales, al ecosistema, al ambiente y todo aquello que constituye el entorno o condiciones que hacen posible el equilibrio bio-psico-eco-socio-cultural de los seres humanos y demás seres que habitan el universo.

Desde esta perspectiva, pensar la *Salud Comunitaria* como parte de un Sistema de Salud, implica tener en cuenta dos aspectos: uno, *defender una postura y unos principios humanistas de respeto por la vida, los derechos humanos y el bien común*, y dos, *entender las relaciones salud/enfermedad, vida/muerte como procesos que integran al TODO universal* con un mundo de posibilidades y representaciones simbólicas que se mueven en diferentes planos: individual, familiar, colectivo, social, económico, cultural, político, ecológico, sideral y hasta cósmico, que varían en dependencia de múltiples factores y condiciones.

Porque reducir la atención en salud a lo meramente humano, individual, biológico y curativo — como hacen la mayoría de nuestros esquemas de salud— sin tener en cuenta a hombres y mujeres en sus contextos y complejidad (bio-psico-eco-socio-cultural, lo objetivo y subjetivo, lo racional, simbólico,

espiritual y afectivo, etc.), a la naturaleza y al cosmos en su complementariedad como componentes que integran la vida, y a todos ellos en su mutua interacción, es tener una visión muy corta, simplista y reduccionista del ser humano, de la salud y del mundo. Es pretender abordar ese *TODO universal* a partir de una ínfima parte, ignorando la mayoría de los elementos que lo componen y sin tener en cuenta las interrelaciones que lo entretujan y sustentan.

Bajo esta concepción, la *Salud Comunitaria* como modelo de desarrollo y asistencia pública en salud tiene limitaciones y dificultades para su aplicación por los principios que la orientan, los modelos de atención que reclama, las implicaciones políticas, económicas, sociales y culturales que supone y los recursos económicos, humanos y materiales que demanda.

Sin embargo, tampoco se puede decir que este sea un modelo imposible de aplicar en los Sistemas de Salud o que para hacerlo, el Estado tenga que ser benefactor o socialista como muchos piensan. Basta que la defensa de lo público y la vida, la democracia, la participación social y la negociación sean la base del gobierno, porque desde estos intereses y el espacio común del diálogo entre Estado y población civil, es que se convienen y pactan las políticas públicas de desarrollo, bienestar y seguridad social en las que pueden incluirse modelos y estrategias integrales de salud, como es la de la *Salud Comunitaria*.

Para el caso colombiano, la inclusión de este modelo de atención como parte de la política pública estatal y el Sistema General de Seguridad Social en Salud es una utopía, ya que los espacios de participación, los procesos de negociación y los acuerdos entre Estado y población civil, son limitados —por no decir nulos— o vulnerados pese a que en la Carta Magna el gobierno se define como democrático; la participación plena de la gente en la gestión pública y toma de decisiones se declara como derecho; y la salud se ordena como servicio público de cobertura universal bajo la responsabilidad del Estado.

Este último derecho se ve vulnerado con la reforma del Sistema de Salud y Seguridad Social que hizo el gobierno colombiano en 1993. El Estado, a sabiendas de que debe garantizar la salud de todos y

todas sus ciudadanas, porque así lo contempla la Constitución, obedeciendo las exigencias del nuevo orden de globalización y de la ideología neoliberal, mediante la Ley 100 le entregó formalmente a las entidades privadas esta responsabilidad, lo que permite convertir la salud en una mercancía y hacer de este servicio un negocio rentable y eficiente, con buenos dividendos que sólo favorece a los intermediarios —o vendedores de salud— y en alguna medida a los que la pueden comprar —usuarios del sistema—.

En este sentido, con la situación de pobreza y desempleo que tiene Colombia, muchas personas quedan por fuera de esta relación comercial y por ende del servicio de salud. Incluso la atención y asistencia del medio ambiente y los colectivos en el nivel de Atención Primaria (la prevención y la promoción) quedan descubiertas porque no hay con quién establecer las relaciones contractuales que exige el mercado para garantizar este servicio. En otras palabras, después de la Ley 100, ni el Estado ni ninguna otra entidad se responsabilizan del pago de estas actividades, por tanto nadie las asume y menos bajo este esquema mercantil, sabiendo que son actividades poco atractivas para este mercado —que es más el de la enfermedad que el de la salud— por sus resultados a tan largo plazo y el poco dinero que se presupuesta para ellas.

“(…) las reformas de la salud de corte neoliberal están imponiendo sistemas de aseguramiento que privilegian el aseguramiento individual, en desme-

dro de la salud pública —como derecho colectivo—”. (García, Mery C. 2002:55).

La dependencia de otros gobiernos como el norteamericano que impone condiciones y modelos de poder como el neoliberal, la política de “mano dura”, el desmonte del Estado de bienestar y seguridad social, la disminución del gasto público e incremento del gasto militar del actual gobierno; la permanente violación de los derechos humanos y la situación particular de intolerancia, violencia y confrontación armada que tiene Colombia, hacen que muchos de los *derechos, garantías y deberes* consagrados en la Constitución Nacional no se cumplan y sea letra muerta sus enunciados.

Los principios de democracia, organización social, participación comunitaria o civil y los procesos de concertación son vulnerados en muchos casos. Algunos grupos sociales que han defendido e impulsado desde la salud pública u otros sectores estos derechos, han sido perseguidos (y algunos líderes asesinados o desaparecidos) por que se les tacha de ser subversivos y “peligrosos” para el país o el sistema.

No obstante, con este panorama y los modelos —económico, político, de Sistema de Seguridad Social y Protección Pública en Salud— que tiene Colombia, que no favorecen para nada este tipo de enfoques hay quienes defienden y luchan por las utopías. El sueño de alcanzar para la humanidad un medio ambiente y un entorno de vida saludable, armónica y sostenible todavía existe, y los intentos por hacerlo realidad ha llevado a muchos actores sociales a probar experiencias innovadoras en este sentido, incluso teniendo que afrontar persecuciones políticas, escasez de recursos económicos, y las presiones del mercado impuestas por el nuevo Sistema de Salud.

Las utopías, como necesidad del ser humano y motor impulsor de la actividad social, ha hecho que muchas y muchos colombianos desde su compromiso y quehacer cotidiano defiendan (en algunos casos exponiendo sus vidas) principios de igualdad, de inclusión social, de respeto, de vida y dignidad humana. Con todas las dificultades y los obstáculos que se presentan, han impulsado y desarrollado proyectos de bien común que buscan mejorar la calidad de vida de las personas, la equidad, la convivencia y la



armonía entre los seres. Uno de estos proyectos es la *Salud Comunitaria*, y la experiencia del Departamento de Medicina Preventiva y Social (de otras universidades) y las comunidades del LAV y B83 así lo confirman.

Con su trabajo, que en la mayoría de los casos se hace de forma aislada y “con las uñas”, estos colectivos demuestran que a pesar de todo, con el compromiso y la responsabilidad que nos atañe, como individuos que pertenecemos a un colectivo, desde cualesquier ámbito de la vida y con unas mínimas garantías (económicas, de seguridad, infraestructura, organizativas, voluntad política de gobiernos locales, compromiso de instituciones, ciudadanos y comunidades, etc.) este modelo de atención tiene posibilidades de aplicación en el contexto colombiano, no como estrategia de atención del Sistema de Salud como se quiere y necesita, pero sí a pequeña escala como lo demuestra la experiencia en estos dos barrios.

3. A MODO DE CONCLUSIÓN

Aunque la discusión por su amplitud del tema queda abierta, este análisis de los significados y sentidos de la *Salud Comunitaria*, nos permite plantear algunas consideraciones finales que se presentan a modo de conclusiones.

Lo primero que podemos decir es que la *Salud Comunitaria* es un modelo de atención que implica integralidad, interdisciplinariedad, intersectorialidad y desarrollo social a escala humana; que reclama principios que *protegen y defienden la vida, los derechos humanos y el bien común*; que compromete y responsabiliza al Estado, individuos, familias, comunidades y a toda la sociedad en su conjunto.

Es un modelo que no cabe en Sistemas de Salud que convierten en mercancía este servicio y que escasamente atienden al individuo —que puede pagar— en la enfermedad y en su componente biológico para responder a lo urgente y lo funcional, como son los sistemas de salud de los Estados neoliberales.

Por eso en Colombia tenemos que admitir que en la práctica, la *Salud Comunitaria* sigue siendo un CONCEPTO, porque no ha dejado de ser una: “*Idea, una representación mental de una realidad, un objeto// Un pensamiento expresado con palabras// Una opinión, un juicio...*” (Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española, 1970:335).

Su aplicación es marginal, no deja de ser un sinnúmero de intentos aislados que no tienen eco. No existen las estructuras en el Sistema, ni la voluntad política para hacerlo. El Estado no destina recursos para ello y esto no puede ser un trabajo voluntario, ni tampoco una obra para pobres o de altruismo como muchos piensan.

Con el Estado y Sistema General de Seguridad Social en Salud que tenemos en el país, todo modelo de asistencia pública que contemple en sus principios la armonía entre seres humanos y naturaleza o apele por una visión holística del mundo, el bien común y la vida, como es el de la *Salud Comunitaria*, pierde sentido y queda reducido a la categoría de CONCEPTO o pasan a ser letra muerta en la Constitución Nacional, las políticas públicas y en los tratados o recomendaciones internacionales de la OMS y OPS.

Este profundo vacío en la asistencia pública generado por los modelos políticos-económicos actuales y, en gran parte, por las visiones, enfoques y prácticas que defienden y promueven los modelos occi-



denciales de atención en salud, mantienen a la humanidad y al mundo en un estado permanente de morbilidad que se agrava cada vez más, por las guerras, las desigualdades y las luchas por el poder.

En este aspecto, una visión de *Salud Comunitaria* como la que aquí se plantea, también le exige a la academia que en sus planes de estudio y formación de los profesionales de la salud, se incluyan contenidos teórico-prácticos que permitan conocer y reconocer las diferentes lógicas (empírico-lógico-racional y el simbólico-mítico-mágico) y las múltiples perspectivas de interpretación y análisis, para poder comprender desde la complejidad e integralidad al ser humano y al mundo. Así que, además de los enfoques y contenidos investigativos que ya lo orientan (el epidemiológico y cuantitativo), el modelo de *Salud Comunitaria* debe ser abordado desde los enfoques de investigación social e investigación cualitativa, porque a través de estos se puede llegar al mundo subjetivo de las personas y allí encontrar el entramado “secreto” de las interacciones socio-culturales y representaciones simbólicas de lenguajes y expresiones humanas.

Por todo lo anterior, podemos decir que la *Salud Comunitaria* no es viable en el neoliberalismo, tampoco en los Sistemas de Salud y Seguridad Social que dependan de éste; por eso en nuestro país este modelo de atención y asistencia pública sigue siendo un concepto, un sueño, una utopía. Una realidad a medias construida aisladamente por muchos y muchas ciudadanas desde su cotidianidad y compromiso social, sin el apoyo y la participación del Estado.

BIBLIOGRAFÍA

CARDONA, Álvaro; CARDONA José F. y otros, *Sociedad y salud*, Ed. Zeus Asesores Ltda. Bogotá, Colombia, 1992.

CONSEJO NACIONAL DE PLANEACIÓN, *Colombia se pronuncia sobre el Plan Nacional de Desarrollo. “Hacia un Estado Comunitario” 2002-2006*, Editora Guadalupe Ltda., Bogotá, Colombia, 2003.

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, Prólogo, Carlos Lemos Simmonds, Editorial Panamericana, Colombia, 1995.

FUNDACIÓN SANTAFÉ DE BOGOTÁ, *La Reforma de Seguridad Social y la Salud Comunitaria. Memorias II Foro Nacional de Salud Comunitaria*, Santa Fe de Bogotá, Colombia, 1994.

————— *Estrategias de información y comunicación para el avance del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Memorias IV Foro Nacional de Salud Comunitaria*, Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Fundación Santa Fe de Bogotá, Santa Fe de Bogotá, Colombia, 1998.

GARCÍA, Mery Constanza, “La salud: una inversión mas justa”, en *Revista Avances en Enfermería*, v. XX, n. 1, enero-junio, 2002, pp. 52-57. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia, 2002.

HINKELAMMERT, Franz J., *Cultura de la esperanza y sociedad sin exclusión*, Editorial Departamento Ecu-ménico de Investigaciones, San José, Costa Rica, 1995.

INFORME DE RESULTADOS A LA OPS 1988-89, *Investigación acción en promoción de la salud en atención primaria*, Departamento de Medicina Preventiva, Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, 1989.

JARAMILLO PÉREZ, Iván; OLANO Guillermo; y otros, “Ley 100, cuatro años de implementación”, en *Revista Informes Técnicos 2*, Editan ASSALUD-FESCOL-FUNDACIÓN CORONA-FUNDACIÓN FES-GTZ, Santa Fe de Bogotá, Colombia, 1998.

KLEVENS, Joanne; RESTREPO VÉLEZ, Ofelia; y otros, “Teaching Community Oriented Primary Care in a Traditional Medical School: a Two Year Progress Report”, en *Journal of Community Health*, v. 17, n. 4, august 1992, pp. 231-245.

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA, *Diccionario de la Lengua Española*, Madrid, España, 1970.

RESTREPO VÉLEZ, Ofelia, *La participación comunitaria: tercer componente de la triple jornada de trabajo femenino en sectores populares*, conferencia inédita, Madrid, España, 1999.

SAN MARTÍN, Hernán, *Salud comunitaria: teoría y práctica*, Edic. Díaz de Santos, S.A. Madrid, España, 1984.