

DISCUSIONES TECNICAS DE LA XXII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO DE LA OPS

“Servicios comunitarios de salud y participación de la población” fue el tema seleccionado para las Discusiones Técnicas que tuvieron lugar durante la XXII Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XXV Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas (Washington, D.C., octubre de 1973). El presente artículo es el documento de trabajo que sirvió de base a las discusiones. Los dos anexos de este documento—experiencias de dos países en la participación de la comunidad en el desarrollo de servicios de salud—aparecen a continuación como artículos aparte. Termina esta presentación con el Informe Final de las Discusiones Técnicas, que fue aprobado por el Consejo Directivo en su Resolución XXII.

SERVICIOS COMUNITARIOS DE SALUD Y PARTICIPACION DE LA POBLACION¹

Este trabajo tiene por objeto estimular la discusión sobre la participación permanente de los habitantes como instrumento esencial en el logro de las metas del sector salud. Además de estudiar la parte que desempeña la comunidad en lo relacionado con los programas de salud, la educación, y la actividad promotora y orientadora de las universidades—todo bajo la responsabilidad de los ministerios de salud—se detallan a manera de ejemplo dos experiencias: la organización de comités de salud en Panamá, y las actividades de extensión rural en el Brasil.

Introducción

La participación de la comunidad en cualquier programa de acción social es un proceso complejo en grado extremo; por lo tanto, no se pretende analizar aquí todos los aspectos del tema ni las múltiples modalidades de obtener la participación comunitaria, las cuales se espera sigan experimentándose y perfeccionándose, según las características propias de los países de la Región.

Se consideran en este estudio cuatro aspectos significativos: 1) participación de la población en la organización y funcionamiento de los programas de salud; 2) respon-

sabilidad de los ministerios de salud en la educación para la participación; 3) funciones de las universidades para promover y orientar la participación en el desarrollo de los programas de salud, y 4) contribución de otras instituciones nacionales.

Conceptos y planteamiento

El ser humano, como miembro de la sociedad, debe ser visto en su doble carácter en relación con las acciones de salud: es objeto fundamental y, a la vez, protagonista de ellas. Esto explica la preocupación constante de la OPS/OMS para promover una mayor participación efectiva de la comunidad en el desarrollo de los servicios de salud. Desde un principio, esta preocupación quedó plasmada en el preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, donde se señala que “Una opinión pública bien informada y una cooperación activa, por parte del público, son de importancia capital para el mejoramiento de la salud del pueblo” (1).

Por otra parte, la II Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas en 1968 recomendó “que se consideren las condiciones sociales y culturales, especialmente las de las comunidades rurales tradicionales,

¹ Documento CD22/DT/1 (mimeografiado).

para definir las actividades en los programas de salud". También indicó que "se intensifiquen las actividades de educación para la salud en todos aquellos programas que contribuyan al desarrollo económico y social de la comunidad rural" (2).

El Consejo Ejecutivo de la OMS, en su 51a Reunión, también puso de relieve la importancia de la participación de la comunidad como un elemento esencial en el éxito de cualquier política de salud. Sin la participación de la población local, los servicios de salud no estarán en condiciones de responder a las necesidades cambiantes de la población; la "voluntad nacional" no sería suficiente para asegurar que se tomen las decisiones necesarias (3).

La 23a Asamblea Mundial de la Salud, en su Resolución WHA23.61 establece, como uno de los principios básicos para el desarrollo de los Servicios Nacionales de Salud, que "la educación para la salud del público y la participación de amplios sectores de la población en el desarrollo de todos los programas de salud pública constituyen una expresión de la responsabilidad individual y colectiva de todos los miembros de la sociedad para la protección de la salud de los seres humanos" (4).

Todo individuo, en la función que le corresponde desempeñar como miembro de una comunidad, posee en mayor o menor grado un interés por los asuntos del grupo social al que pertenece. La participación social es un medio de desarrollo de la personalidad y de lograr realizaciones que satisfagan las propias necesidades básicas del individuo; es un elemento de valor que debe promoverse a través de la educación. Es por eso que el

desarrollo de la comunidad debe ser visto como un proceso esencialmente educativo destinado a fortalecer en el individuo el sentido de responsabilidad frente a la comunidad de la que forma parte, y orientar su interés así como su actuación hacia los beneficios colectivos que se pueden obtener mediante el esfuerzo común.

La idea de la participación activa, individual, familiar y de la comunidad para ayudar a resolver problemas prioritarios de salud no es reciente en la Región. Por varios años la OPS, conjuntamente con las autoridades nacionales, ha destacado que el estímulo y el logro de la participación plena de la población en todos los programas de salud, es un objetivo de la educación en este campo, y ha considerado tal participación como uno de los medios más seguros para estimular el desarrollo de la comunidad.

En el Plan Decenal de Salud para las Américas, formulado en la III Reunión Especial de Ministros de Salud, se señala que "La participación de la comunidad ha sido una respuesta acertada a este nuevo enfoque de la atención de la salud y la enfermedad por cuanto la motivación, educación y organización de las comunidades les está permitiendo participar en los programas para beneficio de su propia salud". Asimismo se indicó en otra parte la importancia de "asegurar la participación activa de la comunidad—que representa un recurso de salud de mayor productividad—a lo largo de todo el proceso de organización del sistema, utilizando diversas técnicas, tales como los comités de salud, que integren los sectores agrícola, de educación y vivienda según las condiciones propias de los países" (5).

1. PARTICIPACION DE LA POBLACION EN LA ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LOS PROGRAMAS DE SALUD

La evolución del concepto de participación

La experiencia de los países, en especial los latinoamericanos, ha señalado que pueden haber decisiones gubernamentales bien ins-

piradas, planes y programas técnicamente elaborados e incluso posibilidades de recursos externos e internos de financiamiento y asistencia técnica. No obstante, todo eso

puede ser independiente de que la población y los grupos dirigentes deseen y estén dispuestos a llevarlo a la práctica, y cuenten con los mecanismos apropiados para canalizar la voluntad y la capacidad individual y colectiva hacia ese fin (6).

En la evolución del concepto de participación popular conviene destacar varios hechos acaecidos en las últimas dos décadas:

En los años cincuenta, las Naciones Unidas asociaron el concepto de participación de la población al tema "Organización de la comunidad", con el objeto de que "pueblo y gobierno" unidos trataran de encontrar la solución de los múltiples problemas de una localidad. Esta definición se puso en práctica al establecer los gobiernos programas de desarrollo de la comunidad o desarrollo local. En esta oportunidad algunos gobiernos desarrollaron los primeros programas masivos de alcance nacional.²

En la misma década, y coincidiendo con estos hechos, se inició en América Latina la planificación como instrumento destinado a racionalizar el proceso de cambio social. En ese momento histórico, la experiencia mundial señalaba que el método de planificación, tal como había sido utilizado en el modelo de desarrollo de los países socialistas, era capaz de transformar racionalmente una sociedad. Conjuntamente se presenta la idea de que estas transformaciones se logran a un bajo costo social, en contraposición con el alto costo del cambio cuando este se logra sin ejercer el control.

Por otra parte, algunas organizaciones internacionales apoyaron la creación de sistemas de planificación a nivel nacional como instrumento para lograr el desarrollo a través de un sistema político-administrativo que, al jerarquizar necesidades, plan-

teara objetivos y metas realizables. Esto permitirá utilizar la asistencia internacional en mayor medida. La finalidad de este proceso era alcanzar el desarrollo económico, con lo cual los denominados sectores sociales, educación, salud y vivienda, quedarían un tanto marginados.

En los años sesenta se hicieron apreciables esfuerzos para incorporar las dimensiones sociales y políticas al proceso de desarrollo. De esta manera surgieron diversos conceptos que se han incorporado al léxico de la planificación del desarrollo. Entre ellos se incluye el concepto de participación, que varía según se utilice como instrumento de acuerdo con la versión anglosajona ("community organization and development"), o se trate de darle un contenido político vinculado al término "movilización de la población para el desarrollo", o bien si se convierte en un objetivo central de la política social.

En la región de las Américas, los programas que utilizan el concepto de participación han evolucionado de la manera siguiente:

- Programas cuyo objetivo central se refiere a la promoción y organización de un grupo de participantes, con el objeto de satisfacer una necesidad sentida, para lo cual cuentan con el apoyo material y financiero de instituciones públicas o privadas. El alcance de estos programas es limitado en el nivel local o en la acción sectorial, o en ambas.

- Programas que siguen la descripción anterior pero con aumento del número de comunidades y, por lo tanto, de la población atendida. Utilizan la coordinación institucional y la participación de la población como instrumentos básicos para lograr los objetivos de los programas de desarrollo de la comunidad. Su alcance es nacional y se dirigen a movilizar la población, en una primera etapa, para obtener de esta manera su participación permanente.

- Programas diseñados dentro del marco de la política social contemplada en el Plan

² En las Naciones Unidas se ha expresado la convicción de que el desarrollo de la comunidad representa un "instrumento valioso y eficaz para lograr el desarrollo económico y social". Sobre esta base se invitó a los "estados miembros a utilizar y aprovechar la referida acción comunal al máximo posible como factor del desarrollo económico y social, especialmente en los sectores donde existe población no ocupada y en coordinación con la Reforma Agraria". Los estados que adoptaron estas formulaciones definieron, a partir de ellas, las políticas sociales dirigidas a organizar y encauzar la participación popular.

Nacional de Desarrollo. El objetivo es lograr el apoyo popular a través de la participación y obtener una mayor efectividad en las acciones que se realizan a nivel local, por medio de la coordinación a nivel nacional o regional con otras medidas destinadas al desarrollo nacional.

La presente década (1971-1980) agrega una nueva dimensión a la evolución del concepto. El Plan de Desarrollo incorpora la definición de una política social³, la que parte del supuesto que el desarrollo es un proceso eminentemente social, por lo que su planificación debe ser un proceso de cambio social racionalizado. En función de este marco de referencia, la política persigue tres objetivos básicos: 1) la incorporación de todos los sectores de la población a los procedimientos de producción y distribución de la riqueza. 2) La participación popular en todas las tareas de organización y ejecución del desarrollo. 3) La organización y el funcionamiento de los servicios referentes al bienestar social.

De esta manera, la política social distingue que el proceso de participación es un proceso global que debe cubrir todas las acciones de la sociedad. Por consiguiente, la participación supone que la sociedad como un todo es la que debe intervenir en las decisiones, las cuales no deben ser el resultado de la participación de ciertos grupos, sino que debe existir igual oportunidad para que todos participen crítica y concientemente.

De lo anterior se desprende que es la población, a través de todos sus estratos y sectores y mediante sus múltiples y complejas relaciones, la que ha de concebir, ejecutar y aprovechar los planes destinados a elevar sus propios niveles de vida, y estos implican transformaciones de estructura o de modos de vida de los sectores de población comprometidos, v.g., la modernización de la vida en las zonas rurales.

Elementos de la participación

En el proceso de la participación⁴ es necesario considerar tres elementos: 1) quiénes deben participar; 2) la forma que debe tomar esta participación, y 3) a qué tipo de desarrollo debe conducir la participación.

En relación con el primer elemento, la participación debe abarcar la mayoría de la población, que debe incluir especialmente la población marginal. Este objetivo exigiría ciertos requisitos en los sistemas de representación, que permitan establecer vías o medios para la participación social. Se sugiere que esta sea encauzada a través de organizaciones formales y no formales (promovidas por el Estado o por grupos políticos o de carácter espontáneo). Esto permitiría una participación real que modificaría el proceso de desarrollo y que facilitaría la distribución de los beneficios entre todos.

La forma de una participación real incluye el concepto de organización, el cual involucra la idea de una estructuración social coherente que facilite el acceso de los individuos a los asuntos de su comunidad y su nación. Esta forma de organización no tiene un patrón único y típico sino que, por el contrario, ha variado de acuerdo con distintos factores (motivación, intereses, actividades, valores, etc.); esto ha dado origen a clasificaciones según las características que presenta, las cuales se señalarán más adelante.

En cuanto al tipo de desarrollo que debe conducir a la participación (7), se ha visto que esta tiene como objetivo asegurar la colaboración de la población y a la vez reducir la resistencia individual o colectiva al proceso de cambio. En términos generales, la participación se orientará hacia la aceleración del proceso de modernización, facilitará la movilidad social, consolidará el nivel de bienestar social y, por último, respaldará una

⁴ Es conveniente distinguir entre movilización y participación de la colectividad. A este respecto se ha señalado que la movilización es precursora de la participación y supone un proceso orientado al cambio social que se diferencia del mantenimiento estático del sistema social. Se basa en los movimientos sociales que permitan logros concretos e inmediatos y que faciliten, a su vez, que la población se organice y participe en la toma de decisiones de más largo alcance.

³ Como ejemplo véase CORDIPLAN, IV Plan de la Nación, 1970-1971, Vol. II, *El desarrollo social y cultural*, Caracas, 1970.

economía y una política económica en función de todos los sectores de la población, puesto que al participar los grupos mayoritarios, resultará en una mayor ventaja para el crecimiento económico.

Así entendida, la participación combate el subdesarrollo, ya que este implica, por una parte, la falta de participación popular en los programas de desarrollo, y por la otra, la ausencia de mecanismos para afrontar la resistencia a estos programas, la falta de apoyo político y el drenaje de recursos vitales hacia frentes no productivos.

Los elementos que se acaban de describir requieren que la participación tenga un significado concreto, y que se expresen en acciones sistemáticas que permitan evaluar sus logros. Al definirla como instrumento de aceleración de cambios sociales, elemento integrador de la sociedad o de apoyo a medidas gubernamentales, es necesario establecer programas que expresen claramente objetivos, metas, alcances, instrumentos y recursos que serán utilizados. Por otra parte, es deseable que el mayor número de programas sean proyectados en forma concreta. Igualmente se debe proceder a estudiar la organización adecuada para alcanzar los diferentes niveles—nacional, regional y local—diseñando la estrategia que corresponda a cada nivel.

Varias condiciones son necesarias para poner en práctica este tipo de programa, entre otras: disponer de capacidad de decisión y habilidad de ejecución que otorgue flexibilidad y rapidez a los ajustes necesarios en la programación de las acciones; asegurar la coherencia entre las necesidades y aspiraciones de la población y la viabilidad de las políticas interpretadas y concebidas por los niveles técnico y de decisión, y desarrollar un adiestramiento sistemático del personal encargado de la buena marcha de los proyectos.

La organización de la participación traducida en proyectos sistemáticos señala que debe haber propósitos definidos, como son, por ejemplo, el mejoramiento de la eficiencia en los servicios, y el logro de reformas estructurales en la sociedad. Además, hay que

tener en cuenta que los grupos participantes son heterogéneos (por diferencias de sexo, edad, intereses, motivaciones, nivel cultural, etc.), y que su intervención va a introducir modificaciones en la sociedad. De aquí que la participación entraña la organización a nivel de las instituciones locales. Estas deben estar dispuestas a llevar a cabo esta participación mediante la implantación de los cambios que se requieran, organizando la población para este objeto, y para que pueda ajustarse, con el tiempo, a los objetivos propuestos.

Son numerosos los ejemplos de que en la práctica esto no ocurre. Teóricamente, en los objetivos de la institución se expresa el deseo de participación de la comunidad, pero se constata que no existe en la realidad, puesto que la resistencia a la participación crítica es tal, que se obstaculiza sistemáticamente todo esfuerzo de participación efectiva. Por ejemplo: algunas veces no se tiene presente que las acciones que determinan la programación en salud están condicionadas por las respuestas sociales de la comunidad beneficiaria y son producto del esfuerzo combinado de los grupos que integran la estructura administrativa. Como consecuencia, el proceso de planificación en salud no puede cumplir sus objetivos porque no se ha asegurado una genuina voluntad de cambio y decidida actitud favorable al proceso y sus consecuencias, de parte de los grupos humanos interesados.

Formas de participación

El concepto de participación implica un modelo de sociedad donde este elemento es valorado positivamente. De allí que la ideología que sirve de marco de referencia a las decisiones deba postular como obligación el principio de participación.

Sin embargo, el problema representado por la ausencia de un consenso en torno a la definición de participación ha agudizado en cierto modo las dificultades inherentes, por lo que se ha planteado la necesidad de definiciones que permitan mayores aportes en

el plano práctico. La CEPAL ha hecho un intento en este sentido al sugerir que la participación se refiera a la capacidad de los miembros de los grupos y colectividades para obtener de los grupos dominantes de la sociedad las reacciones que satisfagan las necesidades y aspiraciones de esos miembros. Las clases de reacciones obtenidas determinarán el acceso del individuo a las oportunidades o a los activos distribuidos entre los miembros de la sociedad (8). Así, la participación de cada persona en su calidad de beneficiario y contribuyente, estará determinada por su aporte a una o más unidades sociales⁶ que comparten esos beneficios. La participación como instrumento de desarrollo se refiere, en última instancia, al empeño en lograr la integración de todos los sectores de la población y representa una vía para abordar la integración rápida de los grupos marginales.

La falta de integración se supera a través de dos alternativas: por una parte, se puede considerar el fenómeno como producto de la estructura de la sociedad; para superar la marginalidad deben ser modificadas sus relaciones estructurales. Por otra parte, se concibe la superación de la marginalidad sin modificación societal, mediante medidas que partan de los sectores marginales y los orienten a su integración en la sociedad global.

Como se indicó ya, la organización de la población podría tomar diferentes formas. La CEPAL (9) ha señalado las formas de participación basadas en *modalidades de organización* según: los intereses comunes de sus miembros; las formas de actividad y participación, o ambas, y los papeles políticos, económicos, sociales o religiosos de los miembros. Estos papeles facilitan el análisis de cada caso y el empleo del miembro en los programas sociales.

De igual manera, la participación ha sido objeto de análisis que han conducido a instituir tipos de modalidades de aquella. Por

ejemplo, Alberto Meister (10) ha sugerido cinco tipos de participación:

- 1) Participación de hecho, que se caracteriza por no ser voluntaria y tener su origen en la tradición, y conduce a repetir las costumbres ya establecidas.
- 2) Participación voluntaria en la que el reclutamiento es por la propia voluntad de la persona y tiende a la satisfacción de nuevas necesidades y a la creación de nuevos comportamientos. Por lo tanto, acelera los cambios sociales.
- 3) Participación espontánea, que implica la creación de nuevos grupos sin la organización debida. Por lo tanto, su papel social no está lo suficientemente claro.
- 4) Participación provocada, que se suscita por agentes exteriores y busca comportamientos juzgados deseables.
- 5) Participación impuesta, es decir obligatoria, e inducida también desde el exterior; se considera indispensable para la acción de los grupos.

No obstante, es muy importante hacer resaltar que, si bien es cierto que los programas sociales están dirigidos a fomentar la participación, es difícil evaluar los alcances de la misma, ya que en muchas ocasiones estos programas carecen de una política coherente en todos los campos del desarrollo económico y social. Se ha indicado con frecuencia que los esfuerzos en esta área se han dirigido fundamentalmente a solventar necesidades inmediatas. Esto ha traído como consecuencia que los individuos participen activamente, pero solo de manera temporal, ya que la acción generada de ordinario se diluye una vez que ha sido cubierta la necesidad. De allí la importancia de lograr una participación consciente y permanente de la población.

La participación de la comunidad como instrumento del plan de salud

Si se parte del principio antes mencionado de que la sociedad como un todo comparte el deseo y la necesidad de la participación, el

⁶ Unidad social es el término genérico que se emplea para designar unidades grandes compuestas o unidades pequeñas simples que son capaces de interacción directa.

plan de salud debería considerar la participación de la comunidad como esencial para mejorar la salud de la población. Será necesario estudiar los mecanismos operativos que permitan que se dé esa participación.

Un examen de la realidad permite observar la existencia de programas de participación en el sector salud, organizados y ejecutados por diversas instituciones dentro del sector. En estas organizaciones se ha aplicado la metodología del desarrollo de la comunidad con el objeto de promover la participación de la población en apoyo de los programas de salud. El éxito de este enfoque resulta de los factores siguientes: claridad de objetivos; precisión del diseño del programa; calidad de los recursos humanos utilizados; apoyo institucional a la experiencia, y coordinación a nivel de campo con otros programas sectoriales existentes.

Este enfoque implica la elección de la participación como instrumento para el logro de fines concretos relacionados con el sector. Esta experiencia parece no ser suficiente. Para que la participación sea efectiva, se requieren por lo menos dos condiciones adicionales: que exista voluntad de participación en el sistema político, y que esta voluntad se traduzca en el diseño de una verdadera política de participación que incluya a todos los sectores afectados en el proceso de planificación.

En este proceso deberán tenerse en cuenta los siguientes elementos:

- La población de una comunidad, de una región o de un país.

- Los servicios de salud, inclusive los profesionales de salud, el local y el equipo, así como las personas que toman las decisiones de más alto nivel.

- El medio ambiente social, físico, económico, cultural y político donde vive el individuo.

- El contenido de la participación (puesto que ella no ocurre en un vacío). La participación debe estar constituida por acciones concretas.

- Los diferentes niveles de participación: nacional, regional y local. Las decisiones deberán ser compartidas tanto en el sentido horizontal como vertical.

- Los mecanismos de participación serán generados tanto por la institución de salud como por la población, para poder promover la participación y canalizarla.

- Los recursos humanos, financieros y de otro orden que son necesarios para lograr el éxito del principio de participación.

Estos elementos se interrelacionan, como sucede en todo proceso dinámico que obliga a una compleja interrelación de factores, en este caso orientados hacia el logro de la participación.

Conviene destacar con más detalle los siguientes elementos en relación con el sector salud: el contenido de la participación, los mecanismos de participación y los recursos utilizados.

En el contenido de la participación es indispensable señalar las acciones siguientes:

- 1) Las acciones destinadas al logro de los objetivos de los programas de salud.

- 2) Las referentes a la gestión político-administrativa vinculadas a la prestación de servicios, aspectos financieros, equipo, personal, localización geográfica, etc.

- 3) Las actividades complementarias al sistema formal de atención de salud en todos los niveles y las que promueven el establecimiento de criterios o pautas para mantener un sistema adecuado de interacción entre la población y el equipo de salud.

- 4) Las destinadas a mejorar la comunicación inter e intrainstitucional del personal del sector salud.

- 5) El apoyo a situaciones de urgencia y calamidades públicas, tales como terremotos, inundaciones, huracanes, etc.

- 6) Las acciones destinadas a preservar y mejorar las condiciones del ambiente y de la calidad de vida.

- 7) Las que facilitan a la población dar a conocer su opinión en relación con la presta-

ción de servicios, horarios, calidad, costos, tarifas, etc.

Entre los mecanismos de participación se destacan:

- La motivación entendida como la predisposición mental para adoptar nuevas actitudes y formas de conducta que constituyen una fase previa para la participación.

- La organización concebida como un sistema estructurado de relaciones entre las partes que integran el sector, que a su vez facilite la acción de las instituciones y promueva la capacidad de intervención de la población.

- La coordinación entendida como la voluntad y el esfuerzo armonizado de varias organizaciones, las cuales tienen funciones diversas pero complementarias entre sí.

- La educación concebida como la adquisición de nuevos valores y actitudes y el desarrollo de aptitudes, para asegurar el aprovechamiento oportuno y apropiado de los servicios de salud disponibles, el estímulo de la demanda racional de los servicios y la participación informada y estimulada de la comunidad que facilite el uso de sus recursos.

Es conveniente destacar la importancia de llevar a cabo investigaciones destinadas a crear nuevas técnicas y perfeccionar las existentes para asegurar la participación de la comunidad en forma sostenida en el desarrollo de los servicios de salud.

En cuanto a los recursos utilizados es conveniente mencionar, además de los medios que permiten financiar el trabajo, el personal profesional especializado que se necesita para el trabajo con la comunidad, de acuerdo con el nuevo enfoque de la participación. De ordinario, los ministerios de salud disponen de especialistas en educación para la salud, una de cuyas funciones es analizar y facilitar canales de comunicación adecuados para el mejor funcionamiento de la estructura administrativa de los servicios de salud y promover una mejor comunicación entre estos y la comunidad. Su papel es orientar al personal de salud en su trabajo educativo con la comunidad, puesto que las distintas categorías de personal tienen oportunidades y responsabilidad compartida de trabajar con los diversos grupos promoviendo y alentando su participación.

Las experiencias específicas en el campo de la salud varían de acuerdo con el contexto sociopolítico. Por esto es difícil producir "modelos" de aplicación de una política de participación; sin embargo, y a título de ejemplo, se presentan más adelante las experiencias de dos países de las Américas. Se espera que la discusión de las diversas modalidades actualmente en práctica contribuyan al enriquecimiento de las ideas aquí expuestas, con miras a lograr una visión más concreta de la experiencia de la participación en apoyo de los programas de salud en América Latina.

2. RESPONSABILIDAD DE LOS MINISTERIOS DE SALUD EN LA EDUCACION PARA LA PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN EL DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS DE SALUD

Con el propósito de tener una idea más amplia del papel que desempeñan los ministerios de salud en la educación para la participación popular, se ofrece como un ejemplo la labor que ha realizado Panamá en la organización de los comités de salud.

La experiencia de Panamá

Los esfuerzos de Panamá por lograr la participación de la comunidad en los pro-

gramas de salud han alcanzado una proyección nueva mediante el Programa de Salud Integral. El objeto de este programa es lograr que en cada comunidad se pueda coordinar la totalidad de los programas básicos del Ministerio, utilizando el Comité de Salud como punto de apoyo. La participación activa y organizada de los miembros de las comunidades es así considerada como requisito previo y esencial para elevar el nivel

de salud personal. Además se busca integrar las acciones comunitarias con los esfuerzos de los equipos de salud.

El concepto de *salud comunitaria* implica la integración de los programas de salud en comunidades organizadas. La participación de la comunidad, como consecuencia, se fundamenta en su capacidad de manejar los instrumentos necesarios para promover salud. El esfuerzo de la comunidad define su interés en participar; la organización indicará el nivel de salud que es capaz de alcanzar.

Las características de estos programas responden, por lo tanto, a los diferentes niveles de desarrollo de estas comunidades.

La participación de las comunidades menos desarrolladas en los programas de salud requiere una metodología que modifique casi por completo la organización social existente. Este será un esfuerzo que trasciende al sector salud por su amplio significado. Sin embargo, los programas de salud constituyen retos a las comunidades, transformándose en instrumentos importantes para crear conciencia y para organización.

La salud de la población se encuentra estrechamente relacionada con la realidad social y económica. La estrategia que hay que desarrollar en el campo de la salud, por lo tanto, está ligada a la política económica nacional y a los planes de desarrollo social en general.

La organización de una comunidad es un paso previo y necesario para que se produzca la participación de la población en los programas de salud. La integración de los programas en las comunidades organizadas es un proceso que requiere cambios estructurales y educación.

El Ministerio de Salud de Panamá creó un instrumento de organización popular para lograr este fin en las comunidades: el Comité de Salud.

Los Comités de Salud tuvieron su origen como resultado del Seminario Internacional de Educación Sanitaria, celebrado en 1954 en la ciudad de Chitré, República de Panamá, al que siguió la creación de cinco Comités de

Salud, constituidos por líderes de las comunidades de Chitré.

Posteriormente, en 1962, el Ministerio de Salud (llamado entonces Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública) dio gran impulso a la formación de estos Comités en todo el país. Este paso significativo para los programas de salud nació de la necesidad de contar con la participación de la comunidad en el Programa de Unidades Móviles en Areas Rurales (PUMAR), así como también del hecho de que la Contraloría General de la República había dispuesto que los fondos provenientes de las prestaciones de los servicios médicos y paramédicos de las instituciones estatales de salud pasaran a ingresar al fondo común de la Nación, siempre que estos fuesen manejados por el personal de estas instituciones.

Fue así que el Ministerio dispuso que se organizaran estos Comités en todas las comunidades del país, donde se estaban prestando servicios médicos, y que fueran responsables de la administración de los fondos provenientes de los servicios estatales, además de brindar su cooperación en todas las actividades de salud que se desarrollan en sus comunidades.

De acuerdo con esta disposición ministerial se establecieron en el Plan Nacional de Salud los principios que determinan la integración de los programas de salud en la comunidad. La Dirección General, juntamente con las secciones de Educación para la Salud y Servicio Social, elaboró una reglamentación para la formación y funcionamiento de los Comités de Salud y Bienestar, la cual adscribía a estos Comités funciones y responsabilidades de mayor alcance, que permitían la inclusión de otras actividades además de la administración de los fondos.

El 29 de diciembre de 1970 se aprobó el Decreto de Gabinete No. 401 que creó legalmente los Comités de Salud. Los objetivos básicos señalados a los mismos reflejan el espíritu de integración que debe existir entre la comunidad y los servicios de salud que prestan estas instituciones: 1) Estimular a la

comunidad para que conozca las necesidades y problemas de salud y participe en su solución. 2) Obtener la más eficiente y coordinada participación de los integrantes de la comunidad en los programas y campañas del Ministerio de Salud. 3) Administrar los fondos provenientes de las prestaciones de los servicios médicos y paramédicos y desarrollar actividades para recolectarlos y complementarlos. 4) Mantener informado al público sobre las actividades desarrolladas por el Comité de Salud sobre la administración de los fondos del mismo.

A través del tiempo, estos Comités de Salud y Bienestar han demostrado ser de gran ayuda para el desarrollo de los programas y acciones que ejecutan las diferentes instituciones de salud del Ministerio. Las actividades varias que realizan son: a) ayuda en la construcción de instalaciones de salud, tanto en mano de obra como económicamente; b) compra de equipo e instrumental médico; c) compra de unidades móviles para las instituciones; d) pago de salarios y viáticos al personal de servicio; e) reparaciones del edificio; f) donación de sangre para pacientes indigentes; g) fabricación de letrinas para personas indigentes; h) compra de vacunas; e i) aporte de voluntarios para las actividades, etc.

Estructurar un programa integral de salud para un conjunto de comunidades con necesidades similares y problemas comunes es la tarea principal del equipo que trabaja con un concepto de salud (medicina) comunitaria. Tales propósitos no deben expresarse sólo como postulados, sino como procedimientos que conduzcan a la acción, específicamente:

- El equipo de salud tiene que asesorar a las comunidades que se encuentran en su sector de responsabilidad; para ello es indispensable crear un sistema que le permita brindar la asesoría demandada. Se estructura, en este caso, una Comisión de Coordinación Sectorial en cada sector (que se

identifica por el equipo de trabajo en un Centro de Salud).

- Los Comités de Salud forman las comisiones de trabajo que necesita la comunidad para resolver problemas específicos, por ejemplo, la comisión de agua potable o la comisión de producción de alimentos, etc.

- La Comisión de Coordinación Sectorial reúne a todos los Comités de Salud de un sector por medio de uno o más representantes. Aquí se discuten problemas comunes, se toman decisiones que afectan a todos por igual y se promueven actividades en beneficio de todos.

- Un Seminario de Salud Comunitaria se celebra en una comunidad para discutir los problemas más importantes de la misma. Los grupos de trabajo que se forman hacen recomendaciones que son muy valiosas para el plan de trabajo. El equipo de salud del sector está en contacto con varias comunidades vecinas que son invitadas para compartir en ellas el interés por trabajar organizadamente en la promoción y mejoramiento de la salud.

En el transcurso de dos años y medio se ha organizado un total de 600 Comités en número igual de comunidades.

En el curso de los próximos tres años se proyecta desarrollar este programa en otras 300 comunidades de aproximadamente 500 habitantes, y se dedicará atención especial a la solución de los problemas de nutrición y agua potable. Los equipos de salud, que tienen bajo su responsabilidad las comunidades seleccionadas, se preocuparán además por brindar a las mismas una atención prioritaria en lo que se refiere a los demás programas básicos del Ministerio: saneamiento ambiental, cuidado y administración de los recursos de salud de la comunidad, etc.

Como es natural, las comunidades se están seleccionando cuidadosamente según criterios específicos que permiten prever, con un margen razonable de seguridad, que cada una de ellas será capaz de participar en

forma organizada, y que esa participación le permitirá alcanzar los objetivos del programa.

Asimismo, cada comunidad será objeto de un estudio inicial socioeconómico y de es-

tado de salud, que será complementado con evaluaciones periódicas, a lo largo del desarrollo del programa, y confrontado con una evaluación final en relación con los objetivos generales del Plan Nacional de Salud.

3. FUNCIONES DE LAS UNIVERSIDADES PARA PROMOVER Y ORIENTAR LA PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN EL DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS DE SALUD

Las funciones de la universidad han sido esquematizadas según los sectores o aspectos del conocimiento, representando aquéllas los reflejos institucionales de estos: la adquisición de conocimientos es misión de la "investigación", la transmisión del conocimiento es misión de la "docencia" y la aplicación del conocimiento es la misión del "servicio público". Se destaca siempre la necesidad de mantener la coherencia entre las tres partes porque las tres funciones están necesariamente interrelacionadas; y se dice que la integridad de la universidad estaría lesionada si se tomaran decisiones solamente en una de esas áreas sin considerar la repercusión que puedan tener en las otras dos, o bien cuando se refuerza una de ellas sin reforzar las otras.

En la aplicación de estos principios se consideran las actividades de la universidad como agentes de cambio, y el cumplimiento de su importante función como factor de desarrollo. Estos conceptos le dan a su acción una perspectiva más amplia que la de simple transmisora o conservadora de conocimientos. Lo que se llaman programas de extensión universitaria han sido considerados, por lo tanto, como un servicio público que la universidad debe a la sociedad que la mantiene.

En el campo de la enseñanza de las ciencias médicas, los tres objetivos de la universidad fueron reconocidos también como funciones de las facultades de medicina en varias reuniones de expertos, destacándose que ellos deben entenderse *en función de las necesidades de la comunidad*, que debe ser la preocupación básica de la universidad. Esta última expresión se justificaba por los efectos negativos que se atribuyeron a la enseñanza en el

hospital; al respecto se señaló: la especialización del trabajo hospitalario y las peculiaridades del paciente que llega al hospital, así como la consideración del paciente como individuo, con descuido de los aspectos sociales.

Por ello se dio gran impulso a los departamentos de medicina preventiva y social, en cuyo desarrollo se abrigaba la esperanza de que se obtuviera la formación de profesionales más de acuerdo con las necesidades de los países. Surgieron entonces múltiples programas que se llamaron de "medicina integral", los cuales se pueden agrupar en: a) programas extramurales; b) programas intramurales, y c) programas de medicina integral durante el internado. Una revisión del desarrollo de estos programas se encuentra en un estudio patrocinado y publicado recientemente por la OPS/OMS(11).

Los programas extramurales se llamaron también programas de "medicina comunitaria", que llegaron a abarcar desde los llamados programas de medicina familiar hasta otros en que se intentaba la organización de comunidades para su propio mejoramiento en el campo de la salud. En realidad, esto puede relacionarse con la enseñanza que se hacía tradicionalmente en las cátedras o departamentos de medicina preventiva y social del antiguo concepto de la salud pública expresado por Winslow en 1920: "La ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y estimular la salud y la eficiencia *por medio de un esfuerzo comunal organizado . . .*" (12).

Entre las ventajas de estos programas se señalaba: a) ver al paciente como miembro de la familia y de su barrio y no como ente

aislado, y b) considerar las medidas preventivas como parte integrante de la práctica médica, aprendiendo a tomar parte en el mantenimiento de la salud mediante la educación y el consejo a la familia, la aplicación de procedimientos específicos de inmunización y la práctica de exámenes de salud. Se veía, pues, el énfasis docente en los programas de las facultades de medicina.

Otro enfoque fue el concepto de la comunidad como laboratorio, cuya filosofía consiste en que el estudiante debe aprender a ver la salud de la comunidad y hacer el diagnóstico apropiado de ella en la misma forma que, viendo los problemas de salud de un paciente, hace su diagnóstico. Pudiera decirse que este es el énfasis en los aspectos de investigación para aplicarlos en la docencia.

Desde las reuniones de expertos, antes mencionadas, se había destacado la necesidad de que hubiera relaciones entre las cátedras de medicina preventiva y social y los servicios de salud destinados a las comunidades, señalándose ya que esas relaciones eran, en general, superficiales y muy limitadas o no existentes. Pero en los últimos tiempos se ha acentuado la necesidad de que se consideren las expectativas de las comunidades en relación con los servicios de salud y con las mismas facultades de medicina. Se ha señalado que estas deben dirigir estudios sobre la forma de atención médica a los pacientes, porque la universidad es la institución más

apropiada para estudiar las maneras de prestación de servicios y los métodos para que estos sean accesibles, con el objeto de que se desarrollen los planes mejores y más efectivos para la organización y la prestación de la atención médica.

Por lo tanto, la necesidad de una mejor interrelación entre las instituciones tradicionalmente docentes y las tradicionalmente de servicio se ha sentido cada vez con mayor intensidad. Asimismo, se ha considerado seriamente en la actualidad en algunos países la llamada "regionalización docente-asistencial" dentro del concepto de "medicina comunitaria", como un mecanismo para la formación adecuada de los profesionales de la salud. Este concepto nuevo ofrece grandes perspectivas por cuanto permitiría conjugar, en la forma más efectiva posible, las cuatro funciones que hoy se reconocen como propias para las escuelas de medicina: la docencia, la investigación, la atención médica y el servicio a la comunidad. Se ha de mantener el equilibrio adecuado de estas funciones de acuerdo con las necesidades propias de cada país o región.

A continuación de este artículo aparecen otros dos trabajos en los cuales se describen como ejemplos los esfuerzos de dos facultades de medicina en las Américas para lograr la participación de la comunidad en la promoción y desarrollo de los programas de salud.

4. CONTRIBUCION DE OTRAS INSTITUCIONES NACIONALES

El nivel de salud es expresión del grado de desarrollo de una población y su promoción no puede considerarse aisladamente de las condiciones económicas y sociales de la misma. Las enfermedades que predominan en áreas subdesarrolladas constituyen problemas relacionados con el nivel de vida, que para solucionarlos se requiere una gestión que trasciende la responsabilidad de los ministerios de salud; esto implica asimismo el diseño de políticas y estrategias que solo

pueden ser encaradas dentro de una acción intersectorial planificada a nivel nacional.

La atención de la salud no puede desligarse del marco general de desarrollo, tanto en la consideración de los problemas que se plantean como en los alcances de los programas de que se disponga. Esto significa que el sector salud debe transformarse en un subsistema del sector social para el enfoque específico de algunos problemas, que así lo requieran, y debe coordinar sus

acciones con las actividades de otras organizaciones nacionales para una labor conjunta en función de objetivos comunes.

Los problemas del área rural constituyen un grave conflicto que está afectando a un numeroso sector de la población en la región: las escasas posibilidades de empleo, producción e ingresos le impiden tener acceso a los servicios institucionales, y los bajos niveles educativos inciden en la incapacidad de esta población campesina para superar las condiciones de vida que deterioran su estado de salud. Este sector agrario demanda una transformación radical, a la cual están contribuyendo los programas de Reforma Agraria y la organización del campesinado.

Los ministerios de salud deben integrarse a este proceso mediante convenios con las organizaciones que actúan en el área rural sobre la base de proyectos concretos, globales e interdisciplinarios, y con la activa participación de los grupos populares. En tal sentido se ofrece a continuación, como ejemplo, la experiencia de la Asociación Brasileña de Crédito y Asistencia Rural (ABCAR).

Contribución del Sistema Brasileño de Extensión Rural: La expansión de los servicios de salud en el sector rural

Actividades de extensión rural

Las actividades del Sistema Brasileño de Extensión Rural se desenvuelven en dos direcciones: la primera, encauzada hacia la modernización de la agricultura, tiene por objeto ayudar al productor a aumentar la productividad de la explotación agropecuaria; la segunda, que tiene su modelo en los aspectos del bienestar social, se encamina a orientar a las familias y comunidades hacia el mejoramiento de sus condiciones de vida.

Tanto en la ejecución de actividades directamente relacionadas con los programas de modernización de la agricultura y de bienestar social, como en las que constituyen un apoyo o un medio para la realización del trabajo, el sistema se ajusta a una estrategia fundada

en la integración de los esfuerzos humanos, técnicos y financieros. Estos esfuerzos se relacionan con la agricultura, la educación, la salud, la alimentación y la vivienda según los medios y objetivos siguientes:

1) Coordinación de la investigación-experimentación: el establecimiento de una fuente de información tecnológica derivada de la investigación aplicada, que puede influir en los niveles de productividad de la explotación agrícola y en el mejoramiento de la salud y la dieta.

2) Acción conjunta con el sistema de crédito rural: la racionalización y expansión del crédito rural con miras a una combinación óptima de recursos y la factibilidad de una nueva tecnología al nivel del productor, con el fin de propiciar condiciones tendientes al aumento de ingresos de la propiedad rural.

3) Gestión integrada con los órganos de prestación de servicios: a fin de lograr la máxima utilización de los beneficios ofrecidos, especialmente los relativos a la comercialización del producto y al bienestar de la población, para una mayor y mejor atención de las necesidades básicas de la familia rural.

4) Contacto permanente e íntimo con los grupos dirigentes oficiales y no oficiales: la movilización de los recursos, medios y talentos disponibles en beneficio de la propia comunidad.

5) Integración con los órganos coordinadores de la política de desarrollo rural: el mantenimiento de un intercambio de informaciones sobre las actividades rurales emanadas de estudios de modelos y evaluaciones de los resultados observados en la ejecución de programas.

Las actividades de modernización de la agricultura y bienestar social se concretan en función de objetivos específicos, definidos por las particularidades regionales, especialmente las derivadas de la explotación agropecuaria. Para cumplir estos objetivos se han fijado metas anuales de trabajo, no como resultados finales de la actividad de extensión, sino para la difusión de los cono-

cimientos de los objetivos, constituyendo así un medio de divulgación de las prácticas recomendadas. En estas actividades se emplean métodos educativos eminentemente prácticos en los que predomina el principio de "aprender a hacer haciendo". Estos métodos dan lugar a ejemplos vivos y tangibles que favorecen y, al propio tiempo, estimulan la capacidad de observación, análisis y decisión de los participantes.

El Sistema de Extensión Rural en los programas de salud

El Sistema de Extensión Rural interviene en los programas de salud movilizando y dinamizando comunidades a fin de que estas participen activamente en estos programas destinados a la población rural. La actividad del Sistema de Extensión es, en este sentido, de carácter educativo y está orientada principalmente hacia el saneamiento básico, la educación en salud y la participación en los programas de prevención y control de epidemias.

En las actividades desarrolladas durante el período 1969-1971, con la integración eficaz con los órganos de salud de los estados y en un esfuerzo conjunto, se alcanzaron los resultados siguientes:

A continuación se indica el número de personas que recibieron capacitación en el trienio (1969-1971), en los aspectos de la educación en salud o el saneamiento básico:

| Categoría del personal | No. de personas capacitadas | | |
|-------------------------------|-----------------------------|--------|--------|
| | 1969 | 1970 | 1971 |
| Profesoras | 1,383 | 9,723 | 7,899 |
| Líderes | 2,203 | 8,456 | 5,474 |
| Total de personas capacitadas | 3,586 | 18,179 | 13,373 |

En los aspectos de salud, el Sistema de Extensión Rural desarrolla sus actividades en el medio rural de común acuerdo con los técnicos de salud, quienes actúan dentro del programa dando apoyo técnico, supervisando los aspectos de educación en salud y saneamiento básico y realizando actividades específicas (vacunación, distribución de medicamentos antiparasitarios, etc.)

Coordinación con los órganos de salud

Para la ejecución de actividades conjuntas, el Sistema de Extensión ha celebrado convenios o acuerdos con los siguientes organismos de salud: Fundación del Servicio Especial de Salud Pública (FSESP); Secre-

| Participantes | 1969 | 1970 | 1971 |
|---|-----------|---------|---------|
| Organismos participantes en el programa | 20 | 21 | 21 |
| Oficinas municipales | 685 | 1,126 | 1,053 |
| Familias que recibieron enseñanza en educación para la salud | 210,943 | 271,927 | 218,846 |
| Familias que mejoraron su sistema de abastecimiento de agua | 34,921 | 62,547 | 53,615 |
| Familias que mejoraron la higiene de la vivienda | 18,512 | 29,570 | 28,262 |
| Familias que han instalado retretes | 16,409 | 32,977 | 25,353 |
| Madres que recibieron orientación en higiene materno-infantil | 10,099 | 18,982 | 14,545 |
| Número de participantes en reuniones de orientación sobre las ventajas de las campañas contra las epidemias y que recibieron los beneficios de los órganos de salud en los aspectos de: | | | |
| Lucha contra las enfermedades parasitarias | 120,542 | 151,685 | 209,259 |
| Vacunación | 1,006,424 | 832,011 | 932,544 |

tarías de Salud de los Estados de Acre, Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Bahia, Minas Gerais, Santa Catarina y Rio Grande do Sul; Legión Brasileña de Asistencia (LBA); y UNICEF/FAO/OMS (convenio especial: administraciones municipales, Ministerio de Salud, Superintendencia de Campañas (SUCAM)); aunque no se ha firmado un convenio con este último organismo, los trabajos respectivos se realizan en colaboración).

Unidad simplificada de salud

Como resultado de la coordinación entre los servicios de extensión y los órganos de salud se constituye a nivel de los estados, a partir de 1968, la unidad simplificada de salud con el objeto de llevar a la familia rural los beneficios de los programas de salud.

Estos dispensarios mínimos tienen por objetivo crear en la comunidad el interés en velar por su situación de salud. Para diciembre de 1972 se habían establecido 246 dispensarios mínimos distribuidos en 16 estados.

La gestación de un dispensario mínimo

Condiciones mínimas

- Existencia, en la región, de una unidad sanitaria de la Fundación de Servicios de Salud Pública o de la Secretaría de Salud.

- Existencia de una oficina local del Sistema de Extensión Rural.

- Existencia de una sociedad de salud.

- Participación de la administración municipal.

- Orientador de salud.

- Local.

Estructura operativa de apoyo al dispensario mínimo

- Coordinación al nivel de los estados (órgano de salud).

- Coordinación municipal (Extensión Rural)

- Sociedad de salud.

- Orientador de salud (capacitado para poner en marcha el dispensario mínimo).

Las sociedades o comisiones de salud

Al técnico de Extensión Rural le compete la organización, el apoyo y la orientación de

la sociedad o comisión de salud, las cuales están constituidas por una directiva electiva y regida por un estatuto. En su mayoría estas sociedades tienen personalidad jurídica y carácter de asociación de bien público.

El número de asociados es limitado y las cotizaciones medias por familia ascienden a Cr. 0.50 (EUA\$0.08).⁶

Las funciones de estas sociedades son las siguientes:

- 1) Propiciar las reuniones de los representantes del órgano de salud, del Servicio de Extensión Rural y del orientador de salud para elaborar los planes de actividad del dispensario mínimo.

- 2) Familiarizar las organizaciones públicas y privadas con las actividades del dispensario mínimo.

- 3) Poner en conocimiento de la comunidad y de las ramas ejecutivas y legislativas del gobierno municipal las actividades realizadas por el orientador de salud.

- 4) Informar a la comunidad sobre los trabajos realizados, recopilar datos y coadyuvar en la programación de actividades de salud en el nivel local.

El orientador de salud

El orientador de salud del dispensario mínimo es una persona con nivel de instrucción primaria y cuya edad oscila entre 18 y 35 años, escogida por la comunidad beneficiaria.

Este funcionario recibe un sueldo mensual de la administración municipal y una capacitación por un lapso mínimo de 90 días en las unidades de la Fundación de Servicios de Salud Pública o de la Secretaría de Salud.

Actividades del dispensario mínimo

- Vacunaciones: BCG, DTP, Sabin, anti-variolica, antitetánica y antitífóidica.

- Recepción de material para los exámenes parasitológicos, las pruebas de sífilis y la investigación BAAR.

- Educación de la familia en nutrición y salud.

- Quimioterapia y quimioprofilaxis de la tuberculosis pulmonar.

- Encuestas de salud.

- Saneamiento básico (obras sanitarias, abastecimiento de agua, etc.)

- Atención de urgencia.

⁶ Según cotización del 6 de diciembre de 1973 (EUA \$1.00 = Cr. 6.27).

● Envío de pacientes a las unidades de salud u hospitales.

Funciones de los distintos organismos que intervienen en el programa

● Fundación de Servicios de Salud Pública (FSESP): apoyo técnico; capacitación de los orientadores de salud; elaboración de material didáctico, y colaboración en la supervisión y evaluación del trabajo.

● Secretaría de Salud: apoyo técnico y financiero, y vacunas y medicamentos.

● Servicio de Extensión Rural: selección de las zonas en las que se establecerán dispensarios mínimos; dinamización de las comunidades y organización de la sociedad de salud; supervisión, evaluación y divulgación de los resultados, y suministros de equipos básicos en virtud del convenio UNICEF/FAO/OMS.

● Administraciones municipales y de comunidades: instalación y conservación del dispensario mínimo; pago del sueldo del orientador de salud, y apoyo a las campañas de inmunización realizadas en la zona.

REFERENCIAS

- (1) *Documentos Básicos de la OPS*, Décima Edición, Documento Oficial de la OPS 112, 1972.
- (2) *Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, Informe Final. Documento Oficial de la OPS 89*, 1969.
- (3) *Actas Oficiales de la OMS 206*, 51a Sesión del Consejo Ejecutivo de la OMS, 1973.
- (4) *Actas Oficiales de la OMS 184*, 23a Asamblea Mundial de la Salud, Parte I, Resoluciones, 1970.
- (5) *Plan Decenal de Salud para las Américas, Documento Oficial de la OPS 118*, 1973.
- (6) CEPAL. "La participación popular y los principios del desarrollo de la comunidad en la aceleración del desarrollo económico y social". *Boletín Económico de América Latina*. Vol. 9, No. 2, 1964.
- (7) Naciones Unidas. El Segundo Decenio de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Doc. No. E/CN.12/826, 1969.
- (8) CEPAL. El Segundo Decenio de las Naciones Unidas para el Desarrollo. CEPAL. E/CN.12/826, 1969. Págs. 203-204.
- (9) CEPAL. "La participación popular y los principios del desarrollo de la comunidad en la aceleración del desarrollo económico y social". *Boletín Económico de América Latina*. Vol. 9, No. 2, 1964.
- (10) Meister, A. *Participación social y cambio social*. Caracas: Editorial Monte Avila, 1971.
- (11) García, J. C. *La educación médica en la América Latina*. Publicación Científica de la OPS 255, 1972.
- (12) Winslow, C.E.A. *The Evolution and Significance of the Modern Public Health Campaign*, New Haven, 1923, pág. 1.

EXPERIENCIA EN EL AREA DEL CARIBE SOBRE LA FUNCION DE LAS UNIVERSIDADES PARA PROMOVER Y ORIENTAR LA PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN EL DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD¹

Este es un informe sobre la experiencia del Departamento de Medicina Social y Preventiva, Universidad de las Indias Occidentales, Kingston, Jamaica, en relación con el tema "Servicios comunitarios de salud y participación de la población", seleccionado para las Discusiones Técnicas de la XXII Reunión del Consejo Directivo. En el contexto de las cuatro funciones fundamentales de la

universidad—enseñanza, investigación, atención médica y servicio a la comunidad—se analizan sus actividades de promoción y orientación encaminadas a lograr la participación de las comunidades en el desarrollo de servicios de salud. Se detallan al respecto varios programas de participación, entre ellos dos experimentos de "laboratorio" en salud comunitaria realizados en las aldeas de Hermitage y August Town, en Jamaica, y se relacionan otros

¹ Anexo I del Documento CD22/DT/1 (mimeografiado).

proyectos que se están desarrollando en este campo y lo que se espera lograr en un futuro cercano. Concluye el artículo con una lista de las condiciones necesarias para lograr que las universidades y otras instituciones docentes desempeñen estas actividades.

Breve historia de la Universidad de las Indias Occidentales

La Universidad de las Indias Occidentales inició sus funciones docentes como un colegio universitario bajo la supervisión de la Universidad de Londres, de la cual adoptó su plan de estudios y estructura administrativa, y de la que concedía también su diploma. Los primeros alumnos fueron 33 estudiantes de medicina de territorios de habla inglesa de la zona del Caribe, que ingresaron en octubre de 1948.

En 1962, la Universidad recibió su carta constitucional como organismo independiente denominado "Universidad de las Indias Occidentales". También, en el verano de 1962, y a pesar de la disolución de la Federación de las Indias Occidentales, el Gobierno de cada territorio convino en mantener la Universidad como un servicio mixto. Además del apoyo de los Gobiernos de la región, los sectores público y privado apoyan la Universidad de diversas maneras, concediendo fondos para becas, servicios y tiempo de personal.

Facultad de Medicina

La Facultad de Medicina se ha ocupado de la formación de médicos que eran, hasta hace poco, el único personal de salud que se capacitaba en la Universidad. Pronto se reconoció que la Facultad de Medicina debía preocuparse en mayor grado de los problemas de salud comunitaria de la zona. En 1954, el Decano de la Facultad de Medicina consiguió apoyo durante cinco años de la Fundación Rockefeller para establecer un Departamento de Medicina Social y Preventiva "cuyas funciones se encaminarían, entre otros objetivos, a mejorar los servicios de la enseñanza de pregrado para permitir (a

los alumnos) estudiar a los pacientes en sus hogares y ambiente social y familiarizarlos con los aspectos más amplios de la enfermedad".

Este Departamento ha desempeñado una función primordial dentro de la Facultad de Medicina en cuanto a promover y orientar la participación de la comunidad en el desarrollo de servicios de salud. Casi desde su creación, el personal del Departamento ha trabajado en estrecha relación con la aldea vecina de Hermitage (población: 1,700 habitantes), organizando y facilitando servicios de salud con la participación de la comunidad. Este programa comunitario se ha ampliado con el fin de incluir otra comunidad vecina, August Town, cuyos habitantes participaron en la planificación inicial del programa. Los dirigentes de la comunidad han trabajado voluntariamente en la clínica, así como en la labor de vincular la clínica y la comunidad.

De vez en cuando, el Departamento ha colaborado con otros departamentos y organismos en la realización de encuestas y estudios epidemiológicos, o ambos, referentes a problemas de salud comunitaria no sólo en Hermitage y August Town, sino en otras zonas, incluyendo la comunidad rural montañosa de Lawrence Tavern.

Ya en 1963 se había incluido en el programa de enseñanza de la medicina, la educación para la salud como materia específica, gracias a la generosidad del Ministerio de Salud de Jamaica y a la cooperación del encargado de esa educación.

Objetivos y funciones del Departamento de Medicina Social y Preventiva

El Departamento de Medicina Social y Preventiva tiene como objetivos generales los siguientes:

1. Asesorar en la capacitación de personal de salud; iniciar y participar en investigaciones, especialmente de carácter operativo; realizar demostraciones, cooperar en ellas y facilitar

asesoría a fin de planear los programas pertinentes para atender las necesidades de salud de las diversas comunidades.

2. En colaboración con los Ministerios de Salud y otros organismos de la comunidad del Caribe, ayudar a identificar problemas de importancia para la salud pública, prever y proponer la manera de resolverlos y evaluar la eficacia de programas correctivos.

3. Planear, realizar y evaluar programas de atención de la salud, incluyendo los de saneamiento ambiental.

4. Evaluar las necesidades de recursos humanos en salud en la zona del Caribe de habla inglesa y asesorar en la organización y evaluación de programas para atender estas necesidades.

5. Tomar la iniciativa en la realización de programas de acción y de evaluación en dinámica de la población, incluyendo los de planificación familiar.

6. Colaborar con la Facultad de Medicina en la planificación y establecimiento de una unidad o departamento de práctica general o práctica familiar.

Si bien el programa de enseñanza de estudiantes de medicina comprende años de estudios preclínicos y clínicos, lo esencial del curso es la pasantía de cinco semanas por turnos: la décima parte del alumnado (unos dos estudiantes) se turnan en el Departamento cada cinco semanas en un período de 50 semanas. Un importante aspecto de la pasantía es la experiencia sobre el terreno, adquirida en una zona rural durante dos semanas, la que permite a los estudiantes familiarizarse con aspectos más amplios de la medicina comunitaria.

El período de estudios clínicos en medicina social y preventiva ha contribuido a establecer vínculos con las comunidades vecinas no solo de Jamaica, sino también de otros territorios de habla inglesa del Caribe. Estos lugares externos de enseñanza han constituido un núcleo importante que serviría para establecer un programa ampliado de medicina comunitaria, o bien mejorar el existente, a medida que se procura capacitar profesionales y dirigentes para cooperar en la organización de comunidades en el sector salud.

El Departamento y sus dirigentes creen

firmemente en el concepto de abordar la salud en grupo y están conscientes de la responsabilidad que les incumbe en cuanto a capacitar personal de diversas categorías y disciplinas. El personal enseña a los estudiantes de trabajo y bienestar social relativos al desarrollo de la comunidad, a los estudiantes de enfermería y obstetricia, a los ayudantes de salud comunitaria y—en la Escuela de Salud Pública de las Indias Occidentales, Ministerio de Salud de Jamaica— a enfermeras e inspectores de salud pública.

Desde enero de 1972 se ha ofrecido a los graduados en medicina un curso para obtener el diploma de posgrado en salud pública. Se formulan ahora planes para ofrecer un curso análogo a otro personal de salud, de modo que los integrantes del grupo de salud puedan recibir capacitación conjunta en ciertas disciplinas básicas.

El apoyo diverso recibido de la OPS/OMS ha permitido a la Universidad de las Indias Occidentales realizar importantes actividades de adiestramiento regional para impulsar el concepto de grupo, a saber:

1. *Conferencias de personal en la zona del Caribe oriental.* En el verano de 1963 se celebraron en seis islas de la zona del Caribe oriental seis conferencias a las que asistieron personal de la Universidad y de la OPS/OMS. Se examinaron problemas de gastroenteritis y malnutrición. En cada territorio se celebraron reuniones públicas en las que participó una muestra transversal de la comunidad.

2. *Encuesta de las necesidades de salud.* En el verano de 1964 se realizó otro proyecto conjuntamente entre la OPS/OMS y la Universidad en el que se evaluaron las necesidades de salud de las islas británicas del sector oriental del Caribe. Los datos obtenidos se utilizaron en la planificación social y económica y en los programas de adiestramiento de la Universidad.

3. *Cursos de estadísticas de salud.* De 1965 a 1968 se ofrecieron tres cursillos de estadística de salud de tres y cuatro meses de duración para funcionarios de registros médicos y oficiales de estadística de la zona del Caribe.

Estos tres proyectos demuestran no solo la aplicación del principio de participación

de grupo para abordar problemas de salud comunitaria, sino la función que desempeña una universidad y un organismo internacional que colaboran conjuntamente para estimular la participación de la comunidad en el desarrollo de servicios de salud.

Unidad de Planificación Familiar y de Epidemiología

En el contexto del cambio social se debe conceder prioridad al problema del rápido crecimiento demográfico. Por lo tanto, se ha establecido dentro del Departamento y con el apoyo de la Agencia para el Desarrollo Internacional, de E.U.A., una Unidad de Planificación Familiar y de Epidemiología para atender estas necesidades en Jamaica, sobre todo con respecto a adiestramiento, investigaciones y evaluación. También facilita asesoría, previa solicitud, a otros programas de planificación familiar de la zona.

Encuesta para determinar la función de la Universidad para atender las necesidades de salud de la zona

En 1971, la Universidad de las Indias Occidentales estableció un Comité Especial para investigar la posibilidad de ampliar o duplicar su Facultad de Medicina. En el informe del Comité se señaló *inter alia* que "las necesidades de salud de la población de la zona del Caribe son numerosas. La Universidad puede desempeñar una función importante en su intento por atenderlas. Es urgentemente necesario innovar tanto en la prestación de servicios de salud como en la educación y adiestramiento del personal correspondiente". También se subrayó la necesidad de capacitar un número cada vez mayor de recursos humanos en salud y se recomendó que se duplique el número de médicos. No obstante, para lograr estos objetivos será necesario obtener fondos, lo que plantea un problema: encontrar nuevos métodos para utilizar el personal existente a fin de poder usar al máximo sus conocimientos y habilidades.

Ayudantes de salud comunitaria

Ya se había reconocido antes la necesidad de innovar en lo que respecta a la prestación de servicios de salud. En 1967, el Departamento de Medicina Social y Preventiva inició en Jamaica un programa de adiestramiento experimental de ayudantes de salud comunitaria en un distrito suburbano de población con bajos ingresos, y en el que no había médico residente. El objeto fue capacitar a residentes del lugar para trabajar como auxiliares del personal de salud bajo la dirección y supervisión de profesionales. Estimulado por los resultados de este proyecto, el Ministerio de Salud de Jamaica se asoció en 1970 con el mismo Departamento y con la Facultad de Medicina de la Universidad de Cornell para establecer un segundo proyecto, esta vez en la comunidad rural aislada de Elderslie, en St. Elizabeth.

El curso de adiestramiento comprendía conferencias, seminarios, trabajo práctico en clínicas, visitas sobre el terreno, proyectos, trabajo con grupos locales, sesiones de instrucción y demostración. El material básico utilizado en el primer curso de adiestramiento fue editado y compilado en un "Manual" que se ha usado en la capacitación de los ayudantes de salud comunitaria en Jamaica.

Estos programas de adiestramiento y el "Manual" han demostrado la función que puede desempeñar una universidad en cuanto a promover y orientar la participación de la comunidad en todos los niveles con miras al desarrollo de servicios de salud. Se manifiestan así las funciones de la universidad en adiestramiento, investigación y servicio.

Investigaciones

Los proyectos de investigación realizados por la Universidad de las Indias Occidentales han contribuido en alto grado al mejoramiento de la salud y al desarrollo de los servicios correspondientes en varias

comunidades. Diversos ministerios de salud de la región han formulado su política y programas realistas como resultado de programas de investigaciones. También se ha capacitado personal de salud en la utilización del método epidemiológico para abordar problemas de salud comunitaria y para fomentar el conocimiento de los factores ambientales, incluyendo las actitudes que afectan la salud y su atención.

Uno de los principales proyectos de investigación en el que ha cooperado el Departamento de Medicina Social y Preventiva ha sido la Investigación Interamericana de Mortalidad en la Niñez, patrocinada por la OPS/OMS. En este proyecto interdisciplinario, el equipo de investigadores comprendía estadísticos, enfermeras, asistentes sociales y médicos. El mismo Departamento ha emprendido un estudio sobre educación en salud a fin de conocer diversos factores socioculturales asociados con la salud y atención del niño como base para establecer programas eficaces de educación en salud en el hospital y en la comunidad.

Hace poco se efectuó en Dominica una encuesta preoperacional para determinar los conocimientos, actitudes y procedimientos que se aplican en la planificación familiar, para que el Gobierno pudiera utilizar sus resultados en el diseño y organización de un programa nacional de planificación familiar. Se continúan investigando los aspectos sociales, culturales y psicológicos de dicha planificación y de la presentación y uso de los servicios correspondientes.

Para lograr la participación de los habitantes se plantea el grave problema de facilitarles la información que necesitan y en la forma que los estimule a la acción necesaria. Debido a la inaccesibilidad de la población por la topografía del terreno, falta de buenas carreteras y bajos niveles de instrucción, entre otros factores, es importante buscar la manera de llegar a la población con los recursos disponibles. Hoy día se ha subsanado la falta de energía

eléctrica en las zonas rurales con el uso generalizado de radios portátiles (de pilas). En reconocimiento de este hecho, el Departamento de Medicina Social y Preventiva ha emprendido un proyecto especial sobre el uso de la radio para comunicar información acerca de la salud. Un médico en la clínica selecciona pacientes, destaca sus problemas, y explica cómo se comunica y tratan sus dolencias. El médico les ayuda a obtener la información y comprensión que necesitan, y les explica las medidas preventivas que pueden adoptar. Esta conversación se graba y se transmite por radio semanalmente, con lo cual se comparte con la comunidad información pertinente sobre salud.

Las aldeas de Hermitage y August Town han servido de "laboratorios" para realizar estudios sobre salud comunitaria. En colaboración con otros departamentos clínicos, y con la Unidad de Investigaciones Epidemiológicas, se han efectuado estudios sobre crecimiento, nutrición y enfermedades específicas. Médicos jóvenes y estudiantes de medicina, enfermería, y bienestar social, reciben adiestramiento en las comunidades mencionadas.

Además, los estudiantes de medicina han realizado, durante sus períodos de estudio y pasantía, investigaciones sobre salud comunitaria en algunas de las islas del sector oriental del Caribe, como las siguientes: organización de los servicios de salud en Jamaica; aspectos de salud en Jamaica (1968-1969); la salud comunitaria en Barbados; funcionamiento de una clínica particular de salud y bienestar del niño; perspectivas del ejercicio de la medicina en un hospital rural, y estudio de la hospitalización y de las defunciones en un hospital de menores de cinco años de edad.

Proyecto interdisciplinario

Por iniciativa de representantes de los sectores de bienestar social, sociología y medicina social y preventiva, se formularon

en 1964 propuestas para llevar a cabo un proyecto interdisciplinario en salud, educación y bienestar social. Este proyecto, que desempeñaría tres funciones fundamentales (enseñanza, investigación y servicio), tenía los siguientes objetivos: a) Dotar a la universidad de servicios con el fin de promover la aplicación de un enfoque interdisciplinario a los problemas sociales, educativos y médicos. b) Facilitar información que permita a los Gobiernos establecer programas para utilizar con más provecho los recursos disponibles. c) Ayudar a la comunidad a desempeñar una función importante en el mejoramiento de la salud y el nivel socio-económico y educativo.

Como centro de demostración e investigación, el proyecto se consideró útil para capacitar a estudiantes de pregrado y posgrado de diversas disciplinas. Se motivó a muchas personas de la Universidad para colaborar con la comunidad y el Gobierno en la preparación de un modelo útil para otras comunidades. La realización del proyecto se malogró por la falta de recursos. No obstante, se realizó cierto progreso, y desde entonces se han organizado programas en educación, trabajo social y salud, en los que ha participado la comunidad en diversos niveles.

Bienestar social: nuevos deberes y funciones

En los últimos años se han modificado radicalmente los conceptos y funciones de bienestar social. En los países en desarrollo especialmente, se concede cada vez más atención a las funciones de desarrollo del bienestar social, a diferencia de las funciones preventivas, correctivas y de apoyo.

En la Conferencia Internacional de Ministros encargados del Bienestar Social, que tuvo lugar en 1968, se expresó este concepto como "preocupación fundamental por el desarrollo de recursos, lo que incluye el fortalecimiento de la vida familiar y la preparación de las personas, especialmente

niños y jóvenes, para mejorar su propia vida a medida que contribuyen al progreso nacional".² Lleva implícita la "responsabilidad adicional de ayudar a crear un ambiente propicio a la realización de posibilidades y de condiciones para mejorar el funcionamiento de la actividad social".³

El servicio de bienestar social, al abordar con criterio holístico e integrado las necesidades humanas y el desarrollo de recursos humanos, debe mantener estrechas relaciones con los sectores importantes, como los de salud y educación, cuyo aporte es indispensable para el funcionamiento de la organización social.

Por otra parte, se estima que el bienestar social puede contribuir con conocimientos y experiencia a la formulación de normas y planes de otros sectores cuyo éxito depende del apoyo y participación de la comunidad.

Se reconoce, sin embargo, que la práctica del bienestar social no es el monopolio de los asistentes sociales profesionales con la debida formación, de los que en todo caso no se dispone en gran cantidad. La Conferencia Internacional de Ministros encargados de Bienestar Social recomendó que "en la formación del personal de los sectores sociales, incluyendo la salud, debían incluirse ciertas técnicas, conocimientos y actitudes indispensables para la promoción del trabajo social y desarrollo de la comunidad y para que la población participe en la solución de sus problemas", y que "en lo posible, debe aspirarse a la cooperación interdisciplinaria y trabajo en grupo, empezando con la capacitación conjunta".⁴

Los conceptos antes esbozados se reflejan en los siguientes ejemplos de programas en los que participa la Universidad de las Indias Occidentales.

² *Proceedings of the International Conference of Ministers Responsible for Social Welfare*. United Nations Publication, Sales No. E. 69, LV 4, pág. 6.

³ *Training for Social Welfare. Fifth International Survey*. United Nations Publication, Sales No. 3. 71, IV 5, pág. 3.

⁴ *Proceedings of the International Conference of Ministers Responsible for Social Welfare*, United Nations Publication, Sales No. E. 69, LV 4, pág. 13.

1. Adiestramiento

La preparación en trabajo social en la Universidad se ofrece en dos departamentos: a) El Departamento de Sociología, que ofrece un curso de dos años para obtener el Certificado en Trabajo Social, y el grado de Bachiller en Estudios Sociales Aplicados después de tres años de estudio. b) El Departamento de Extramuros, que ofrece un programa continuo de cursillos, conferencias, seminarios, etc., a diversos niveles, a personas que se ocupan del amplio campo del bienestar social. Gran parte de esta labor se realiza en el Centro de Adiestramiento en Bienestar Social situado en el recinto universitario Mona.

En el curso de dos años se ofrece adiestramiento general a estudiantes que proceden de diversas disciplinas, incluso salud pública. El plan de estudios comprende un curso en salud pública para todos los estudiantes; estos realizan proyectos de investigación en salud y trabajos de campo en la Junta Nacional de Planificación de Salud y en la Oficina de Educación en Salud del Ministerio correspondiente.

Uno de los principales programas realizados por el Departamento de Extramuros es un curso regional de cuatro meses sobre los principios y procedimientos de trabajo social. Los estudiantes proceden de los sectores de agricultura, desarrollo de la comunidad, salud pública, salud mental, planificación familiar, asistencia social, libertad condicional, policía, cárceles, trabajadores voluntarios, movimientos de juventud, clero, hermanas de caridad que realizan trabajo comunitario, etc.

El plan de estudios comprende la salud y la nutrición (inclusive salud mental). En un seminario que se realiza conjuntamente con los estudiantes de medicina se examinan problemas sociomédicos y se destaca la importancia de la colaboración interdisciplinaria. Los estudiantes trabajan con familias de bajos ingresos sobre una base "amistosa",

a fin de comprender mejor a los miembros de estas familias y compenetrarse con sus problemas. Se destaca la cooperación y la aplicación del enfoque interdisciplinario a los problemas de toda la zona.

2. Servicio para el preescolar en la zona del Caribe de habla inglesa

En 1967 se celebró en Barbados una Conferencia Interdisciplinaria sobre "Las necesidades del niño en el Caribe", bajo los auspicios conjuntos del Gobierno de Barbados y del UNICEF. La Universidad de las Indias Occidentales estuvo representada por profesores de trabajo social, sociología, psiquiatría, medicina social y preventiva, y pediatría.

En cumplimiento de las recomendaciones de esta Conferencia, la Universidad y el UNICEF confeccionaron conjuntamente un proyecto regional de desarrollo del niño. En este proyecto se estimula y ayuda a cada territorio de la zona del Caribe a establecer un programa general para atender las necesidades de los niños menores de cinco años. En el personal del Departamento de Extramuros de la Universidad se ha designado un coordinador para asesorar y aconsejar a los gobiernos en esta tarea.

En la Universidad también se ha establecido un Comité de Desarrollo del Niño, integrado por representantes de los Departamentos de Pediatría, Medicina Social y Preventiva, Educación, Sociología, Extramuros (trabajo social), el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe y el Fondo Canadiense Salvado al Niño, con sede en el Caribe. Este Comité ha quedado encargado de establecer un Centro de Adiestramiento en Desarrollo del Niño que se construirá dentro de poco en el recinto universitario Mona. El programa del Centro comprenderá: a) una guardería diurna experimental; b) un programa de educación de los padres de los niños en el Centro y de otros padres de la comunidad; c) proyectos de investigación relacionados con el de-

sarrollo del niño; d) una juguetería experimental (los juguetes serán confeccionados por jóvenes de los Centros de Adiestramiento de la Juventud, lo que, según se espera, contribuirá al establecimiento de una industria local de juguetes), y e) difusión de informaciones mediante los cursos y conferencias regionales de adiestramiento sobre normas y funcionamiento.

Las investigaciones pertinentes llevadas a cabo en los diversos departamentos de la Universidad y en otros lugares serán orientadas hacia los programas del Centro y hacia la región. La comunidad local participará estrechamente en el trabajo del Centro.

3. *Planificación familiar*

La Universidad de las Indias Occidentales, en colaboración con la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social, participa en un proyecto para la formación de personal profesional y voluntario de bienestar social para que asuma mayores responsabilidades en labores de planificación familiar. El proyecto, patrocinado por el Departamento de Extramuros, se realiza conjuntamente con el Departamento de Sociología, la Unidad de Planificación Familiar/Epidemiología, la Asociación de Trabajadores Sociales de Jamaica y algunos organismos de bienestar social, como la Junta Nacional de Planificación Familiar y la Asociación de Planificación Familiar de Jamaica.

Este proyecto deriva de una conferencia de dos días organizada en 1970 por el Departamento de Extramuros y patrocinada conjuntamente por la Universidad, la Junta Nacional de Planificación Familiar y la Asociación de Trabajadores Sociales de Jamaica. En esta conferencia se reunieron unos 200 representantes de diversos organismos de bienestar social, la iglesia, sindicatos, partidos políticos y grupos cívicos, con el objeto de examinar los aspectos de bienestar social de la planificación social y

cómo esta podría incorporarse en sus programas.

4. *Desarrollo regional*

En 1967, el Departamento de Extramuros de la Universidad de las Indias Occidentales, en colaboración con la Sociedad de Agricultura de Jamaica, inició un proyecto de desarrollo regional en una zona agrícola pequeña de North Clarendon, basado en la organización y participación de la población de la zona más que en los cultivos y mercados habituales. Este proyecto se denominó "Operación autoayuda" y el lema seleccionado por la población fue "Con nuestras propias manos". Con la cooperación de grupos autóctonos de la Sociedad de Agricultura de Jamaica se logró la participación de los representantes de los distritos de la zona en una encuesta amplia del lugar para determinar las necesidades y posibilidades. La Universidad se encargó de la tabulación y del análisis de los datos. Algunos comités cívicos se ocuparon de diversos aspectos del programa, para atender las necesidades definidas, e invitaron a técnicos del Gobierno y a organismos particulares a asesorarlos y aconsejarlos. El programa, que se continuó en 1973, ha permitido obtener resultados alentadores en cuanto al desarrollo de recursos humanos, así como de recursos agrícolas y materiales.

Todavía no se han atendido algunas necesidades de salud definidas, como la de clínicas, pero la sección de economía doméstica—bajo la dirección del Comité de Economía Doméstica local y con la asistencia del Ministerio de Agricultura, los Cuerpos de Paz de los Estados Unidos y otras entidades—se ocupa de la educación sobre la vida familiar y la nutrición.

Otros aspectos del adiestramiento

Para obtener y mantener el nivel de interés y participación de la comunidad en el grado que permita lograr los objetivos de salud, es

necesario que el personal encargado muestre también interés y dedicación.

El personal de salud, que no ha participado en la confección de planes, programas y estrategias, tendrá menos posibilidad de obtener la participación y dedicación de la población, que quienes tienen experiencia en estas actividades. La responsabilidad de estimular el interés del personal corresponde en gran parte a los administradores de servicios de salud y depende de la forma en que ejerzan las funciones de líderes y de sus habilidades de gerencia y de dirigir grupos. Se ha avanzado bastante en los planes para iniciar un curso de gestión administrativa patrocinado conjuntamente por la OPS/OMS y la Universidad de las Indias Occidentales; este curso será diseñado y ofrecido por las Facultades de Ciencias Sociales y de Medicina.

Educación en salud y participación de la comunidad

En los países en desarrollo es necesario conceder atención prioritaria a los aspectos socioeconómicos de la atención de la salud que afectan a sectores numerosos y son de carácter preventivo. Estos problemas básicos de salud, que a menudo se deben a causas sociales y son agravados por estas, deben ser resueltos mediante un enfoque multidisciplinario y educativo.

Los propósitos básicos del enfoque educativo en salud comprenden la promoción de un sentido de responsabilidad respecto a la salud personal y comunitaria, así como la habilidad para participar con sentido de responsabilidad y en forma positiva en programas encaminados al bienestar de la comunidad. Los servicios y programas de educación en salud bien organizados son indispensables para estimular y preparar a la población a fin de que participe en programas de salud.

El personal de salud y el de otros sectores afines, como bienestar social, educación, desarrollo de la comunidad, etc., debe com-

prender la interrelación de los problemas sociales y de salud, así como la importancia de resolverlos mediante un enfoque coordinado. Todo este personal debe ser capacitado en el empleo del enfoque educativo en salud.

Los organismos de salud de la zona del Caribe no han contado en general con servicios profesionales de educación en salud. Esta necesidad fue subrayada en la Quinta Conferencia Anual de Ministros de Salud del Caribe, en febrero de 1973, cuando se pidió a la Universidad que facilitara asistencia a este respecto.

En 1972, los educadores en salud de la zona realizaron una encuesta sobre el estado de la educación para la salud en el Caribe, con la colaboración de la OPS/OMS y la Universidad de las Indias Occidentales. Los datos obtenidos de diez territorios, incluyendo tres de gran extensión, seis de tamaño mediano y uno pequeño, revelaron que las unidades de educación para la salud se han organizado en sólo tres de los territorios más extensos, y están dirigidas por un funcionario que ha recibido formación profesional en esa disciplina. Cuatro de los territorios más pequeños tienen un encargado del personal de educación para la salud, pero sólo uno de ellos ha recibido preparación especial en educación para la salud.

Con la asistencia del Organismo de Desarrollo Internacional del Canadá, en 1969-1972, y con la colaboración de la oficina de la AID (EUA) en Jamaica, en 1971, el Departamento de Medicina Social y Preventiva ha contratado los servicios de un especialista a tiempo completo en educación para la salud. Las labores de este funcionario consisten, entre otras, en enseñar a nivel de pregrado y posgrado en la Universidad; organizar y realizar programas de adiestramiento especial en planificación familiar y en otros organismos a nivel nacional y local; facilitar asesoría; llevar a cabo investigaciones y promover el desarrollo de

Los servicios en salud y de personal competente en toda la zona del Caribe. Sin embargo, es evidente que los servicios del especialista en educación para la salud no bastan para atender las necesidades correspondientes dentro de la Universidad, y menos aún las de los diversos territorios de la zona.

Condiciones necesarias

Para que las universidades y otras instituciones extrauniversitarias desempeñen su función de colaborar con los Ministerios de Salud en los proyectos de programas de salud pública es necesario que existan las condiciones siguientes:

- Un ambiente de cooperación y comprensión entre las universidades y los ministerios de salud.
- Mecanismos claramente identificados para incorporar los hallazgos de la investigación en el proceso de planificación.
- Posibilidades de realizar programas de servicio directo a la población en general utilizando el enfoque multidisciplinario.
- Prestación de servicios de especialistas en educación para la salud a cada país.
- Concesión de fondos a las universidades para que puedan capacitar personal en técnicas especiales y darles la competencia necesaria para desempeñar funciones educativas.
- Ubicación estratégica de unidades de educa-

ción para la salud, bien organizadas dentro de la jerarquía del ministerio, para que puedan funcionar eficazmente.

- Formulación de una política clara acerca de la educación para la salud comunitaria y escolar para orientar las actividades.

- Participación del personal en el proceso de planificación desde el principio, a fin de que colabore con la población (con el pueblo en todos los niveles), que la conozca y comprenda, y que se entere de la realidad de la situación. Este es un principio básico muy importante.

Se considera que la educación para la salud constituye parte esencial e integral de la planificación a largo plazo del desarrollo de la comunidad. La Universidad de las Indias Occidentales puede ser de gran utilidad a este respecto en cuanto a iniciar y orientar la realización de programas educativos para modificar actitudes y familiarizar a todas las categorías de personal con las técnicas necesarias.

La universidad del futuro no tiene otra alternativa que continuar aceptando la responsabilidad estimulante de colaborar con los ministerios de salud y los habitantes de la zona a fin de ayudarles a determinar sus problemas, y a encontrar y aplicar las soluciones que correspondan.

EXPERIENCIA EN COLOMBIA SOBRE EL PAPEL DE LAS UNIVERSIDADES EN EL FOMENTO Y LA ORIENTACION DE LA COMUNIDAD EN EL DESARROLLO DE LOS SERVICIOS DE SALUD¹

Este informe se refiere a la experiencia de la Universidad de Valle, Cali, Colombia, en relación con el tema "Servicios comunitarios de salud y participación de la población", seleccionado para las Discusiones Técnicas de la XXII Reunión del Consejo Directivo. En esta experiencia de participación comunitaria entran en juego los cuatro principios de la actividad universitaria: docencia, investigación, atención médica y servicios a la

comunidad. Así queda ilustrado desde el primer ensayo que aquí se menciona, realizado en Siloé (barrio marginal de Cali) en 1955—que sirvió de modelo para la proliferación de programas similares—, hasta los actuales proyectos extramurales en los que se aplica el método científico y se tiene en cuenta a la comunidad al tomar decisiones. Toda la presentación, inclusive los principios enumerados en la conclusión, y que sirven de base a estos programas de salud comunitaria, confirma el con-

¹ Anexo II del Documento CD22/DT/1 (mimeografiado).

*cepto expresado por Hernán San Martín: "Ningún programa de salud es realmente útil si no se obtiene la aceptación de la población y su participación activa en él".*²

Primeros programas

La comunidad es en realidad el paciente del médico. Sin embargo, esta afirmación, tan sencilla a primera vista, no pasa de ser una frase demagógica de muchos educadores médicos y de la gran mayoría de los estudiantes que pretenden realizar "el cambio".

Al revisar la evolución histórica de los programas de medicina comunitaria (o de nombres similares), en las facultades de medicina colombianas, es sorprendente cómo esta tendencia ha sido muy paralela, quizá no con tanta exactitud en cuanto al calendario, pero sí en su filosofía y desarrollo.

Vale la pena destacar la gran significación del Primer Seminario Nacional de Educación Médica en Colombia, celebrado en Cali en 1955. Por primera vez los educadores médicos colombianos se reunieron con el sector salud gubernamental y entre sus conclusiones se dijo: "Las ciencias médicas se deben enseñar inculcando al estudiante, desde las ciencias básicas hasta las ciencias clínicas, los conocimientos y conceptos de la Medicina Preventiva".³ Y se crearon los departamentos homólogos y con ellos vinieron los programas de Medicina Preventiva Familiar como el primer ensayo de ese contacto del estudiante con la comunidad. Fue en la Universidad del Valle cuando en 1955, un año después de la creación del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, se organizó en Siloé, un barrio marginal de Cali, el primer "experimento" de programas extramurales.

Sobre Siloé se volcó todo el recurso humano y técnico disponible del sector salud-educación. ¿Hubo planificación adecuada? ¿Se establecieron objetivos definidos? ¿Se hizo evaluación, tanto de su impacto sobre la comunidad, como del cambio que se

buscaba sobre el estudiante y por ende sobre la educación médica?

Lo único cierto es que sirvió de modelo para la proliferación de programas similares en Colombia y, según Juan César García⁴, en muchas facultades latinoamericanas. Este modelo, descrito por Santiago Renjifo⁵, implicaba también el desarrollo de un programa de demostración (en Candelaria) que se inició en 1957. Se trataba de que el estudiante conociera la patología más frecuente de nuestras comunidades (urbana y rural), los factores determinantes de la patología regional y la dinámica de la atención médica en el medio extrahospitalario. Así surgieron los programas de Madrid (Universidad Nacional, en 1964), Villamaría (Universidad de Caldas, en 1965), Santo Domingo (Universidad de Antioquia), etc.

Programa del municipio de Madrid

La Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, consciente de la necesidad de poner en contacto a los estudiantes con las comunidades, tanto rurales como urbanas, y contribuir a la solución de sus problemas de salud, consideró, en 1964, la posibilidad de tener un área de trabajo en la cual los estudiantes realizaran sus prácticas. La necesidad de fomentar en los estudiantes una actitud positiva hacia el trabajo multiprofesional hizo pensar en la participación progresiva de las demás facultades de salud, como nutrición, enfermería, odontología y, posteriormente, agronomía, veterinaria y ciencias de la educación. El objeto era lograr un desarrollo integral del área seleccionada.

Las razones anteriores motivaron a la Universidad para seleccionar el área del municipio de Madrid (Cundinamarca) como zona de trabajo, integrada además por los municipios de Bojacá, Funza, Mosquera y Subachoque. Con este objeto, el Hospital

² San Martín, Hernán *Salud y enfermedad* Prensa Médica Mexicana, 2ª edición, México, 1968.

³ Primer Seminario de Educación Médica, Universidad del Valle, Cali, 1957.

⁴ García, Juan César. *La educación médica en la América Latina* Publicación Científica de la OPS 255, 1972.

⁵ Renjifo, Santiago "Enseñanza de medicina preventiva y salud pública en la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle, Cali, Colombia", *Bol Of Sanit Panam* 47: 401-411, 1959.

Santa Matilde, centro universitario, vino a ser una dependencia de la Universidad, y su organización estuvo a cargo del Departamento de Medicina Preventiva y Social. El programa se realizó mediante un contrato tripartito entre la Universidad, la Fundación Santa Matilde y la Secretaría de Salud de Cundinamarca. El Departamento inició sus labores en enero de 1964 y las finalizó en mayo de 1970.

Objetivos del programa

Los objetivos *docentes* incluían:

- Impartir enseñanza en atención médica y salud pública, a nivel rural, para estudiantes de medicina.

- Servir como centro de práctica para estudiantes de otras facultades y escuelas paramédicas: odontología, enfermería, nutrición.

- Permitir el desarrollo de programas docentes específicos, aplicados a comunidades rurales por los estudiantes de otras facultades, tales como ingeniería, veterinaria, ciencias de la educación y otras.

- Desarrollar programas permanentes de preparación y adiestramiento en servicio para personal auxiliar: auxiliares de enfermería, de laboratorio, e inspectores de saneamiento. El fin era obtener personal calificado a nivel rural para garantizar la idoneidad del equipo medicosanitario.

Los objetivos de *servicio* consistían en prestar atención médica y sanitaria a la comunidad de Madrid, y en una etapa posterior a las poblaciones de Funza, Mosquera, Bojacá y Subachoque. Esta atención incluía las actividades relacionadas con los servicios de salud materno-infantil y escolar, asistencia de adultos y saneamiento ambiental.

En el campo de *investigación*, los objetivos eran:

- Servir de "laboratorio de población" para planear y desarrollar estudios a nivel rural sobre las características demográficas,

económicas y sociales de la comunidad, su medio ambiente y sus relaciones con los problemas de salud, tanto desde el punto de vista preventivo como asistencial.

- Facilitar el estudio y evaluación de programas generales y específicos de atención médica y paramédica a nivel rural con miras a establecer en un futuro normas y procedimientos de trabajo susceptibles de ser aplicados por los organismos sanitarios oficiales.

Actividades de los estudiantes

Los estudiantes del 12° semestre de medicina, que prestaban servicio rotativamente en el Departamento de Medicina Preventiva, realizaban sus prácticas de campo en el centro universitario, que incluían entre otras: a) rotación por cada uno de los servicios del Centro; b) aplicación de inmunizaciones; c) planeamiento, ejecución y evaluación de programas con la comunidad; d) reuniones con las juntas de acción comunal; e) asistencia a algunas sesiones del Consejo Municipal; f) visitas familiares en el estudio de casos epidemiológicos; g) consulta domiciliaria; h) reuniones con personal del Centro; i) preparación de seminarios; j) actividades en clubes de revistas; k) exámenes coprológicos, de orina y otros; l) actividades del programa de planificación familiar y de saneamiento ambiental, y m) planeamiento, ejecución y evaluación de actividades educativas, tales como charlas a madres y a otros grupos organizados de la comunidad.

Programa de desarrollo de la comunidad

En un principio, los estudiantes de medicina asumieron la responsabilidad total de la organización de los servicios de salud y la atención médica a la comunidad. Pero los estudios realizados indicaron la necesidad de incorporar progresivamente a estudiantes de otras facultades, como enfermería, nutrición, odontología, agronomía, veterinaria,

ciencias de la educación y otras. Las actividades realizadas por estos equipos multidisciplinarios, se pueden resumir así: a) organización de la huerta como centro de demostración, para extender luego esta actividad a nivel familiar; b) organización del centro de alfabetización; c) construcción de un campo de deportes en colaboración con la comunidad; d) construcción y dotación de un parque infantil en el centro universitario, y e) organización de un grupo teatral.

Una vez realizadas estas actividades en Madrid, se extendieron estos programas a otros municipios, empezando por Subachoque, y específicamente en la zona rural de El Rosal. Posteriormente estos programas fueron decreciendo hasta 1970, cuando la Universidad retiró su personal docente y administrativo.

¿Qué sucedió con estos programas? Desde su gran apogeo en los años sesenta han venido desapareciendo. Desafortunadamente la clausura se ha hecho sin evaluaciones *a priori* ni *a posteriori*.

Propósitos, evaluación y declinación

Los propósitos generales de este tipo de programa podrían resumirse así: a) Colocar al estudiante de las ciencias de la salud, "lo más pronto posible", en contacto con la comunidad, en situación similar a aquélla en la que va a actuar cuando comience a ejercer la profesión. b) Hacer "viva" la enseñanza de asignaturas básicas tradicionalmente áridas (bioestadística, epidemiología, administración, ciencias sociales). c) Mejorar la calidad de la atención médica, en las comunidades seleccionadas, como un fin en sí mismo y como un medio de demostración de la efectividad de un sistema.

Tratando de evaluar muy subjetivamente los propósitos anteriores, se podría decir que el resultado positivo y fundamental ha sido hacer pensar al egresado en función de su responsabilidad social con la comunidad, hecho que anteriormente ni siquiera se

mencionaba como papel del médico. Este, simplemente, no se interesaba en la salud, pues la consideraba como un término abstracto. Los médicos se interesaban en la enfermedad, y una gran mayoría de ellos lo sigue haciendo por la satisfacción inmediata que produce la medicina curativa. Al médico le gusta el ambiente hospitalario porque todo—la actividad, las actitudes y el pensamiento—gira allí alrededor de la enfermedad.

Cuando el médico o el estudiante se enfrenta a los problemas de la comunidad, la satisfacción es demorada, la acción positiva no se demuestra con facilidad, y de allí la sensación de frustración que se produce.

Los programas de demostración crearon una serie de circunstancias artificiales, de difícil aplicación en las condiciones normales de nuestros países. Se supone que esta situación especial debería redundar al menos en una atención médica de mejor calidad que se manifestase en una modificación de los indicadores de salud de la comunidad. No existe ninguna evidencia de que esto se haya logrado, y la vida efímera de algunos programas hace pensar que no ha sido así. Paradójicamente, el primero de estos programas, el de Candelaria, ha sido también el último en clausurarse (diciembre de 1972). ¿Cuál ha sido la evolución?

Nuevos centros extramurales

Llama la atención que también fue en Cali donde se inició una segunda etapa de diversificación de los centros extramurales. Fue en 1966, coincidiendo con el desarrollo de la planificación y regionalización de la atención médica en Colombia, cuando se comenzó a utilizar para adiestramiento una ciudad o población cualquiera del Valle del Cauca. En coordinación con el Servicio de Salud se incluyó, durante el internado, la práctica de rotación en la medicina comunitaria y, lo más importante, la elaboración de objetivos específicos.

El programa extramural del Departamento

mento de Medicina Preventiva y Social de la Universidad de Caldas es un ejemplo del modelo actual⁶.

Definición

El programa extramural de medicina preventiva y social es la parte final de la formación en esta disciplina dentro del programa de estudios de la Facultad de Medicina de la Universidad de Caldas.

Consiste en la rotación que hacen los estudiantes de sexto año—inmediatamente antes de entrar al internado rotatorio—por algunos municipios del Departamento de Caldas, los cuales hoy forman parte del área-centro en el proyecto nacional de regionalización de servicios de salud con sus niveles de atención médica.

Durante la rotación por los hospitales municipales, los estudiantes se familiarizan con su origen, organización, administración, funcionamiento y servicios que prestan.

Organización

La rotación tiene una duración de ocho semanas. La primera se utiliza para la información general del grupo antes de salir al campo de trabajo.

Las actividades reglamentarias en cada hospital comprenden desde el lunes a primera hora, hasta el sábado al mediodía. Se hacen turnos de urgencia durante la semana, y la permanencia en las noches de sábado y domingo es facultativa.

Un profesor del Departamento de Medicina Preventiva y Social visita una vez por semana el sitio donde se encuentra el estudiante en rotación, se entrevista con los médicos, se entera de la marcha de las actividades y oye sugerencias.

Posteriormente se reúne con los estudiantes, escucha la presentación de los temas dejados como tarea en la visita anterior, se analizan, discuten y se dictan las charlas

programadas para la fecha. Se supervisan las actividades desarrolladas por los estudiantes en la semana y se señalan las de la siguiente.

Los directores de hospitales cooperan en la orientación de los estudiantes como sus superiores inmediatos, indicándoles el campo asistencial en que más necesitan colaboración.

Con la colaboración de los empleados y de la comunidad, los estudiantes programan y dictan charlas, consignan sus actividades diarias en el libro que poseen para este objeto y deben rendir informes escritos de lo que se les pida.

Evaluación

Al iniciar el servicio de rotación, los estudiantes responden a una encuesta anónima sobre los conocimientos que tienen acerca de los sitios de rotación y las actividades que desarrolla un médico en la unidad local de salud. Lo mismo se repite al finalizar su rotación, incluyendo además una reunión general crítica del programa de tipo cualitativo.

A continuación se resumen las características comunes de los programas actuales:

- Rotación de los estudiantes de último año de la carrera, generalmente por alguno de los hospitales locales de la región.
- Programa con gran peso de actividades asistenciales y poca actividad directa con la comunidad.
- Estas actividades por lo general se limitan a un estudio descriptivo de algún problema de la comunidad, como el trabajo realizado por un grupo de estudiantes de la Universidad de Antioquia durante su rotación por el Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública⁷.
- Ausencia de convenios formales con las instituciones gubernamentales.

¿Será esta la solución del problema de la enseñanza de la medicina comunitaria a nuestros estudiantes? ¿Qué sigue fallando?

Creemos con Hernán San Martín que

⁶ Rojas, Hernando Henao. *Programa extramural. Curso sexto*. Universidad de Caldas, Facultad de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva y Social, Manizales, 1972.

⁷ "Aspectos médicos y socioeconómicos de un sector tugarial". *Antioquia Médica*, Vol. 22, Nos. 9-10, 1972.

“ningún programa de salud es realmente útil si no se obtiene la aceptación de la población y su participación activa en él”⁸.

Después de analizar dos modelos aplicados por los Departamentos de Medicina Preventiva—selección de área de experimentación, y utilización de los servicios seccionales de salud—se pueden hacer los siguientes planteamientos:

En cuanto a la selección de área, los estudiantes asumían una responsabilidad de trabajo con las comunidades, sin estar lo suficientemente capacitados para motivarlas e identificar con ellas sus problemas de salud y lograr su participación en la solución de los mismos. Además, desconocían el valor de la identificación oportuna de los líderes, para utilizarlos como recursos claves en las acciones de salud. A pesar de que el trabajo tenía una orientación preventiva, los estudiantes no tenían la suficiente habilidad para el planeamiento, ejecución y evaluación de programas educativos con participación de la comunidad. Desconocían la importancia del trabajo en equipo para el desarrollo de las comunidades.

En la segunda situación—utilización de los servicios—, el trabajo de los estudiantes está orientado hacia la labor asistencial realizada mediante rotación intrahospitalaria en instituciones de provincia, complementada con estudios específicos sobre problemas de salud de la comunidad. Los resultados de esta última modalidad indican que, a pesar de realizarse en un campo restringido, la falta de preparación de los estudiantes en ciencias del comportamiento impide lograr los objetivos propuestos para dicha práctica.

Conclusiones y principios

Lo anterior demuestra la necesidad de mantener en el plan de estudios de las facultades de medicina un contenido adecuado de ciencias del comportamiento para conseguir la adopción de una actitud constructiva de parte de los estudiantes en el desempeño de las funciones, tanto en

su práctica de campo como en su formación profesional.

¿Qué puede predecirse para el futuro? Si se pensara que la investigación es absolutamente necesaria para definir problemas y obtener soluciones, se diría que los estudios especiales, que sean objetivos y dinámicos, darían la respuesta. Como ejemplos pueden citarse los proyectos actuales de investigación en la Universidad del Valle, uno de medicina simplificada y otro de un programa multidisciplinario que busca diseñar un modelo integral para el desarrollo global de la comunidad. Considerando el sector salud meramente como una parte de ese desarrollo, estos programas tienen como base los principios siguientes:

1. Cada programa y sus estrategias deben ser repetibles o duplicables en otras zonas o comunidades en condiciones similares.
2. Utilización máxima de los recursos físicos y humanos de la zona.
3. Bajo costo y alta eficiencia de las técnicas utilizadas.
4. Consulta y orientación de la comunidad para determinar sus necesidades y aspiraciones; el programa debe tener su origen en la comunidad y ser respaldado por ella.
5. Estímulo de la descentralización de actividades.
6. Acopio de suficiente información de buena calidad para poder implantar programas de docencia para profesionales.
7. Integración de los organismos que trabajan en el área.

¿Cuál es el pronóstico? Al considerar estos principios, se observa que este último programa no es más que la idea original de los proyectos extramurales. La gran diferencia radica en que ahora se aplica el método científico y se tiene en cuenta la comunidad para las decisiones. Creemos que si esto se hace en coordinación y armonía con otras facultades para ampliar y darle otros matices a la experiencia, se puede encontrar el camino definitivo. Sólo el tiempo nos dará la respuesta final.

⁸ San Martín, Hernán. *op. cit.*

INFORME FINAL DE LAS DISCUSIONES TÉCNICAS¹

Las Discusiones Técnicas de la XXII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud tuvieron lugar el 12 y 13 de octubre de 1973 en la Sede, en Washington, D. C. El tema tratado fue "Servicios comunitarios de salud y participación de la población".

Conforme al Reglamento relativo a las Discusiones Técnicas, el Dr. Abraham Saied Núñez (Panamá) fue elegido Director de Debates, y el Dr. José Saralegui Padrón (Uruguay) fue elegido Relator. El Dr. Nilo Vallejo (OSP) actuó como Secretario Técnico.

Los participantes se dividieron en dos grupos de trabajo, que eligieron sus Mesas como sigue: El Dr. Bogoslav Juricic (Chile), como Director de Debates, y el Dr. Eduardo Enzo Galaretto (Argentina), como Relator, del Grupo I; y el Dr. Jorge Aldereguía Valdés-Brito (Cuba), como Director de Debates, y el Dr. Sixto Valdéz Nieto (Ecuador), como Relator, del Grupo II.

El Dr. Ovidio Beltrán (OSP) sirvió como Secretario Técnico del Grupo I, y el Dr. Nilo Vallejo (OSP) fue Secretario Técnico del Grupo II.

Los grupos de trabajo aprobaron y siguieron las guías para el debate del tema. Las opiniones expresadas y las conclusiones alcanzadas por cada grupo de trabajo fueron resumidas por sus relatores y consolidados para la preparación de este informe.

El concepto de comunidad tiene sus características propias, fundamentalmente en relación con la filosofía política o ideología que inspira cada sistema de gobierno. No es un concepto abstracto, sino que opera en un contexto y en un tiempo histórico determinados y se refleja en los tres niveles que conforman el sistema de salud: a) el de las decisiones políticas; b) el de planificación y administración en sentido estricto, o sea el de las decisiones técnicas programadas, y c) el plano operativo o de ejecución de las actividades.

En el primer nivel se deciden las prioridades principales; en el segundo, la comunidad puede expresarse por conducto de organismos que representan a distintos sectores organizados y que, junto a los diferentes

niveles gubernamentales, contribuyen a la formación y elaboración de planes; en el tercer nivel, el de ejecución, hay experiencias demostrativas de la importancia que asume la participación de la comunidad local. Al hacerse consciente de sus responsabilidades, la población ayuda de manera efectiva a poner en marcha un proceso de desarrollo economicosocial que lleva al hombre hacia un nivel más alto de salud y bienestar.

El proceso de participación debe abarcar a toda la población de un país y para que ello se cumpla es necesario que la comunidad se organice. Esta organización implica la necesaria voluntad de intervención activa de toda la población, incluyendo a los organismos gubernamentales o privados que promueven la participación. De esta manera, el hombre es a la vez ejecutor y destinatario de todo proceso de desarrollo y, por lo tanto, su participación activa es fundamental. La participación de la comunidad en la toma de decisiones varía según la naturaleza del contenido de la participación y las circunstancias en las cuales se lleva a cabo. Puede ir desde la simple intervención al emitir opiniones y juicios hasta adoptar la decisión propiamente dicha. De acuerdo con los mismos parámetros, varían igualmente los medios a través de los cuales se efectúa la participación. Experiencias en distintos países descritas en el curso de las deliberaciones han demostrado que es posible lograr el éxito en la participación para el logro de objetivos concretos. Las técnicas e instrumentos que se han utilizado para fomentar e impulsar la participación de los grupos comunitarios han sido diferentes y concordes con las características de los países y de las propias comunidades en cuyo beneficio había que realizar tareas. Se considera que los resultados pueden apreciarse algunas veces en hechos concretos, y otras en acciones difíciles de valorar cuantitativamente. Por eso se requieren estudios para establecer indicadores más precisos.

¹ Informe de los grupos de trabajo de las Discusiones Técnicas, examinado en la XXII Reunión del Consejo Directivo de la OPS (Documento CD22/DT/4, mimeografiado). Basado en este informe, el Consejo aprobó la Resolución XXII sobre estas Discusiones (Documento CD22/35, mimeografiado).

En cuanto a las modalidades de participación de la población, son múltiples y varían de acuerdo con las circunstancias que las generan.

Se destacó que, en última instancia, la capacidad de decisión es privativa del Estado. Pero se considera útil, para la eficacia de la acción perseguida, que la comunidad esté adecuadamente informada, que tenga la oportunidad de discutir los planes y que sus observaciones puedan influir en la determinación de los objetivos finales.

La participación de la población en los programas de salud depende de múltiples características humanas y ambientales, de las regiones y de las políticas adoptadas en materia de salud por los gobiernos. La contribución de otras instituciones nacionales puede hacerse mediante la aportación de fondos, tecnología, personal y otras maneras. La planificación multisectorial puede ayudar a definir los campos de participación.

Se considera que, para que exista una coordinación multisectorial apropiada, la acción debe obedecer a normas dictadas a nivel superior por los altos organismos del Estado. En general, se aconseja iniciar la coordinación con respecto a proyectos bien definidos.

En cuanto a las áreas deficitarias relacionadas con la formación y capacitación de personal para actuar eficazmente en la comunidad, se reconoció la necesidad de mejorar la preparación actual del personal de salud.

La educación en este campo debe interpretarse como un proceso global y permanente de capacitación del individuo para

realizarse, que se inicia en el ambiente familiar en los primeros años y continúa durante toda la vida, especialmente en la edad escolar y el período de enseñanza especializada.

Los estudiantes deben conocer mejor la realidad de sus países mediante una colaboración constructiva entre las universidades y los ministerios de salud pública.

El personal docente debe ser sensible a las necesidades de la comunidad y, al trabajar en ella con el alumno, se puede percatar mejor de sus deficiencias y contribuir a crear una actitud favorable en el educando para solucionar los múltiples problemas existentes. En términos generales, sería deseable que las universidades contribuyeran adecuadamente a la formación y capacitación del personal de salud, en sus diferentes niveles, para el uso de métodos y técnicas de promoción de salud en grupos comunitarios. En cuanto a las condiciones que se requieren para que las universidades y los ministerios de salud colaboren en los programas de desarrollo de los servicios de salud con participación de la población, se estableció que:

1. Las actividades en colaboración entre las instituciones interesadas deben realizarse basándose en programas bien estructurados, con claras delimitaciones de responsabilidades y fundados en convenios que garanticen su estabilidad y continuidad.

2. El currículo de las universidades debe tener la suficiente flexibilidad para cumplir con estos requerimientos y necesidades. Es deseable la participación en estos programas de todos los sectores del desarrollo.

RESOLUCION XXII SOBRE LAS DISCUSIONES TECNICAS ADOPTADA POR LA XXII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO DE LA OPS

El Consejo Directivo,

Habiendo examinado el Informe Final de las Discusiones Técnicas sobre el tema "Servicios comunitarios y participación de la población", celebradas durante la presente reunión;

Reconociendo las crecientes exigencias en lo que respecta a la participación activa de la comunidad en asuntos relacionados con su bienestar;

Consciente de la urgente necesidad de contar

con el apoyo y la participación de la comunidad en la planificación y ejecución de los programas de salud encaminados a mejorar la prestación de servicios de salud;

Reconociendo los objetivos señalados en el Plan Decenal de Salud para las Américas; y

Considerando la necesidad de una participación activa de la comunidad para lograr una plena utilización de los recursos existentes,

Resuelve:

1. Recomendar a los Gobiernos Miembros que concedan una alta prioridad a la formulación y ejecución de los programas tendientes a crear en los individuos un sentido de responsabilidad en cuanto a su salud y la de la comunidad, y la capacidad de participar consciente y constructivamente en los programas cuyo objeto sea el bienestar de la población.

2. Solicitar que se preste el mayor apoyo posible a los países que ya han formulado planes para estimular y favorecer la participación de la comunidad en la prestación de servicios de salud, en la ejecución de sus programas.

3. Instar a otros países a que preparen planes y adopten las disposiciones necesarias para su ejecución, a fin de obtener la mayor intervención posible de la comunidad.

4. Solicitar al Director de la Oficina que conceda alta prioridad al adiestramiento en educación para la salud del personal de salud y organismos afines, y que proporcione lo antes posible los medios para llevar a cabo los programas de formación requeridos para satisfacer las necesidades de la comunidad.

5. Recomendar al Director que preste una ayuda urgente e importante a los países para el logro de los objetivos indicados.

RESUMEN DE LAS DISCUSIONES TECNICAS

El 12 y 13 de octubre de 1973 tuvieron lugar en la sede de la OPS, en Washington, D.C., las Discusiones Técnicas de la XXII Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XXV Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas, que versaron sobre el tema "Servicios de salud comunitarios y participación de la comunidad". Durante la reunión se formaron dos grupos de trabajo cuyas opiniones y conclusiones se resumieron en el "Informe Final de las Discusiones Técnicas" que fue examinado por el Consejo y que sirvió de base para su Resolución XXII sobre el tema. Tanto en el informe como en la resolución se destaca entre otros puntos importantes la necesidad de la colaboración y apoyo de los Gobiernos y de todos los sectores del desarrollo para llevar a cabo los programas de salud comunitaria con la participación de la población; también se señala la necesidad de contar con los recursos humanos responsables y capacitados para esta labor.

El documento de trabajo presentado por la OSP, que sirvió de base para las dis-

usiones, enfoca la participación permanente de la población como instrumento esencial para alcanzar las metas de salud. La participación de la comunidad se estudia teniendo en cuenta la importancia que para este fin tienen los programas de salud, la educación y la acción promotora y orientadora de las universidades. Se citan como ejemplos la organización de comités de salud en Panamá y las actividades de extensión rural en el Brasil.

El documento de trabajo incluye dos anexos. El primero es un informe sobre la experiencia del Departamento de Medicina Social y Preventiva, Universidad de las Indias Occidentales (Kingston, Jamaica) en relación con las actividades de promoción y orientación encaminadas a lograr la participación de las comunidades en el desarrollo de servicios de salud. Se detallan varios programas de participación, las técnicas empleadas en estos y otros proyectos similares que se están llevando a cabo, y lo que se espera lograr en el futuro. El informe indica las condiciones necesarias para que

las universidades y otras instituciones docentes realicen estas actividades.

El segundo anexo, que es otro informe, se refiere a la experiencia de la Universidad del Valle, Cali, Colombia, en relación con las actividades de los estudiantes de medicina y de otras facultades para lograr la participación comunitaria en los servicios de salud. Se dan detalles del primer ensayo realizado en 1955 en un barrio marginal de Cali, así como de los actuales proyectos extramurales

en los que se aplica el método científico y se tiene en cuenta a la comunidad al tomar decisiones. Los detalles de organización, funcionamiento y evaluación de estos programas, y los principios indicados como básicos para su desarrollo, demuestran claramente que para el éxito de todo programa de salud comunitaria es indispensable contar con la aceptación de la población y con su participación activa.

Technical Discussions During the XXII Meeting of the PAHO Directing Council. Community Health Services and Community Involvement (Summary)

The Technical Discussions held during the XXII Meeting of the PAHO Directing Council, XXV Meeting of the WHO Regional Committee for the Americas, were held at PAHO Headquarters in Washington, D.C., on 12 and 13 October 1973. The topic of the Discussions was "Community Health Services and Community Involvement." The opinions and conclusions of the two working parties established were summarized in the Final Report of the Technical Discussions. The Report was considered by the Council and served as a basis for its Resolution XXII on the subject. Both the Report and the resolution emphasize, among other important points, the need for the Governments and all the development sectors to provide assistance and support for the conduct of community health programs involving community participation; they also stress the need for responsible and trained man-power for these activities.

The working document prepared by PASB, which was used as background for the discussions envisages the continuing participation of the population as an essential element in achieving health goals. Community participation is examined from the standpoint of the importance for that purpose of health programs, education, and the stimulus and guidance of universities. Examples cited include the organization of health committees in Panama and rural extension activities in Brazil.

The working document has two annexes. Annex 1 contains a report on the experience of the Department of Social and Preventive Medicine of the University of the West Indies (Kingston, Jamaica) with promotion and orientation activities undertaken for enlisting the participation of communities in the operation of health services. It describes several participation programs, the methods and procedures used, other similar projects under way, and what is expected to be achieved in the future. The report also indicates the conditions necessary if the universities and other teaching institutions are to undertake such activities.

Annex 2 also contains a report which deals with the experience of the Universidad del Valle, Cali, Colombia, with the work of students of medicine and other faculties in enlisting community participation in health services. Details are given of the first attempts, in 1955, in a shantytown of Cali, and of ongoing extramural projects that use scientific methods and involve the community in the decision-making process. The account of the organization, operation, and evaluation of these programs and the principles on which they are based clearly shows that, if a community health program is to be successful, the community must accept it and actively participate in it.

Discussions Técnicas da XXII Reunião do Conselho Diretor da OPAS. Serviços Comunitários de Saúde e Participação da Comunidade (Resumo)

Em 12 e 13 de outubro de 1973, realizaram-se na sede da OPAS, em Washington, D.C., as Discussões Técnicas da XXII Reunião do Conselho Diretor da OPAS, XXV Reunião do Comitê Regional da OMS para as Américas, que versaram sobre o tema "Serviços Comunitários de Saúde e Participação da Comunidade". Durante a reunião organizaram-se dois grupos de trabalho cujas opiniões e conclusões foram resumidas no "Relatório Final das Discussões Técnicas" que foi examinado pelo Conselho e que serviu de base para sua Resolução XXII sobre a matéria. Destaca-se no relatório e na resolução, entre outros pontos importantes, a necessidade de colaboração e apoio dos Governos e de todos os setores do desenvolvimento para executar os programas de saúde comunitária com a participação da população; também se assinala a necessidade de contar com os recursos humanos responsáveis e capacitados para essa tarefa.

O documento de trabalho apresentado pela OPAS, que serviu de base para as discussões, focaliza a participação permanente da população como instrumento essencial para alcançar as metas de saúde. Estuda-se a participação da comunidade levando em conta a importância que têm, para esse fim, os programas de saúde, a educação e a ação promotora e orientadora das universidades. Citam-se como exemplos a organização de comitês de saúde no Panamá e as atividades de extensão rural no Brasil.

O documento de trabalho inclui dois anexos. O primeiro é um relatório sobre a experiência do Departamento de Medicina Social e Preventiva da Universidade das Índias Ocidentais (Kingston, Jamaica) no campo das atividades de promoção e orientação tendentes a obter a participação das comunidades no desenvolvimento de serviços de saúde. Fornecem-se detalhes de vários programas de participação, das técnicas neles empregadas e de outros projetos similares ora em execução, bem como sobre o que se espera conseguir no futuro. O relatório menciona as condições necessárias para que as universidades e outras instituições de ensino realizem essas atividades.

O segundo anexo, que é outro relatório, refere-se à experiência da Universidade do Vale (Cali, Colômbia) no campo das atividades desenvolvidas pelos estudantes de medicina e de outros cursos para obter a participação comunitária nos serviços de saúde. Detalham-se a primeira experiência, realizada em 1955 num bairro marginal de Cali, bem como os atuais projetos *extramuros* em que se aplica o método científico e se considera a comunidade no processo de tomada de decisões. Os detalhes de organização, funcionamento e avaliação desses programas, assim como os princípios considerados básicos para o seu desenvolvimento, demonstram claramente que, para o êxito de todo e qualquer programa de saúde comunitária, é indispensável contar com a aceitação e a ativa participação do povo.

Discussions Techniques de la XXII^e Réunion du Conseil Directeur de l'OPS. Services de Santé Communautaires et Participation de la Communauté (Résumé)

Les 12 et 13 octobre 1973 ont eu lieu au siège de l'OPS à Washington, D.C. les discussions techniques de la XXII^e Réunion du Conseil directeur de l'OPS, XXV^e Réunion du Comité régional de l'OMS pour les Amériques. A l'ordre du jour figurait la question des services de santé communautaires et la participation de la communauté. Pendant la réunion, les participants se sont divisés en deux groupes de travail dont les opinions et les conclusions ont contenues dans le Rapport final des discussions techniques qui a été examiné par le Conseil et qui a servi de base à sa résolution XXII sur ce sujet. Tant le rapport que la résolution mettent en relief la nécessité pour les gouvernements et tous les secteurs du développement de collaborer et d'offrir leur

assistance en vue de mener à bien les programmes de santé communautaire avec la participation de la population. Ils signalent également l'importance qu'il y a de pouvoir compter sur les ressources humaines responsables et qualifiées pour faire ce travail.

Le document de travail présenté par l'OPS, qui a servi de base aux discussions, insiste sur une participation permanente de la population comme instrument essentiel pour réaliser les objectifs de santé. Il étudie cette participation en tenant compte de l'importance que revêtent à cette fin les programmes de santé, l'enseignement ainsi que l'action de promotion et d'orientation des universités. Il cite en exemple l'organisation

de comités de santé au Panama et les activités de vulgarisation rurale au Brésil.

Le document de travail a deux annexes. La première est un rapport sur l'expérience acquise par le Département de médecine sociale et préventive de l'Université des Indes occidentales (Kingston, Jamaïque) dans le domaine des activités de promotion et d'orientation visant à faire participer les communautés au développement des services de santé. Le rapport décrit en détail divers programmes de participation, les techniques utilisées dans ces programmes et autres projets analogues et ce qu'on espère réaliser dans l'avenir. Il formule les conditions nécessaires pour que les universités et autres établissements d'enseignement exercent de telles activités.

La deuxième annexe, un rapport aussi, porte

sur l'expérience de l'Université del Valle à Cali (Colombie) quant aux activités des étudiants de médecine et d'autres facultés pour faire participer la collectivité aux services de la santé. Elle décrit en détail la première tentative faite en 1955 dans un quartier de banlieue de Cali ainsi que les projets extra-universitaires actuellement en exécution auxquels on applique la méthode scientifique et dans le cadre desquels on prend en considération la collectivité avant de prendre une décision. Les détails concernant l'organisation, le fonctionnement et l'évaluation de ces programmes ainsi que les principes essentiels de leur développement font clairement ressortir que le succès de tous les programmes de santé communautaires dépend en grande partie de leur acceptation par la population et de sa participation.