

PARTICIPACION, SALUD Y SOCIEDAD

Cuad. Méd. Soc. XXXVII, 4, 1996/ 33-36

Dr. Carlos Montoya Aguilar

RESUMEN

La participación social en salud suele ser interpretada como un llamado del equipo técnico hacia la comunidad para que ésta participe en pro de su salud. Pero ¿cómo puede pensarse que las personas de la comunidad no procuran la conservación de su propia salud? Lo han hecho desde siempre, en forma instintiva antes, y hoy deliberada. Este artículo propone que lo que corresponde al equipo de salud en el importante tema de la participación es ante todo realizar bien su propio trabajo: lo que la comunidad espera de él.

Ello exige definir el modelo de ese correcto desempeño y ponerlo en el centro de la formación profesional. Sin embargo, eso no es todo: se analiza también la "recepción" a la comunidad en el sistema formal de salud y las responsabilidades que caben al sistema de atención y a la sociedad en su conjunto, para que haya una participación eficaz.

La participación social es una política declarada del gobierno y de amplios sectores de la sociedad chilena, desde 1990 (1, 2).

En 1994 se la aplicó al sector de la salud, aunque el Ministro respectivo pidió, honestamente, que alguien le explicara en qué consiste dicho principio. Varios audaces aventuraron respuestas. Aquí se resume una de ellas, considerando que el tema seguirá siendo de actualidad y seguirá prestándose para interrogantes.

¿Qué es participación?

La palabra "participar" significa "tomar parte". Esto suele ampliarse a: "dar parte" (o re-partir) y a "tener parte".

La idea de "parte" implica necesariamente la idea de un "todo".* Luego participar también quie-

re decir: ser elemento de un todo, de un conjunto y, por lo tanto, tener relaciones de acción (o de pasión) en un sistema. Es tener contactos: actos con otros y no participar es ser marginal o enajenado.

Tomar parte equivale a apropiarse de algo: de la posibilidad de influir en las decisiones del conjunto.

La participación es en sí un valor: es un aspecto del desarrollo humano. Todo esto, que parece un juego de palabras, ayuda tal vez a comprender qué puede ser la participación social en salud.

SALUD Y PARTICIPACION

Normalmente, las personas toman o tienen parte en la vida y en el estado de salud del grupo o comunidad del cual **son** parte, y de su ambiente.

* La noción fundamental de la unicidad de lo humano y de lo social aparece en Platón, en Pascal, en Kant y en otros muchos filósofos, así como en científicos sociales y psicólogos (3, 4).

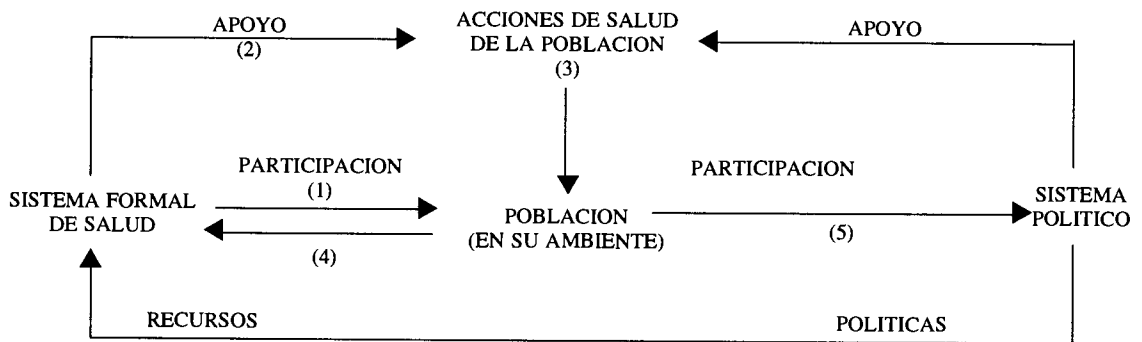


FIGURA 1.- El sistema formal de salud debe (1) salir hacia la gente y (2) apoyar las acciones de salud de la gente. La población (3) hace lo suyo, (4) participa directamente hacia el sistema de salud y (5) también a través de su influencia política.

Del mismo modo, los grupos y comunidades participan de la vida, de la salud y de los cuidados pertinentes en la región y en el país a los cuales pertenecen.

En cambio, es difícil hablar de que cada individuo "participe" con respecto a su propia salud. En efecto, la existencia personal está ligada a determinadas conductas destinadas a preservarla. El derecho a la salud y a la vida surge de la naturaleza misma del ser humano y conlleva la obligación de ejercerlo en la medida de lo posible. Lo mismo se aplica a un grupo con respecto a su propia salud comunitaria: constituye una unidad que vive su salud, no "la participa", sino que se ayuda a sí misma.*

Así ha sido siempre. Así es. Pero las sociedades también han diferenciado órganos encargados específicamente de planificar y ejecutar acciones en pro de la salud. Son parte especializada de la comunidad. Participan en el proceso social de cuidado a la salud, proceso que tendría lugar con o sin su intervención. La sociedad les entrega parte de sus recursos y les asigna roles profesionales (figura 1).

PARTICIPACION DEL EQUIPO DE SALUD

Esta participación consiste en la realización correcta del trabajo que la gente espera del equipo. Un desempeño de calidad no se logra sin un contacto directo con las personas y comunidades. El "hacer con" (cont-acto) puede darse en cada consulta, en cada examen, en cada visita de sala o en

domicilio, en cada sesión educativa, en cada reunión extramural. El hacer-con implica salir hacia la población a servir.

Una constatación: si se hace bien el propio trabajo es imposible no participar, no salir. De aquí la importancia de definir en qué consiste "hacer bien", es decir, cuáles son las características del modelo de atención integral de la salud: el contacto cara a cara entre el equipo multidisciplinario y la o las personas, la continuidad, la responsabilidad asumida, el carácter educativo de toda relación, la accesibilidad, la afectividad, las integraciones preventivo-curativa, individual-social y somatopsicológica y otros rasgos esenciales que es preciso asimilar. Una de las tareas más urgentes de la formación profesional es la enseñanza, por la discusión y el ejemplo, del modelo de atención integral. (6, 7, 8, 9)

Mientras mejor trabaje el equipo, más profunda será la relación con la gente. En la relación médico-paciente, las personas traen su vida y no solamente permiten al médico tomar parte en ella sino que se lo piden. De ahí la inmoralidad de un sistema que obstaculice o ignore esa participación. Cuando el profesional responde y toma parte, ello hace posible que el paciente -individuo o grupo- entre a co-dirigir el proceso de su propio diagnóstico y tratamiento.

La participación del equipo de salud, entendida como el salir hacia la población y como condición idealmente previa al entrar de la población en el sistema de atención, constituye un movimiento de dirección opuesta al que se ha observado en los últimos decenios: éste podría definirse como el "enclaustramiento" de una alta proporción de los equipos profesionales al interior de los hospitales y consultorios.

* Sabe que lo principal es "cultivar su propio jardín" (5).

Es conveniente medir la participación “social” de los equipos de salud y seguir su tendencia. Para ello se puede elegir entre indicadores del siguiente tipo, aplicados cada tres o cada seis meses:

- Escala de satisfacción de los usuarios.
 - Escala de comprensión, por el equipo, de los principios de una acción integral por la salud.
 - Escala de percepción, por el equipo, de las inquietudes de las personas del área respecto a su salud y calidad de vida.
 - Escala de la calidad (del tomar parte) de los contactos de profesionales con usuarios (por observación realizada por otro miembro del grupo).
 - Proporción de actos sociales de la comunidad atendida a los cuales asisten los médicos y otros miembros del equipo.
 - Frecuencia de visitas domiciliarias por profesionales del equipo.
 - Existencia de organización sectorizada del trabajo.
 - Existencia de fichas o carpetas de familia.
 - Reuniones regulares del equipo acerca de familias en riesgo y de grupos comunitarios con los cuales se trabaja.
 - Índice de continuidad de la atención a las personas.
- Suficiencia de la dotación de asistentes sociales en el equipo del consultorio (al menos una por 10.000 habitantes) y proporción del tiempo de ellos que se dedica al trabajo con grupos y comunidad.
- Frecuencia de reuniones programadas de miembros del equipo con autoridades locales y con otros sectores.
 - Proporción de auxiliares voluntarios en actividad.
 - Existencia de uno o más coordinadores comunitarios.
 - Funcionamiento regular y productivo de un consejo consultivo comunitario del establecimiento.

LAS ESENCIAS COMUNES

La participación es —en principio— posible porque todos compartimos la condición humana: ciertas cualidades y valores como la justicia, la equidad, el deseo de pertenencia, de realización y de comunicación (3, 4) o comunión (10). Y también porque compartimos los marcos de referencia y los objetivos de nuestra época y de nuestra cultura (11).

Por otra parte, hay entre nosotros diferencias que pueden enriquecer la participación. Pero también hay —en grado muy marcado en nuestra sociedad actual— diferencias que nos alejan. En el caso de la atención de salud, las barreras económicas —más aún que las culturales— dificultan grandemente la participación (12, 13)

El contacto depende también del conocimiento y comprensión que los profesionales y técnicos tengan de su disciplina, así como de su vocación. Y esto no está desvinculado del grado de vigencia de los valores humanos en la sociedad contemporánea y en el sistema de salud en particular (14). Hay, por desgracia, ejemplos frecuentes de cómo el sistema deja “al garete” a los equipos que procuran compartir actividades con su comunidad.

LA PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD

El **salir** del equipo de salud hacia la gente **abre** el camino para que los ciudadanos y las organizaciones sociales tomen parte, a su vez, en las acciones del sistema formal de atención (Figura 1). Facilita la expresión del interés natural por averiguar qué saben los profesionales acerca de la salud, qué pueden resolver y cómo. El diálogo permite captar lo que la población realmente cree y opina acerca de su salud; y lleva a una reapropiación del tema por la gente, sin paternalismo por parte del equipo técnico. Si se explican los métodos de programación, administración y monitoreo, se motivan para aportar tiempo e ideas en los consejos o comités locales de salud y también en otras instancias. Si se comparten conocimientos acerca de la causación de las enfermedades, accidentes, adicciones y otros problemas, se tiene la base del éxito en la promoción de la salud. Otro ejemplo del impacto potencial del “hacer con” la comunidad y delegar en ella es la rehabilitación —tanto física como mental. En buena medida, la equidad y la descentralización consisten en difundir y compartir el pensamiento científico relativo a la salud.

En último análisis, la misión del sistema formal de salud consiste en **apoyar** la acción que espontáneamente realiza la gente en este aspecto (fig. 1). El equipo de salud puede **sugerir** a las personas formas de asociación que faciliten la participación de ellas en las actividades preventivas o reparadoras; pero es pretencioso pensar que el equipo de salud “organiza a la comunidad”. La mayoría de las comunidades tienen formas preexistentes de organización y son éstas las que

los técnicos deben descubrir, en primer lugar, para interactuar con ellas. Instancias formales, como las municipalidades, deben iniciar y conducir la coordinación intersectorial y con los organismos solidarios de la comuna en pro de la salud, así como proteger la higiene ambiental. Con todo, la participación municipal no implica que los alcaldes tengan la obligación impuesta de administrar establecimientos de salud, asumiendo pesadas responsabilidades que corresponden al sistema institucional creado específicamente por la sociedad para tal función.

VISION DE CONJUNTO DE LA PARTICIPACION SOCIAL

Al considerar nuestra sociedad nacional, es evidente que la participación social consistiría en compartir de manera equitativa los frutos de la economía, o al menos en emprender un camino diáfano en tal dirección. Ello se reflejaría en la supresión de las diferencias entre los distintos sistemas de atención a la salud y en la equidad frente a los principales factores de riesgo o de daño para la calidad de vida, factores que se hallan en los dominios del trabajo, del ambiente, de la producción, de los servicios y de la convivencia (16)

Participación social a escala nacional es también sinónimo de democracia. En este sentido, uno de sus requisitos es que se cuente con liderazgo participativo –y no autoritario y centralizador– en todas las instituciones. Tal liderazgo tendría la capacidad de facilitar la participación activa de los funcionarios en cada sistema, como resultado de las necesarias políticas de rescate y desarrollo del personal. A la vez, tal participación interna haría posible la participación **hacia** la gente y **desde** la gente.

UNA PERSPECTIVA

Podría definirse el propósito de la participación en el ámbito de la salud como el logro –en la práctica– de un modelo de atención integral en el cual muchos no se atreven, por ahora, a creer; un

modelo cuya posibilidad se olvidó. Un modelo que, sin embargo, al realizarse, constituiría una de las defensas más eficaces para la integridad nacional en caso de producirse una nueva crisis de nuestra vulnerable economía.

BIBLIOGRAFIA

1. Concertación de partidos políticos por la democracia, Un Gobierno para los nuevos tiempos; bases programáticas del Segundo Gobierno de la Concertación, Santiago, 1993-94.
2. Figueroa, Alex, Es clave participación ciudadana en la salud, *El Mercurio*, 24.11.96.
3. Goldmann, Lucien, Las ciencias humanas y la filosofía. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1967.
4. Platón, Alcibíades; *Lisis*; en *Obras Completas*, Ed. Aguilar, Madrid 1966.
5. Voltaire, *Candide*, Ed. Cosmopolites, Paris s/f.
6. Montoya, Carlos, Ejemplo de definición del modelo de atención formal de salud. Ministerio de Salud, *Enfoque de Equidad en Salud*, Santiago, 1993.
7. Weinstein, Luis, La salud integral como alternativa de desarrollo humano, *Salud y Cambio* 1996; 6(22): 12-19.
8. Montoya, Carlos, Integralidad en salud, *Cuad. Méd. Sociales* 1992; 33(2): 28-34.
9. Molina, Carlos, El Médico para Chile en el siglo XXI, *Cuad. Méd. Soc.* 36 (N° extraordinario): 37-42.
10. Donne, John. Seventeenth meditation, en: *Devotions upon emergent occasions*, Mc Gill's Univ. Press, Montreal and London, 1975 (pp. 86-87).
11. Krech, David; Crutchfield, Richard y Ballacey, Egerton, *Individual in Society*, Mc Graw-Hill Book Co., Tokyo, 1962.
12. WHO, *Community action for health, Background document for Technical Discussions*, WHA 47, Ginebra, 1994.
13. UNDP, *Human Development Report 1993*, Oxford Univ. Press, N. York, 1993.
14. Magendzo, Salomón, Actitudes de los trabajadores de la salud hacia los sectores populares, *Salud y Cambio* 1991; 3(6): 44-51.
15. Montoya, Carlos, Enfoque de equidad en salud: una batalla para ganarla, *Vida Médica* 1994; 46(4): 61-65.
16. Vega, Adriana y Estrada, Alfredo. Participación social, poder político y salud, *Salud y Cambio* 1989;1 (1): 20-28.