

EL RESPONSABLE DE SALUD Y LA PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD¹

Dres. Gustavo Molina,² Alfredo Turizo C.³ y Jorge Cardona O.⁴

El objetivo de esta experiencia llevada a cabo en el departamento de Antioquia, Colombia, fue impulsar las actividades de las organizaciones comunitarias, rurales y urbanas, en el campo de la salud y formar un nuevo tipo de agente social, los responsables de salud. El responsable de salud es el nexo entre los servicios de salud y bienestar y la población. Su formación está orientada a capacitarlo para realizar una amplia variedad de tareas de salud hasta ahora ejercidas por profesionales y para movilizar a los miembros de las organizaciones comunitarias donde ejerce sus funciones.

Introducción

En el presente trabajo se discuten la génesis y las bases conceptuales del exponente más reciente y promisor de la participación de la comunidad en el trabajo de salud—el responsable de salud—y se describe la experiencia de dos años en el departamento de Antioquia, Colombia, desde 1975 (1).

El responsable de salud es un componente relativamente poco conocido en los equipos de salud de Colombia, aunque se ha venido utilizando anteriormente en otros países de la Región entre ellos, Cuba y Guatemala (2). Su verdadero papel, en el sentido sociológico de la palabra no está aún definido y, ciertamente será muy diferente según el tipo de sociedad que formule esa definición.

Como toda institución social, tiene antecedentes y raíces antiguas en muchos lugares, desde el momento en que se empieza a abrir camino la idea de que la salud no se hace para el pueblo y con el pueblo, sino por el pueblo (3). La concepción y la práctica de un trabajador de salud, que sea representante

genuino y directo de las organizaciones de la comunidad y que asuma la responsabilidad formal en el campo de la salud, han sido perfeccionadas en la República Popular de China, bajo el nombre universalmente conocido de médico descalzo (4, 5).

En los países de América Latina la evolución ha sido muy lenta, como toda adaptación de pautas culturales o de organización llegados del exterior. Formas similares de participación comunal alcanzan importancia transitoria hacia 1970 en varios países, entre ellos Guatemala, Panamá y Chile. En el primero de ellos, indios cakchiqueles, con muy poca escolaridad, se han adiestrado como promotores de salud en el plano de Chimaltenango, difundiendo nociones de higiene y nutrición, y organizando campañas de vacunación y clubes. Pero, además, estos trabajadores comunitarios también diagnostican y tratan la mayoría de las enfermedades en sus poblados. El control de su eficiencia, estudiado hace algunos años por la Universidad de Kentucky, E.U.A., encontró un margen de error del 9% (6). A comienzo del mismo decenio, en Chile, los consejos locales, comités paritarios y responsables de salud, adjuntos a cada consultorio u hospital base del Servicio Nacional de Salud despertaron justificado interés y han sido muy estudiados aun cuando ya no están en funcionamiento (7-9). También en Colombia, el

¹Informe sobre un programa de integración de servicios y docente asistencial que lleva a cabo la Escuela Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, con entidades de salud del departamento de Antioquia, Colombia.

²Profesor, Escuela Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Colombia.

³Profesor; Jefe, Departamento de Administración de Salud, Escuela Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

⁴Director Ejecutivo Coordinador del Programa de Integración Operacional, Comisión Coordinadora Interinstitucional de Salud y Bienestar, Antioquia, Colombia.

profesor Héctor Abad Gómez (10) impulsó, temprano en la década de 1960, la creación de los promotores de salud, un tipo nuevo de trabajador que combinara las funciones de representante de la comunidad a la que servía y de funcionario. Su idea vino a prender solo en el decenio de 1970, dando lugar a un nuevo miembro del equipo de salud colombiano, la promotora urbana y rural, que hoy trabaja en muchos lugares del país. Se puede sumar a estas experiencias la iniciativa de Honduras con respecto a la preparación de este personal comunitario que allí recibe el nombre de guardián de salud (11).

¿Quién es el responsable de salud?

El responsable de salud es un miembro dirigente o de base de alguna de las organizaciones representativas de la comunidad local, que puede ser un sindicato, junta de acción comunal, asociación de padres de familia, usuarios campesinos, centro parroquial, clubes juveniles o deportivos o cualquier otro organismo genuino y de cierta estabilidad. Es elegido o designado por su organización y es responsable ante ella, igual que cualquier otro miembro o dirigente.

Es muy conveniente que los responsables de salud sean designados después de una asamblea en que el personal del centro o unidad de salud exponga cuál será la participación de la comunidad en el trabajo local y, de preferencia, entre personas que se ofrezcan voluntariamente. Si bien para realizar este trabajo no se requiere estar muy informado ni tener mucha escolaridad, es necesario poseer espíritu de solidaridad social, tiempo para dedicar a esta labor y respaldo de la organización a la que pertenece. En aquellas comunidades donde no existen esas organizaciones comunitarias el responsable de salud puede ser designado o elegido por los propios habitantes de una cuadra, manzana, vereda⁵ o sector. Ocasionalmente

el servicio de salud inicia estas labores, cuando ya está establecido un organismo comunitario que recibe el nombre de comité de salud.

El responsable de salud ocupa un lugar de primera importancia dentro de la organización de la comunidad y es el nexo íntimo entre los servicios de salud y bienestar y la población, debiendo prepararse para cumplir mejor su función. Pero él es parte de una tarea más importante y profunda: movilizar a la gente y tratar de llegar a cada una y a todas las personas de su organización y de la comunidad. Solo realizando esta tarea llega a ser el vínculo auténtico entre la comunidad y sus servicios de salud y un colaborador eficaz de las promotoras de salud. El proceso de organización se facilita si el equipo del sector correspondiente y todos los funcionarios, en especial los que actúan en el terreno, mantienen un contacto permanente con los responsables de salud y se preocupan de mantenerlos informados, sobre todo acerca de los problemas de salud propios de su organización (sindicato, junta de acción comunal, etc.). Otro aspecto importante de la formación es prevenirlos contra el prejuicio de las actitudes de paternalismo y autoritarismo y sobre la necesidad de superarlas.

Funciones de los responsables de salud

Las funciones del responsable de salud se enuncian en el Boletín Informativo No. 1 del Centro de Salud No. 22 de Florencia, Medellín, Antioquia, de noviembre de 1976, que fue utilizado por los autores en la experiencia que se describe, así como en los cursos y discusiones con los responsables y con el personal. Esas funciones son las siguientes:

"1. Conocer los problemas de salud de su zona, barrio, vereda, municipio, en especial: el saneamiento de poblaciones, de escuelas y centros de trabajo, las enfermedades ocupacionales y enfermedades transmisibles, la nutrición y los problemas de la juventud y de la vejez.

⁵Vereda: sector de un municipio o parroquia rural en Colombia.

2. Conocer los programas y actividades del Centro de Salud integrado, en especial:

- Las labores de enfermeras, promotoras de saneamiento, trabajadoras sociales, auxiliares de enfermería y promotoras rurales e inspectores de fábricas o salud ocupacional, y otros funcionarios de terreno.

- Los horarios, lugares y mecanismos de atención médica, odontológica y de otras especialidades para embarazadas, adultos y niños.

- La ayuda que el Centro de Salud puede prestar a los grupos comunales para la enseñanza sobre salud.

3. Transmitir esta información a sus organismos de base, constituyendo Comités de Salud, elaborando boletines y organizando jornadas o semanas de la salud.

4. Dar a conocer a los funcionarios de terreno, a los médicos, a sus vecinos, y a las autoridades, las deficiencias en el trabajo de la salud, observadas por sus compañeros de organización o sus vecinos, y tratar de lograr su corrección. Por ejemplo, ayudar a organizar y seleccionar la consulta médica en el Centro de Salud, en Puestos de Salud del barrio o vereda sin que se produzcan largas esperas, en lo posible por citación a hora determinada; vigilar que los pacientes cumplan el régimen y los tratamientos ordenados por el médico: practicando los que sean posibles en el barrio o vereda bajo la vigilancia del personal del Centro de Salud o refiriendo a la consulta del médico solo a las personas que realmente lo necesitan, según lo aprendido en sus cursos; entregar e interpretar algunos exámenes de laboratorio; brindar primeros auxilios para los que hayan sido preparados, orientar y prestar ayuda directa para prevenir accidentes de trabajo y mejorar la higiene de las fábricas (en el caso de responsables de sindicatos).

5. Colaborar con los funcionarios y autoridades en el cumplimiento y evaluación de los programas de salud y atención médica, dando importancia a la educación de sus compañeros y de toda la población en materia de salud y bienestar. El objetivo último es llevar a todos los habitantes un nivel mínimo de conocimientos de higiene y medicina, para

proteger y cuidar su salud y para utilizar los servicios de salud y bienestar. Además de educar deberán colaborar en el examen preventivo de escolares y trabajadores, organizar y ejecutar las vacunaciones de todos los niños de su barrio o vereda, orientar y procurar que toda embarazada, niño o persona reciba la vigilancia y la atención adecuada, denunciar y ayudar a corregir las fallas de saneamiento ambiental, organizar y colaborar en campañas de aseo.

6. Promover la organización y funcionamiento en cada barrio o vereda de "Comités de Salud" y representar en ellos a su respectiva organización de masas, sectores o manzanas".

Selección de los responsables de salud

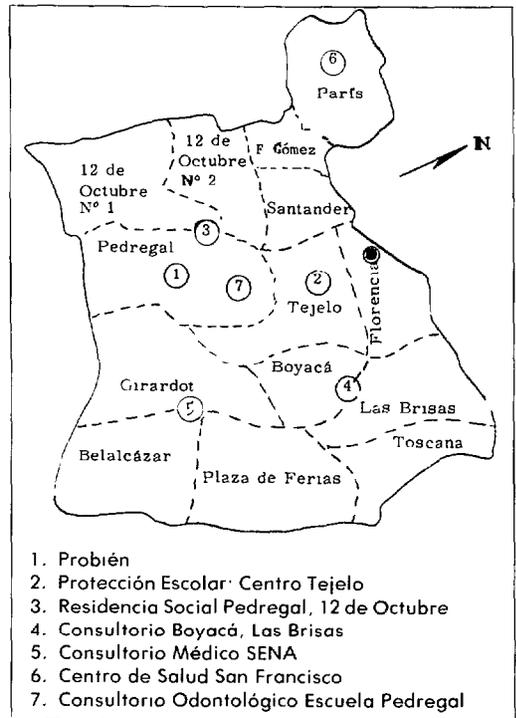
En rigor de definición, corresponde a las organizaciones de la comunidad ya mencionadas elegir a sus responsables de salud, como a cualquier otro de sus representantes. En la práctica, variados factores, motivados por diferentes causas, dificultan la selección de los responsables de salud, como generalmente sucede en todo proceso democrático nuevo, especialmente en los núcleos urbanos. Desde luego, el carácter de esas organizaciones, escasas en número, muy débiles, sin actividad estable y continua, se ven plagadas por el paternalismo y a veces muy influenciadas por las intrigas políticas locales. Además, las experiencias en general insatisfactorias que la comunidad ha tenido en su trato con los servicios públicos, de salud u otros, y las promesas incumplidas que han dejado frustraciones colectivas y querellas internas, desalientan a los líderes más eficientes. En tercer lugar se puede mencionar que las entidades más fuertes, como los sindicatos de trabajadores, tienen en general poco interés en los problemas de salud. Aún se podría agregar como factor negativo, la falta de experiencia del personal de salud en el trabajo de organización de la comunidad y las fallas de formación resultantes de su educación y de vivencias individuales y

familiares. Finalmente, es inevitable cierta confusión con respecto a las funciones de este trabajador, pues la novedad de este papel social ha inducido a muchos vecinos de comunidades con alto índice de desempleo a desear con empeño convertirse en responsables de salud, buscando erradamente aprender un oficio remunerado de auxiliar. Estas circunstancias negativas, características de la falta de organización social de ciertos países en desarrollo, son concomitantes con graves problemas de salud y con una estructura sanitaria insuficiente que hacen indispensable abrir los cauces a la participación de todos, para poder procurar salud y atención médica.

Con la convicción de que el "pueblo llano está dotado de una gran fuerza y un gran sentido común y dejado a su libre iniciativa puede realizar milagros" (4), se iniciaron en mayo de 1975 los primeros contactos con los organismos comunitarios de varios barrios del Centro de Salud de Florencia, Medellín, Antioquia (figura 1), orientados a estimular su interés en la designación de los responsables de salud. Las dos primeras tentativas ilustran, respectivamente, factores de éxito y fracaso. Cuando se enteraron del programa, a través de un comité de salud recién organizado, los vecinos del barrio Santander, con una población de 12,000 habitantes, tomaron la iniciativa de acercarse al Centro. Después de un período de trabajo y armonía—en el que se realizaron un censo y una intensa campaña de vacunación—el esfuerzo comunitario se interrumpió por rivalidades con otros organismos locales. Tiempo después, gracias a los esfuerzos de las promotoras y del equipo del sector, se reiniciaron las labores con nuevos vecinos.

En el barrio Tejelo, con 12,000 habitantes, se ha organizado un activo comité de salud, dependiente de la junta de acción comunal. En el barrio funciona un pequeño puesto medicodental. Por cada una de las 17 manzanas, se ha seleccionado un responsable de salud, que ha completado la primera fase de su adiestramiento y está en plena tarea,

FIGURA 1—Servicios de salud y bienestar de los barrios situados en la zona de influencia del Centro de Salud No. 22, Florencia, Medellín, Antioquia, Colombia



cumpliendo las funciones definidas previamente. Los responsables seleccionados son 15 mujeres, 11 de ellas amas de casa, casi todas menores de 35 años; los dos hombres son jubilados. Es interesante relatar que estos trabajadores decidieron trabajar en una manzana distinta de donde viven.

Entre estos dos extremos de fracaso y éxito se ubican los 13 barrios restantes. La fuente más frecuente de selección de los responsables—funcionaran o no los comités de salud—han sido las juntas de acción comunal, seguidas de grupos de *boy scouts*, grupos parroquiales, sociedades de San Vicente y por juntas de acción popular. En este distrito residencial no hay sindicatos; las asociaciones de padres de familia no funcionan, en general. Hay solo algunos grupos de jóvenes y de alcohólicos anónimos. Sin embargo, hasta comienzos de 1977 había más de 120 respon-

sables de salud seleccionados, de los cuales, 28 ya han completado su preparación inicial y 83 están siguiendo los cursos. No se incluyen en estas cifras algunos responsables que se limitan a ejercer primeros auxilios y que son resultantes de la etapa inicial antes anotada.

Muy distinta y satisfactoria ha sido la experiencia en la Unidad de Salud Rural de El Carmen de Viboral, en el oriente de Antioquia, que abarca una población de 22,000 habitantes. Allí, a las pocas semanas de empezar y rebasando el ritmo de trabajo previsto y las tareas que se habían definido, se constituyó un comité formado por representantes de la junta coordinadora de acción comunal y del sindicato, por obreros no sindicalizados de las cerámicas de El Carmen de Viboral y por campesinos de varias veredas, estudiantes y otras personas de la localidad. Este comité ha funcionado en forma constante durante varios meses y, junto a muchas otras tareas, su aporte principal ha sido seleccionar los primeros 23 "responsables de salud".

Capacitación de los responsables de salud

Siempre siguiendo las instrucciones del Documento IOPAA No. 4 (12), que ha servido de guía a nuestra labor en el terreno, la capacitación se realiza principalmente por medio de cursos y demostraciones realizadas por los propios funcionarios del centro o unidad de salud y se cumple en tres etapas.

Primera etapa: Comprende de 8 a 10 sesiones de dos horas de duración que se realizan de preferencia dos veces por semana. El primer paso en todos los cursos es cambiar ideas con los "responsables" sobre cada uno de los programas y actividades del servicio local de salud. Los médicos y odontólogos, las enfermeras, la trabajadora social o la promotora social, el promotor de saneamiento, las promotoras de salud, los auxiliares y demás encargados, explican y demuestran simplemente qué hacen, qué obstáculos encuentran y qué recursos y apoyo de la comunidad les hace falta para cumplir su programa.

En estas sesiones, en una atmósfera de confianza y libertad, los responsables se informan, dan a conocer sus ideas personales, expresan cómo perciben la labor de cada funcionario y el alcance de cada programa y, sobre todo, debaten sobre la mejor manera de que los programas funcionen con la participación de la organización que representan. En este intercambio, aprenden mucho los funcionarios y llegan a comprender mejor su papel frente al pueblo, en tanto que los responsables adquieren los primeros conocimientos sobre salud y enfermedad, sus factores condicionantes, el papel y las limitaciones de los profesionales y trabajadores de salud.

Segunda etapa: Está programada para los responsables de salud ya identificados con su papel. Comprende dos aspectos que conjugan el aprendizaje teoricopráctico y la práctica en la comunidad. Por un lado, en un ciclo de 20 a 30 sesiones teoricoprácticas, en las que se utiliza el cine y otros medios audiovisuales, se imparte instrucción sobre higiene general, aplicación de inyecciones, exámenes preventivos, primeros auxilios, saneamiento básico, atención de la embarazada y el niño, salud ocupacional y escolar, etc. La duración y la importancia que se conceda a los temas varían según la procedencia del grupo de responsables y los intereses que predominen en su barrio u organización comunitaria. La experiencia ha enseñado que es muy importante proporcionar a los estudiantes un informe escrito con el contenido de cada sesión. Por otra parte, a partir de la tercera o cuarta sesión, el responsable empieza a cumplir sus funciones, realizando encuestas de las familias de su manzana, sector o vereda, a fin de identificar problemas de salud, inmunizaciones, exámenes citológicos pendientes, saneamiento, etc. El formulario de encuesta está diseñado con objeto de servir de registro permanente y de guía para adoptar de inmediato las medidas necesarias—vacunaciones por ejemplo—o aconsejar y referir a los miembros de la familia a los servicios de salud. El responsable

aprende primero a llenar el formulario en su propia casa, pierde el temor a un conocimiento que le estaba vedado y el respeto a la letra impresa y empieza, gradualmente, a desempeñar su papel. Una vez por semana, en sesión de grupo, se discuten los problemas, dudas y dificultades encontradas, así como los errores cometidos, y se van ampliando informaciones y conocimientos. El plan es elástico y se cumple de acuerdo con el interés y capacidad de los alumnos. En más de un curso se ha estimado conveniente agregar nuevos temas, a veces numerosos, sobre toda clase de asuntos.

Esta etapa no debe prolongarse en exceso, aun cuando los alumnos insistan, como expresión de cierta dependencia, en seguir aprendiendo en lugar de actuar. Se ha demostrado que en las sesiones finales es de gran valor que el responsable presente su programa concreto de actividades para el futuro inmediato ante el resto del curso. De esta manera se cerró la segunda etapa—más bien prolongada—en El Carmen de Viboral, donde los responsables se fijaron tres tareas iniciales, a saber: 1) conocer y tomar contacto con todas las organizaciones existentes, con objeto de promover la formación del comité de salud, 2) ponerse en contacto y colaborar con el promotor de saneamiento y la promotora del sector y 3) completar la hoja de salud o censoencuesta de cada familia. Al mismo tiempo se fueron encarando algunos problemas de salud importantes de cada zona; esta tarea fue mejor realizada por los responsables que habían surgido de un sector territorial más definido y que estaban más conectados con él, como fueron los responsables de la fábrica Cerámica Continental, vereda Samaria, barrio Ospina y de la Asociación de la Escuela Normal. Entre los asuntos que se propusieron abordar se destacan: organizar cursos educativos, transmitir conocimientos, crear vínculos, combatir con discreción las ideas antiguas, explicar las funciones del responsable, tratar las enfermedades venéreas, deshidratación, etc. Conviene que estos programas, que no deben ser

ambiciosos, incluyan algunas metas cuantitativas, tales como porcentajes de vacunaciones, exámenes citológicos realizados, casas censadas, visitas a escuelas o centros de trabajo, número de sesiones del comité, etc. Tales actividades y el programa del responsable deben evaluarse periódicamente y discutirse en las sesiones posteriores que constituyen una prolongación del curso.

Tercera etapa: En esta etapa, contemplada en la experiencia que aquí se describe, se adiestra al responsable de salud en el reconocimiento e interpretación de síntomas corrientes (fiebre, diarrea infantil u otros) así como en las primeras medidas de salud y tratamientos, mientras se espera la consulta profesional, si esta es necesaria. Esta asignación de funciones solo tendrá lugar después de varios meses que el responsable de salud ejerza sus funciones y siempre que la persona haya demostrado un mínimo de destreza y sentido de responsabilidad. En esta tercera etapa continúa la supervisión de este personal.

Para entonces, el responsable ya ejerce sus funciones a plenitud, es bien conocido y aceptado por los habitantes de la manzana, sector o vereda y tiene comunicaciones fáciles y continuas con el centro o unidad de salud y con sus funcionarios de terreno, que supervisan la tarea constantemente. Ya habrá completado el estudio o encuesta de las familias a su cargo y logrado que todos los miembros de esas familias hayan cumplido las medidas preventivas definidas por los servicios de salud y sus comités de participación; también habrá aprendido a utilizar racional y oportunamente los recursos de atención médica. En ese momento el responsable de salud es ya el vínculo eficiente entre la comunidad y los servicios, a los cuales transmite la iniciativa y aporta la colaboración popular.

El responsable de salud continúa su trabajo de dueña de casa, obrero de fábrica, campesino o profesor de escuela mientras cumple sus funciones en el seno de la organización y de la comunidad. En este proceso es fundamental que el responsable de salud aprenda

a cumplir su obligación de transmitir lo aprendido a sus compañeros de organización y a la población en general. Profundizar la participación activa e informada del mayor número posible de miembros de la organización a que pertenece y de la comunidad en que vive, es su tarea última y decisiva. De este modo se evita formar una nueva capa burocrática entre el organismo de salud y la población y se logra profundizar la organización de la comunidad hasta sus raíces. Un auxiliar valioso en este esfuerzo son los comités de salud que se describen a continuación.

Comités de salud de barrios o veredas

Están constituidos por los responsables de salud de un barrio o, si son demasiados, por los responsables de algunas manzanas del barrio. En la zona rural el comité de salud agrupa a los responsables de una vereda o de una parte de la misma.

En el sector urbano se encuentran diversos tipos de comités de salud; algunas juntas de acción comunal—pocas en el distrito de Florencia, Medellín, donde se realizó esta experiencia—organizan comités para distintas actividades, incluyendo salud. Raramente son elegidos ni representan auténticamente a la comunidad, pero algunos, como el Comité de Salud Tejelo, alcanzan notables adelantos y sirven de base para la selección y adiestramiento de responsables de salud por manzana, la modalidad más sólida y genuina del comité de salud de barrio. En otras ocasiones la iniciativa comunal da origen a un comité popular de salud, como el del barrio Santander, con objetivos y tareas muy ambiciosas que abarcan los variados factores de la vida de los barrios que afectan la salud de sus habitantes.

También las organizaciones comunitarias funcionales (así llamadas para diferenciarlas de las organizaciones con límites territoriales) como sindicatos o asociaciones de padres de familia pueden organizar su propio comité o comisión de salud, para impulsar la preven-

ción, la atención médica y la educación de sus afiliados. Tal es el tipo de Comité de Salud del CAIP de Pedregal, de Florencia, (Centro de Asistencia Integral del Preescolar), formado recientemente por 24 responsables de salud designados por las 100 madres de esos preescolares y a los cuales se está orientando a trabajar también en sus respectivas manzanas. Otro ejemplo es el incipiente Comité de Salud de la Casa Cultural de El Carmen de Viboral. En cualquier caso la principal labor del comité de salud es coordinar y fortalecer la función del responsable de salud ayudándolo a que continúe perfeccionándose e informando sobre los problemas locales de salud a su respectiva organización comunitaria y a toda la población. También le corresponde al comité organizar las actividades, asambleas, semanas de la salud, campañas de higiene, vacunación, etc., que se acuerden a iniciativa propia o del centro o unidad de salud.

Los comités se reúnen periódicamente—semanal, quincenal, o mensualmente—y se convierten gradualmente en el órgano de expresión del barrio en materia de salud, a medida que la comunidad madura y aprende a trabajar unida, tomando parte en las decisiones que las afectan. Allí se analizan los programas realizados por los responsables en su trabajo casa por casa, frente a los miembros de las familias encuestadas (madre, niños, escolares, trabajadores); se estudian los factores favorables y negativos y los nuevos problemas encontrados en las visitas a las casas así como la manera de enfrentarlos; se considera la posibilidad de que los responsables asuman nuevas tareas preventivas o de atención médica y cómo se pueden capacitar para ello; se revisa constantemente la manera de expandir y mejorar la atención de la población, con la participación de todos, así como los métodos para difundir ampliamente conocimientos de salud en el pueblo. En suma, los comités de salud deben llegar a constituirse en el órgano de gobierno local en materia de salud. Asimismo, deben servir como voceros del barrio, vereda o sector

haciendo llegar al centro de salud y a las autoridades sus iniciativas, reclamos o colaboración. Para este último fin, cada comité designa un representante al *consejo local de salud del centro o unidad* que integran, además, un delegado por cada organización comunitaria y un representante del personal que trabaja en el centro o unidad de salud. La función de este consejo es conocer, asesorar y evaluar las actividades y programas del servicio local de salud.

Aunque figuraba en el organigrama original (12), en el Centro de Salud de Florencia este consejo no se ha constituido aún por las razones antes indicadas. En cambio funciona con notable eficiencia en El Carmen de Viboral, si bien con otro nombre y una forma de composición ampliada que incluye, además de los representantes de organismos comunitarios (sindicatos, junta coordinadora de acción comunal, etc.), a numerosos responsables de salud, pobladores y campesinos interesados que acuden a las reuniones. Dicho organismo, con la participación de funcionarios de la unidad de salud y de promotores rurales, se han reunido regularmente una vez por semana, desde el mes de julio de 1975, y han llegado a constituir un grupo estable y maduro. Entre sus realizaciones se destaca la selección y organización del curso para responsables de salud, apoyo a la selección y adiestramiento del responsable que realiza el servicio seccional de salud; ubicación de 20 promotoras rurales de salud en 10 veredas del municipio; recolección y administración de un fondo de ayuda para atención médica; apoyo al personal en sus problemas laborales con la junta directiva del hospital; solidaridad con las peticiones y movimientos de los organismos participantes; apoyo y orientación a la extensión ordenada de los servicios médicos del Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS) a los familiares de los afiliados; análisis de un estudio sociológico de la comunidad, plan de mejoramiento del abastecimiento de agua y visitas a fábricas de cerámica, etc.

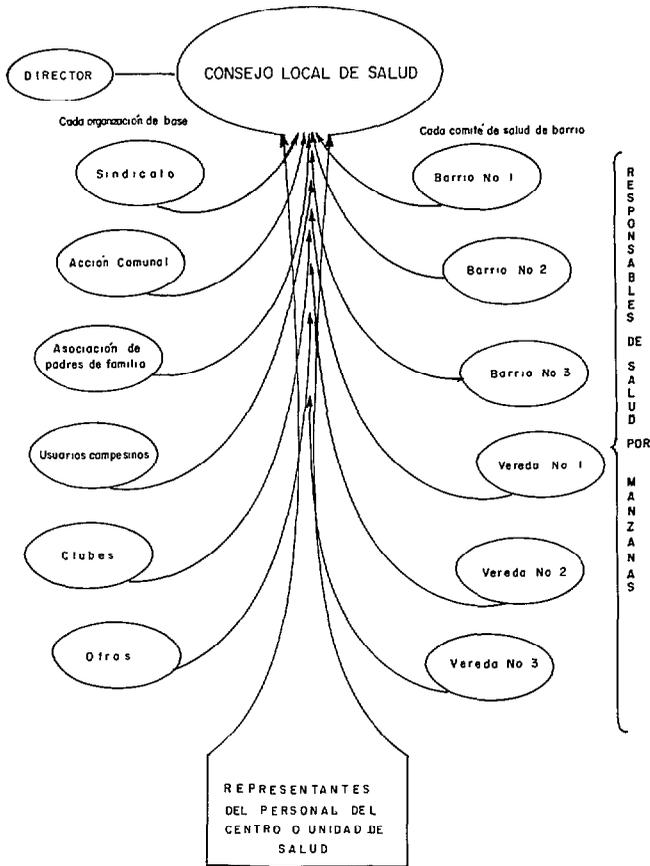
Desde mediados de febrero de 1976 y de

manera rotativa, representantes de la comunidad se han hecho cargo de presidir las reuniones en reemplazo de los médicos. Si bien la tarea fue propuesta por los propios funcionarios, este paso refleja el clima de participación y armonía, el sentido de pertenencia y el carácter dinámico y funcional de este grupo, que ni siquiera se ha preocupado de tener una denominación formal. Es fácil anticipar que, de la misma manera natural y espontánea, crecerá pronto hasta estructurar un consejo local de salud, con representación organizada y formal.

En la figura 2 se describe muy esquemáticamente cómo se puede formar el consejo local de salud; su aplicación práctica en Antioquia será objeto de una próxima comunicación. En la figura se observa que existe un consejo formado por representantes de cada una de las organizaciones de base de la zona de influencia del centro o unidad de salud y de cada uno de los comités de salud de barrio organizado, así como por varios representantes del personal del centro o unidad de salud.

El consejo local constituye una verdadera asamblea de salud que se reúne mensualmente bajo la presidencia de uno de los representantes de la comunidad elegida por la misma asamblea. Para dar cabal cumplimiento a sus acuerdos el consejo designa una mesa directiva, que se reúne semanalmente presidida por el director del centro o unidad de salud y actúa a modo de comité operativo, asesorando y velando por la marcha de los programas y actividades. Este comité se puede comparar con el comité de participación de la comunidad, citado en el artículo 31 del decreto 350 de 1975 del Ministerio de Salud de Colombia sobre el sistema de salud. Esta modalidad de formación de un organismo de salud comunitario traduce el concepto en que se basa la experiencia de Antioquia de integración operativa de abajo hacia arriba. Hay sobrada experiencia de consejos y juntas de salud de vida lánguida y efímera por estar formados o, mejor, impuestos desde arriba. El esquema que aquí se describe puede adaptarse a las circuns-

FIGURA 2—Formación de los consejos locales de salud, Programa IOPAA, Escuela Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Colombia, 1976.



tancias locales, como ya lo ha sido en El Carmen de Viboral. Por otra parte, esta manera de plantear la participación de la comunidad y la relación de las experiencias puede también trasladarse a otras esferas de acción que sean de interés de la comunidad.

Resumen

La participación comunitaria en tareas de salud ha asumido distintas formas según los países. En el departamento de Antioquia, Colombia, se realiza desde 1975 una expe-

riencia que se centra en la formación del responsable de salud y en la movilización de todas las organizaciones comunitarias.

El responsable de salud es un miembro de una organización comunitaria (sindicato, asociaciones de padres, clubes, comités de barrio, manzana sector, vereda, etc.). Es elegido por esa organización y es responsable ante ella. El responsable es el vínculo entre la comunidad así organizada y los servicios de salud y bienestar locales cuyas sedes son los centros o unidades de salud.

Las funciones del responsable de salud son

amplias; entre ellas se pueden citar las siguientes: conocer los problemas de salud de su zona y de los programas y actividades de los servicios de salud y bienestar; transmitir información; colaborar en el mejoramiento de los trabajos de salud que se realicen en su zona, cualquiera fuere el encargado de realizarlos; colaborar con los funcionarios y autoridades de los centros o unidades de salud en el cumplimiento y evaluación de programas; organizar y ejecutar campañas de vacunación; promover la organización de nuevos comités de salud.

La capacitación de los responsables de salud se realiza en tres etapas. La primera es de intercambio de opiniones e información entre los distintos profesionales y funcionarios de salud y el responsable de salud. La segunda comprende sesiones teoricoprácticas sobre temas de higiene personal, exámenes preventivos, primeros auxilios, aplicación de inyecciones, atención a la embarazada y el niño, salud ocupacional y escolar, etc. Simultáneamente el responsable empieza a cumplir sus funciones en su zona. En una tercera etapa se contempla adiestrar al responsable de salud en el reconocimiento de síntomas corrientes (fiebre, diarrea infantil, etc.), así como en las primeras medidas de atención y tratamientos. Cuando esta etapa se cumpla se podrán ampliar las funciones del responsable.

El segundo objetivo de la experiencia de Medellín, la movilización y participación de todos los miembros de la comunidad, se observa especialmente en la formación de los consejos locales de salud la cual traduce el concepto de integración operativa de abajo hacia arriba. Los responsables de salud, los comités de salud de barrio, vereda o sector, los representantes directos de las organizaciones comunitarias y los representantes del centro o unidad de salud de la zona forman el consejo local de salud. Este constituye una verdadera asamblea de salud que se reúne mensualmente bajo la presidencia de uno de los representantes de la comunidad. El consejo designa una mesa directiva, que se reúne semanalmente, presidida por el director del centro o unidad de salud y actúa a modo de comité operativo velando por la marcha de los programas y actividades.

La selección, capacitación y actividades del responsable de salud, así como la formación de los consejos locales de salud están en distintas etapas de cumplimiento en la experiencia que se lleva a cabo en Medellín. □

Agradecimiento

Los autores expresan su agradecimiento al personal del Centro de Salud de Florencia y de la Unidad de Salud de El Carmen de Viboral, Antioquia, Colombia, por la colaboración prestada en la preparación de este trabajo.

REFERENCIAS

- (1) Molina, G., A. Turizo y J. Cardona. Programas locales integrados de salud y bienestar en Antioquia. *Revista de la Escuela Nacional de Salud Pública*. Vol. 1 No. 2, Medellín, 1975.
- (2) Tejero Fernández, A. F. El sistema nacional de salud en Cuba. En: K. W. Newell, ed., *La salud por el pueblo*. OMS, Ginebra, 1975.
- (3) Hanlon, J. J. *Principios de Administración Sanitaria*. Publicación Científica de la OPS 11, Washington, D.C., 1954.
- (4) Sidel, V. The barefoot doctors of the People's Republic of China. *N Engl J Med* 286 (24): 1292-1300, 1972.
- (5) Sidel, V. W. y R. Sidel. El sistema de prestación sanitaria en la República Popular de China. En K. W. Newell, ed., *La salud por el pueblo*. OMS, Ginebra 1975.
- (6) Berhors, C. El proyecto de desarrollo de Chimaltenango. En: K. W. Newell, ed., *La salud por el pueblo*. OMS, Ginebra, 1975. Págs. 39-43.
- (7) Navarro, V. What does it mean? Analysis of the health sector before, during and after Allende's Administration. *Milbank Mem Fund Q Primavera*, Nueva York, 1974.
- (8) Model, H. y H. Waitzkin. Health care and socialism in Chile. *Monthly Review*. Mayo, Nueva York, 1975.
- (9) Molina, G. Tendencias internacionales en las organizaciones de servicios de salud. *Revista de la Escuela Nacional de Salud Pública* Vol. 1 No. 2, Medellín, 1975.
- (10) Abad Gómez, H. Diez años de salud pública en Antioquia. *Antioquia Médica* 12:622, Medellín, 1962.

- (11) Hamilton, R. El primer eslabón. En *Salud Panamericana*, OPS, Vol. 8 No. 2, Washington, D.C., 1976.
- (12) Trabajo profesional y participación de la comunidad. Documento IOPAA No. 4, preparado por

los Equipos de Salud del Centro de Salud No. 22, Florencia, Medellín, agosto, 1975. Documento mimeografiado M-1293, Escuela Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Colombia.

The health officer and community participation (Summary)

Community participation in health tasks has taken different forms in different countries. In Antioquia Department, Colombia, an experiment which centers on the training of the health officer and the mobilization of all community organizations has been in progress since 1975.

The health officer is a member of a community organization (a trade union, parent's association, club, or the committee of a neighborhood, block, sector, etc.). This officer is elected by that organization and is answerable to it. He is the link between the organized community and the local health and welfare services operating in the health centers or units.

The duties of the health officer are broad and include, among others, being familiar with the health problems in his area and with the programs and activities of the health and welfare services; transmitting information; helping to improve health work in the area, regardless of who actually does it; working with the staff and supervisors of the health centers or units in the conduct and evaluation of programs; organizing and carrying out vaccination campaigns; and promoting the organization of new health committees.

Health officers are trained in three stages. In the first the health officer exchanges opinions and information with the various professionals and officials in the health field. The second stage consists of sessions on theory and practice in topics of personal hygiene, preventive examinations, first-aid, giving injections, the care of pregnant

women and of children, occupational health, health of school-age children, etc. Meanwhile, the officer starts performing his duties in his area. It is proposed in a third stage to train the health officer in the recognition of common symptoms (fever, infant diarrhea, etc.) and in the first steps of care and treatment. When the health officer has completed this stage his duties can be expanded.

The second objective of the Medellín experiment, the mobilization and participation of all members of the community, is especially pursued through the training of local health councils, which gives effect to the concept of operational integration from the bottom up. The health officers, the neighborhood, section, and sector committees, the direct representatives of the community organizations, and those of the area health center or unit, all make up the local health council. This council is actually a health assembly that meets monthly under the chairmanship of one of the community representatives. The council elects a board of officers, which in turn meets weekly under the chairmanship of the director of the health center or unit and serves as a kind of operating committee that oversees the progress of programs and activities.

In the experiment being carried out in Medellín, the selection, training, and activities of the health officer, and the establishment of local health councils are at different stages of progress.

O agente de saúde e a participação da comunidade (Resumo)

Em diferentes países, distintas são as formas assumidas pela participação comunitária em atividades de saúde. No departamento de Antioquia, Colômbia, realiza-se desde 1975 uma experiência centralizada na formação do agente de saúde e na mobilização de todas as organizações comunitárias.

O agente de saúde é membro de uma organização comunitária (sindicato, associação de país, clube, comitê de bairro, quadra, rua, etc.). Eleito por essa organização responde perante a mesma. O agente é o vínculo entre a comunidade assim

organizada e os serviços de saúde e bem-estar locais, cujas sedes são os centros ou postos de saúde.

Amplas são as funções do agente de saúde, podendo-se citar as seguintes: conhecer os problemas de saúde de sua zona e os programas e atividades dos serviços de saúde e bem-estar; transmitir informação; colaborar para a melhoria das atividades de saúde desenvolvidas em sua zona, seja qual for o responsável por sua realização; colaborar com os funcionários e as autoridades dos centros

ou postos de saúde no cumprimento e avaliação de programas; organizar e executar campanhas de cavinação; e promover a organização de novos comitês de saúde.

A capacitação dos agentes de saúde realiza-se em três etapas. A primeira é de intercâmbio de opiniões e informações entre os diferentes profissionais e funcionários de saúde e o agente. A segunda é formada de aulas teóricas e práticas de higiene pessoal, exames preventivos, socorros de urgência, aplicação de injeções, atendimento à grávida e à criança, saúde profissional e escolar, etc. Simultaneamente, o agente começa a cumprir suas funções na respectiva zona. A terceira etapa consiste no treinamento do agente de saúde no reconhecimento de sintomas correntes (febre, diarreia infantil, etc.), bem como nas primeiras medidas de atendimento e tratamento. Cumprida essa etapa, podem-se ampliar as funções do agente.

O segundo objetivo da experiência de Medellín,

ou seja, a mobilização e participação de todos os membros da comunidade, atenta especialmente para a formação dos conselhos locais de saúde, o que traduz o conceito de integração operacional da base para o vértice. Os agentes de saúde, os comitês de saúde de bairros, quadras ou ruas, os representantes diretos das organizações comunitárias e os representantes do centro ou posto de saúde da zona foram o conselho local de saúde. Este representa uma verdadeira assembléia de saúde, que se reúne mensalmente sob a presidência de um dos representantes da comunidade. O conselho designa uma mesa diretora, que se reúne semanalmente, presidida pelo diretor do centro ou posto de saúde, e atua como comitê de operações, velando pela marcha dos programas e atividades.

A seleção, capacitação e atividades do agente de saúde, bem como a formação dos conselhos locais de saúde, acham-se em diferentes etapas de cumprimento na experiência ora realizada em Medellín.

Le responsable de la santé et la participation communautaire (Résumé)

La participation communautaire à des tâches intéressant la santé a pris des formes diverses selon les pays. Dans le département d'Antioquia, en Colombie, se poursuit depuis 1975 une expérience centrée sur la formation du responsable de la santé et sur la mobilisation de toutes les organisations communautaires.

Le responsable de la santé est membre d'une organisation communautaire (syndicat, associations de pères, clubs, comitês de quartier, groupement par pâté de maisons, par trottoir, etc). Il est élu par cette organisation et il est responsable devant elle. Il est le lien entre la communauté ainsi organisée et les services de santé et de bien-être locaux qui ont leur siège auprès des centres ou unités de santé.

Les fonctions du responsable de la santé sont nombreuses et variées; parmi ces fonctions, on peut citer les suivantes: connaître les problèmes de santé de son secteur ainsi que les programmes et activités des services de santé et de bien-être; transmettre des informations; collaborer à l'amélioration des travaux effectués dans son secteur en matière de santé, quelle que soit la personne chargée de l'exécution de ces travaux; collaborer avec les fonctionnaires et autorités des centres ou unités de santé à l'exécution et à l'évaluation des programmes; organiser et exécuter des campagnes de vaccination; promouvoir l'organisation de nouveaux comitês de santé.

La formation des responsables de la santé se fait en trois étapes. La première consiste en un échange d'opinions et de renseignements entre les responsables et les différents professionnels et fonctionnaires de la santé. La deuxième comprend des cours théoriques et pratiques sur les thèmes de l'hygiène corporelle, des examens préventifs, des premiers soins, de l'application d'injections, des soins à la femme enceinte et à l'enfant, de la santé en milieu professionnel et scolaire, etc. En même temps, le responsable commence à exercer ses fonctions dans son secteur. La troisième étape est consacrée à apprendre au responsable à reconnaître les symptômes courants (fièvre, diarrhée infantile, etc.), et à prendre les premières mesures et administrer les premiers traitements. Quand cette étape aura été franchie, les fonctions du responsable pourront être élargies.

Le deuxième objectif de l'expérience de Medellín, la mobilisation et la participation de tous les membres de la communauté, se manifeste essentiellement par la formation des conseils locaux de santé qui sont un exemple d'intégration opérationnelle du bas vers le haut. Le responsable de la santé, les comitês de santé de quartier, de trottoir ou de secteur, les représentants directs des organisations communautaires et les représentants du centre ou de l'unité de santé du secteur forment le conseil local de santé. Celui-ci constitue une véritable assemblée qui se réunit tous les mois

sous la présidence de l'un des représentants de la communauté. Le conseil désigne un comité directeur, qui se réunit une fois par semaine, sous la présidence du directeur du centre ou de l'unité de santé et qui fait fonction de comité d'exécution, veillant sur la marche des programmes et activités.

Les opérations de sélection et de formation des responsables de la santé et l'évolution de leurs activités, de même que la formation des conseils locaux de santé sont plus ou moins avancées dans l'expérience qui se poursuit à Medellín.

REFORMAS AL REGLAMENTO DE SALUD DE CANADA

Aunque el Reglamento de Salud de Canadá se revisó totalmente en 1971, la aparición de enfermedades contagiosas altamente letales como la fiebre de Lassa y la enfermedad producida por el virus de Marburg promovieron modificaciones adicionales que se aprobaron el 29 de junio de 1976.

Básicamente, la nueva reglamentación ha dado mayor autoridad a los funcionarios de salud correspondientes para enfrentar otras enfermedades "peligrosas" además del cólera, fiebre amarilla, peste y viruela. Este es un poder de emergencia para tratar enfermedades no incluidas en el Reglamento y los procedimientos que establece son paralelos a los previstos para las cuatro enfermedades mencionadas.

A los oficiales de aduana se les ha otorgado autoridad legal para detener a la persona sospechosa de padecer una enfermedad "peligrosa", en situaciones de emergencia y hasta que una autoridad de salud pueda practicarle un examen físico. Más aún, se ha extendido a los casos de enfermedades "peligrosas" la obligación de la línea aérea o compañía de navegación que transportó a la persona enferma a Canadá, de pagar los gastos ocasionados por la cuarentena de los no residentes del país.

[OSP. *Informe Epidemiológico Semanal*. Vol 49, No. 16, 20 de abril de 1977. (Basado en: Health and Welfare. *Canada Diseases Weekly Report*, Vol. 3, No. 12, 1977.)]