

T/15

49340



PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN SALUD

RESULTADOS DE UNA EXPERIENCIA

MEDELLIN COLOMBIA. 1979

LUZ ESTELA VASQUEZ OCHOA



TESIS DE GRADO

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA

UNIDAD XOCHIMILCO

MAESTRIA EN MEDICINA SOCIAL

MEXICO. 1980

124487

DEDICATORIA

A todos aquellos que encuentren en estas páginas un aporte que contribuya a entender la salud de toda la población como un derecho que debe ser conquistado.

TABLA DE CONTENIDO

	Página
LISTA DE CUADROS	v
INTRODUCCION	xiii
I. RELACION ENTRE LA MEDICINA Y LA FORMA DE ORGANIZACION SOCIAL	1
1. CONCEPCIONES VIGENTES SOBRE LA FOR- MA DE ARTICULACION	1
2. IDEOLOGIA Y MEDICINA	7
3. SIGNIFICADO INDIVIDUAL Y COLECTIVO DE LA SALUD PARA LA POBLACION	11
II. LA PRACTICA MEDICA	15
1. LA FORMACION DEL MEDICO	16
2. INTEGRACION DOCENTE-ASISTENCIAL	21
3. NECESIDAD Y APORTE DEL TRABAJO EN LA COMUNIDAD	23
4. DIFUSION DEL SABER	26
5. INTELECTUALES ORGANICOS	32
6. HEGEMONIA DE LA PRACTICA	35
7. ATENCION PRIMARIA	38
8. DECLARACION DE ALMA-ATA	44

	Página
III. DISCUSION TEORICA SOBRE ALGUNOS CONCEP- TOS CENTRALES	51
1. COMUNIDAD	51
2. ORGANIZACION	54
3. ORGANIZACIONES DE LA COMUNIDAD	55
4. PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN SA- LUD	63
IV. RECUENTO HISTORICO DE LA IMPLEMENTACION Y CONTENIDO DE LA PARTICIPACION DE LA CO- MUNIDAD EN SALUD EN EL PAIS, EN EL PERIO- DO 1973-1980	77
1. REDISEÑO DEL SISTEMA NACIONAL DE SA - LUD	77
2. PERIODO 1974-1978	80
3. PERIODO DE 1978	83
4. INICIACION Y DESARROLLO DEL PROGRAMA DE PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN SALUD	89
5. METODOLOGIA PROPIA DE LA MODALIDAD DE PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD QUE FUE IMPLEMENTADA	95

	Página
V. CARACTERISTICAS GENERALES DE LA FORMACION ECONOMICO-SOCIAL COLOMBIANA Y SUS EFECTOS SOCIALES	99
1. INDICADORES ECONOMICOS Y CONCENTRACION	108
2. ESTADO DE SALUD Y RESPUESTA SOCIAL	114
VI. METODOLOGIA	121
1. INSTRUMENTO	122
2. DESCRIPCION DE LA ZONA	126
VII. ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS	131
1. GRUPO DE LOS CANDIDATOS A RESPONSABLES DE SALUD	133
2. GRUPO DE LAS ORGANIZACIONES DE LA COMUNIDAD	195
3. GRUPO DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD	211
VIII. CONCLUSIONES	241
1. COMENTARIOS FINALES	250

BIBLIOGRAFIA

255

ANEXO

1. MODELO DE LOS TRES CUESTIONARIOS APLICADOS
2. MAPA CON LA ZONA DE INFLUENCIA DEL CENTRO DE SALUD DEL BARRIO CASTILLA Y LOS SEIS BARRIOS DONDE SE INICIO EL PROGRAMA DE PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN SALUD.

LISTA DE CUADROS

Cuadros		Página
No. 1:	Población, viviendas, hogares e ingreso promedio de los seis barrios donde se realiza el Programa de Participación de la Comunidad en Salud.	127
No. 2:	Número de consultas según diagnóstico, en la zona de influencia del Centro de Salud del barrio Castilla. Medellín 1978.	129
No. 3:	Distribución geográfica de los candidatos a Responsables de Salud pertenecientes a seis barrios donde se realiza el Programa de Participación de la Comunidad en Salud. Medellín, Colombia. 1979.	133
No. 4:	Escolaridad de los candidatos a Responsables de Salud.	134
No. 5:	Edad y sexo de los candidatos a Responsables de Salud.	134
No. 6:	Estado civil de los candidatos a Responsables de Salud.	135
No. 7:	Ocupación de los candidatos a Responsables de Salud.	135
No. 8:	Representatividad del candidato a Responsable de Salud, de las Organizaciones de la Comunidad.	138
No. 9:	Afiliación del candidato a Responsable de Salud o su familia, a las Organizaciones existentes.	138
No. 10:	Organizaciones barrios y número de candidatos seleccionados por las Organizaciones.	140

Cuadros	Página
No. 11: Presencia en las Organizaciones de la Comunidad de dificultades internas o externas para realizar sus labores.	141
No. 12: Forma a través de la cual deberían conseguirse los candidatos a Responsables de Salud, según opinión de las Organizaciones de la Comunidad.	142
No. 13: Acciones ante los problemas del barrio, según opinión de los candidatos a Responsables de Salud.	143
No. 14: Razones por las cuales los candidatos desean ser Responsables de Salud.	144
No. 15: Que esperan obtener en el Programa los candidatos a Responsables de Salud.	145
No. 16: Posible efecto del trabajo colectivo según los candidatos a Responsables de Salud.	146
No. 17: Atribución de la causalidad de la enfermedad, según los candidatos a Responsables de Salud.	147
No. 18: Opinión de los candidatos a Responsables de Salud sobre las causas de un nivel menor de enfermedad en algunas personas.	148
No. 19: Razones en que apoyan 118 candidatos a Responsables de Salud su afirmación de un nivel menor de enfermedad en algunas personas.	150
No. 20: Opinión de los candidatos a Responsables de Salud sobre la enfermedad igualitaria o no, dependiendo del tipo de barrio donde se viva.	150
No. 21: Razones en que apoyan 44 candidatos a Responsables de Salud, su concepto sobre igual causalidad de la enfermedad viviendo en diferente barrio.	151

Cuadros

Página

No. 22:	Razones en que apoyan 85 candidatos a Responsables de Salud su concepto sobre diferente causalidad de la enfermedad, según el barrio en que se viva.	153
No. 23:	Conceptos de salud y enfermedad en los candidatos a Responsables de Salud.	154
No. 24:	Respuesta al quehacer ante la enfermedad, según los candidatos a Responsables de Salud.	155
No. 25:	A quien consulta y por qué lo hacen 29 candidatos a Responsables de Salud, cuando se encuentran ante una enfermedad.	157
No. 26:	Uso de los servicios del Centro de Salud por parte de los candidatos a Responsables de Salud.	158
No. 27:	Manejo por parte de los candidatos a Responsables de Salud, de algún conocimiento frente a una enfermedad o emergencia.	159
No. 28:	Conocimiento que los candidatos a Responsables de Salud dicen tener y no tener frente a la enfermedad.	160
No. 29:	Forma como se adquirió el conocimiento en salud por 80 candidatos a Responsables de Salud.	162
No. 30:	Conocimiento en salud sobre siete áreas por parte de los candidatos a Responsables de Salud.	163
No. 31:	Qué es una vacuna, según 68 candidatos a Responsables de Salud.	163
No. 32:	Para qué sirve una vacuna, según los candidatos a Responsables de Salud.	165
No. 33:	Conocimiento de la atención a un niño con diarrea, por parte de 39 candidatos a Responsables de Salud.	165

Cuadros		Página
No. 34:	Conocimiento de la atención a un niño con bronquitis, por parte de 44 candidatos a Responsables de Salud.	167
No. 35:	Conocimiento de la atención a un niño con fiebre, por parte de 44 candidatos a Responsables de Salud.	167
No. 36:	Conocimiento por parte de 85 candidatos a Responsables de Salud, de lo que es una citología.	168
No. 37:	A quien debe hacerse la citología, según opinión de 85 candidatos a Responsables de Salud.	169
No. 38:	Para qué sirve el control prenatal, según opinión de 89 candidatos a Responsables de Salud.	169
No. 39:	Aspectos en los cuales podría darse la Participación de la Comunidad en Salud, según opinión de 24 Organizaciones de la Comunidad.	171
No. 40:	Selección y justificación que los Trabajadores de la Salud hacen del campo en que conciben la Participación de la Comunidad en Salud.	173
No. 41:	Criterios en los que difieren los Trabajadores de la Salud según el nivel, respecto al campo en que debe ubicarse la Participación de la Comunidad en Salud.	174
No. 42:	Funciones que los candidatos a Responsables de Salud asignan a los Trabajadores de la Salud.	176
No. 43:	Calificativo a la forma como los Trabajadores de la Salud, cumplen sus funciones según los candidatos a Responsables de Salud.	177
No. 44:	Opinión de los candidatos a Responsables de Salud sobre lo que facilita o impide el desempeño de las funciones de los Trabajadores de la Salud.	179

Cuadros		Página
No. 45:	Opinión de los candidatos a Responsables de Salud sobre nueva área de funciones para los Trabajadores de la Salud.	182
No. 46:	Opinión de los candidatos a Responsables de Salud sobre la competencia del Centro de Salud para actuar frente a los problemas del barrio.	183
No. 47:	Problema del barrio en que se vive considerado como prioridad por los candidatos a Responsables de Salud.	187
No. 48:	Atribución que hacen los candidatos a Responsables de Salud de la causa del principal problema de su barrio.	188
No. 49:	Atribución que hacen los candidatos a Responsables de Salud de la responsabilidad en la solución del principal problema de su barrio.	189
No. 50:	Opinión de los candidatos a Responsables de Salud en capacitación o sin ella, sobre la causalidad de la enfermedad.	192
No. 51:	Tipo de organización, antigüedad y número de socios de las 24 Organizaciones existentes en los seis barrios donde se realiza el Programa.	197
No. 52:	Razones de surgimiento de las 24 Organizaciones.	198
No. 53:	Tiempo de la Junta actual en la dirección de la Organización	201
No. 54:	Periodicidad y criterio de las reuniones de la Junta Directiva de las Organizaciones.	202
No. 55:	Realizaciones más importantes de la Junta Directiva, según la opinión de uno de sus directivos.	203

Cuadros		Página
No. 56:	Relación entre las Organizaciones de la Comunidad, motivo que la impulsó y resultado de la misma.	205
No. 57:	Existencia de comités de trabajo y de salud en las Organizaciones.	206
No. 58:	Opinión de los directivos de las Organizaciones sobre posibles propósitos ocultos del Programa.	207
No. 59:	Conocimiento de los directivos de las Organizaciones sobre la opinión de la Comunidad acerca de los servicios de salud.	208
No. 60:	Relación entre las Organizaciones de la Comunidad y el Centro de Salud.	208
No. 61:	Clasificación de 38 Trabajadores de la Salud, según nivel.	213
No. 62:	Tiempo transcurrido del término de los estudios de los Trabajadores de la Salud.	213
No. 63:	Tiempo de trabajo en el Centro de Salud, de los Trabajadores de la Salud.	214
No. 64:	Pertenencia a Organizaciones por parte de los Trabajadores de la Salud o sus familiares.	215
No. 65:	Duración y enseñanza de trabajo con la Comunidad durante la preparación básica de los Trabajadores de la Salud.	216
No. 66:	Oportunidad posterior a la preparación básica, de adquirir el conocimiento en trabajo de Comunidad, en los Trabajadores de la Salud.	219
No. 67:	Integración al Programa por parte de los Trabajadores de la Salud.	220
No. 68:	Origen de las dificultades encontradas en la marcha del Programa, según opinión de 19 Trabajadores de la Salud.	222

Cuadros	Página
No. 69: Calificación que hacen los Trabajadores de la Salud de su actitud hacia el Programa.	225
No. 70: Opinión de los Trabajadores de la Salud sobre la necesidad de la participación de la Comunidad en un servicio de salud.	226
No. 71: Opinión y razones en que apoyan los Trabajadores de la Salud su creencia en la capacidad de la Comunidad para trabajar en salud.	227
No. 72: Opinión de los Trabajadores de la Salud sobre el aporte que podría dar la Comunidad al Centro de Salud.	228
No. 73: Opinión y razones en que apoyan los Trabajadores de la Salud la posibilidad de que el Programa contribuya o no a formar teguas.	
No. 74: Opinión de los Trabajadores de la Salud sobre el tener en cuenta en el Programa, las Organizaciones de la Comunidad.	230
No. 75: Opinión de los Trabajadores de la Salud sobre posibles formas de selección de los Responsables de Salud.	231
No. 76: Posibles cambios en la forma de prestar los servicios de salud, ocasionado por el Programa, según los Trabajadores de la Salud.	232
No. 77: Posibles cambios en la forma como la población mira el personal de salud, ocasionado por el Programa, según los Trabajadores de la Salud.	234
No. 78: Posibles cambios en la forma como el personal de salud mira la población, ocasionado por el Programa, según los Trabajadores de la Salud.	236
No. 79: Posibles cambios en la concepción de salud-enfermedad, ocasionado por el Programa, según los Trabajadores de la Salud.	237

Cuadros	Página
No. 80: Opinión de los Trabajadores de la Salud sobre cuál es el principal problema en la zona de influencia del Centro de Salud.	238
No. 81: Opinión de los Trabajadores de la Salud sobre el principal problema de salud en la zona de influencia del Centro de Salud.	238
No. 82: Opinión de los Trabajadores de la Salud sobre la atención que recibe la población en sus necesidades de salud.	239

INTRODUCCION

Dentro de la problemática que genera la prestación de servicios de salud a la población, el tema de la extensión de cobertura, es sin duda alguna, uno de los mas relevantes. El análisis del volúmen de población no cubierta, las limitadas posibilidades reales de llegar a ella y el costo social, representado en las causas de morbilidad y mortalidad, ha despertado el interés creciente de encontrar mecanismos susceptibles de ser implementados.

La atención primaria teniendo como uno de sus componentes la participación de la comunidad, se convierte en estrategia fundamental para la extensión de cobertura. Su implantación da lugar a una cantidad importante de publicaciones en las cuales aparece la metodología utilizada, los lugares donde se realiza la experiencia y los resultados obtenidos, medibles en el número de consultas o en las acciones de saneamiento ambiental.

Llama inicialmente la atención un hecho. No aparece relatado en ninguna publicación, el resultado discutible o dudoso de éste tipo de experiencia. Por nuestra vinculación a un programa de atención primaria, con énfasis en el componente de participación de la comunidad, y por otras experiencias anteriores, se obtenían cada vez mayores evidencias de las dificultades a veces insalvables que impedían la mar-

cha del proceso.

Se plantearon una serie de interrogantes. Eran específicas de nuestra particular situación, las condiciones que creaban las dificultades? Existía, impulsado tal vez por la necesidad de implantar la atención primaria, el acuerdo de destacar solo los aspectos positivos? Podría representar la extensión de cobertura, una posibilidad real para la población, en cuanto contribuyera a mejorar las condiciones de vida?

A medida que se profundizaba se hizo necesaria, en vista de la complejidad del tema, la selección de un área susceptible de ser estudiada. Se eligió el componente de participación de la comunidad de salud.

Desde el comienzo el interés estuvo en el análisis del proceso. La representación cuantitativa de sus logros, y el peso que representa en la modificación de la morbilidad y mortalidad, significan interrogantes secundarios que se podrán quizá abordar en un futuro.

El enfoque del análisis, dentro de esta perspectiva, debía abarcar la población y el personal que presta los servicios de salud. Un tercer elemento vino a completar la visión de las características esenciales del objeto de estudio, se trata de las organizaciones sociales existentes en la población, como elemento importante del modelo de metodología, propia del programa, que se implementaba en ese momento y

por eso, ofrecía la posibilidad de su verificación empírica.

El objetivo fué encontrar respuesta a los interrogantes planteados y conocer con la profundidad que fuera posible, las características de cada uno de los grupos frente a la Participación de la Comunidad de Salud.

Se espera con éste trabajo, introducir nuevos elementos de análisis, que enriquezcan la producción teórica, pero fundamentalmente que aporten en la práctica, mejores condiciones de vida para la población.

La experiencia corresponde a una zona urbana en la ciudad de Medellín, capital del Departamento de Antioquia en la República de Colombia.

I. RELACION ENTRE LA MEDICINA Y LA FORMA DE ORGANIZACION SOCIAL

1. CONCEPCIONES VIGENTES SOBRE LA FORMA DE ARTICULACION

La base teórica de la cual se parte, para explicar la forma de articulación de los hechos relacionados con la medicina y la sociedad donde ocurre, condiciona los logros y proyecciones del planteamiento.

"La imposibilidad de conocer el conjunto de la realidad social en un solo acto cognoscitivo" (1) obliga a su división y al entendimiento de la parte en toda su complejidad, dando lugar al conocimiento cada vez más profundo, o sea a la especialización.

La división del trabajo a pesar del inmenso desarrollo que por su medio ha logrado el proceso productivo de que se trate, no deja de tener sus consecuencias.

Vasco (2) señala como la necesidad de relacionar el aspecto específico con la totalidad tropieza con "una cierta división del trabajo y una cierta especialización cuya naturalidad, cuya racionalidad, a pesar de los avances que ha logrado, comienza a ser discutible".

(1) Rajs, Danuta y Mercer, Hugo. Notas sobre el manejo de la información cuantitativa en la investigación social aplicada a la salud. México, UNAM, 1976. p.11

(2) Vasco, Alberto. Salud, medicina y clases sociales. Medellín, La Pulga, 1975. p.14

El funcionalismo con su base positivista, hace del análisis desde la parte de la totalidad, pero no regresa a ella. De esta manera el abordaje parcial lo justifica en la medida en que la percepción de la realidad, por su complejidad, debe ser dividida, pero también cumple la tarea ideológica, de velar la articulación que guarda la medicina y sus componentes, con la forma de organización de esa sociedad en particular.

Dentro de esta concepción parcializada, tiene sentido el concepto de sector, referido a la agrupación de los hechos que tienen que ver con la temática que interesa, y se proponen las relaciones intersectoriales como el intento de integrar las partes en el todo.

Las consecuencias de este enfoque, en el análisis de la medicina, se plantean dentro de esta perspectiva (3).

"La medicina, la salud aparece desconectada del todo social; se inventa una especie de subsistema de salud con una dinámica propia e independiente, al que se le asigna especificidades que le pertenecen, como por ejemplo: la relación médico-paciente, la ética profesional, la sofisticación del campo de acción (superespecialidades) la neutralidad y objetividad científicas de lo que allí se hace, la población como objeto de salud, etc. Los problemas obedecerían en-

(3) Saborío, Flory et al. Medicina comunitaria: un ensayo de interpretación. Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud (2):55, 1975.

tonces a fallas individuales o institucionales susceptibles de corrección".

Esta teoría explicativa de los hechos sociales, aporta al desarrollo del conocimiento científico, en la medida en que sus técnicas, con alto nivel de sofisticación, logran penetrar en la descripción de los hechos y de sus relaciones internas; algunos de los problemas que tiene es su incapacidad de aceptar y explicar la historicidad del comportamiento de los componentes de la medicina al explicarlos por ellos mismos, lo que tiene como efecto, mantener ocultos los mecanismos de la forma de organización social, que son en última instancia según el punto de vista que se sostiene en este trabajo, los que determinan su funcionamiento.

Ante el hecho evidente del cambio de los conceptos de quien es el sano, o quien está enfermo, que es la atención médica, y quien la proporciona, quien es el agente y cual debe ser el tratamiento; el funcionalismo no tiene nada que decir, o por lo menos se desconocen sus desarrollos en este sentido.

Fassler (4) dice: "la comprensión, explicación, organización y funciones de los servicios de salud no se encuentran en ellos mismos, sino en la sociedad en que están insertos. Las características de la sociedad determinan las modalidades que asumen los servicios de salud".

(4) Fassler, Clara. Hacia un enfoque crítico de la investigación en servicios de salud. México, 1978. p.31. En mimeógrafo

Newell (5) al analizar la separación sectorial en salud y sus efectos, señala:

"Es difícil imaginar por que razón los miembros de los servicios de salud han intentado separar el elemento sanitario de los demás elementos que componen ese todo. Quizá se deba a que no comprendemos el problema y nos sentimos incompetentes o impotentes para resolver las principales dificultades o a que deseamos dominar nuestro propio campo de acción; pero desde luego no es porque se haya demostrado científicamente que ese sea el método más eficaz o económico o el verdadero deseo de la gente. Por el contrario, algunos estudios efectuados revelan que muchas de las causas o problemas sanitarios comunes tienen su raíz en la propia sociedad, que no sirve para nada abordar la salud con un criterio estrictamente sectorial y que la intervención de un sector diferente puede tener sobre la salud un efecto mayor que las puras medidas sanitarias".

El materialismo histórico como posición opuesta al positivismo y a las corrientes de él derivadas, surge a partir de determinadas premisas sociales y teóricas. (6) "Su aparición fue preparada por el desarrollo regular del pensamiento socio-político y filosófico avanzado,

----- /
 (5) Newell, Kenneth. La salud por el pueblo. Ginebra, O.M.S., 1975. p.x-xi.

(6) Fundamentos de filosofía marxista-leninista. Moscú, Academia de Ciencias de la URSS, 1975. p.7

al mismo tiempo, la posibilidad de conocer las leyes de la vida social estuvo determinada también por las condiciones sociales". Concede a los hechos sociales un carácter histórico o sea los considera perecederos, transitorios, en proceso constante de transformación, como producto de cada época.

El materialismo tiene como una de sus bases fundamentales la existencia de las clases sociales, que por su misma esencia perciben en diferente proporción la riqueza social. Marx (7) define la base fundamental del materialismo histórico al señalar:

"En la producción social de su existencia, los hombres contraen determinadas relaciones necesarias e independientes de su voluntad, relaciones de producción que corresponden a una determinada fase de desarrollo de sus fuerzas productivas materiales (...) no es la conciencia del hombre la que determina su ser, sino, por el contrario, el ser social es lo que determina su conciencia".

La aplicación concreta del materialismo histórico y dialéctico en el campo de la medicina, aporta elementos que desbordan el marco tradicional para entender la enfermedad. Demuestra la dependencia de un determinado estado de salud, con el tipo de sociedad de que se trate, analiza las relaciones sociales, derivadas de las relaciones de

(7) Marx, Carlos. Prólogo a contribución crítica de la economía política. Buenos Aires, Ediciones Pasado y Presente, 1974. p.76

producción, que colocan a ciertos grupos sociales, en ventaja o no, sobre otros, dependiendo de la tarea que cumplen en el proceso productivo, señala el avance o estancamiento del conocimiento científico, no como un proceso lineal, sino sujeto a las prioridades que determina esa sociedad, define cual es el papel que juega el Estado.

"Los éxitos o derrotas obtenidas en la alternancia de las enfermedades dependen de la organización sanitaria de una sociedad dada, pero mucho más ampliamente de la organización social en su conjunto (...) las enfermedades son distintas según las épocas, las regiones del mundo y los estratos sociales. Probablemente constituyan uno de los espejos más fieles y más difícilmente eliminables del modo como el hombre entra en relación con la naturaleza por medio del trabajo, de la técnica y de la cultura, es decir de relaciones sociales determinadas y de adquisiciones científicas históricamente progresivas" (8).

De acuerdo con el materialismo histórico se parte de los desarrollos teóricos (9) que señalan como "la salud-enfermedad, la práctica médica y el saber médico son partes dinámicas de una determinada sociedad y encuentran su explicación dentro de ella".

(8) Berlinguer, Giovanni. Medicina y Política. México. Ediciones Círculo de Estudios, 1977. p.11

(9) Lawrell, Asa Cristina. Investigación en Sociología Médica. Salud Problema, México (1): 5, 1978

En esta forma se retoma el concepto de totalidad, propio del materialismo histórico, para analizar en toda su especificidad un área de la realidad, pero no desconectada, sino en relación a aquello que la determina.

Lukacs (10) señala: "El conocimiento de los hechos sociales no es posible como conocimiento de la realidad más que en ese contexto que articula los hechos individuales de la vida social en una totalidad como momentos del desarrollo social".

2. IDEOLOGIA Y MEDICINA

Para abordar este concepto se partirá de ideología (11) "como un sistema de concepciones e ideas que refleja directa o indirectamente las peculiaridades económicas y sociales de la sociedad; un sistema que expresa la situación, los intereses y objetivos de una clase social determinada y tiende a mantener o a cambiar el régimen social existente".

Ubicada en la superestructura, cumple la tarea en una sociedad clasista, de mantener vigente la forma de organización social o sea para la clase beneficiada en mayor medida, su posición de privilegio, para la otra con sus diferentes sectores, la situación de subordinación.

(10) Lukacs, Georg. Historia y conciencia de clase. México, Editorial Grijalbo, 1969. p.10

(11) Fundamentos de filosofía marxista-leninista... Op. Cit. p.226.

Conti (12) dice: "Afirmar que la enfermedad es la disminución de la probabilidad de supervivencia de un individuo, equivale a relacionar a la enfermedad con una determinada situación histórica en cuanto la probabilidad de supervivencia de un individuo varía según se modifique la relación instaurada entre los hombres".

La determinación social se expresa de manera concreta en la diferente manera de enfermar o de morir, de las causas que lo hacen posible y del periodo de la vida en el cual es probable que ello ocurra, según el grupo social de que se trate.

Al existir diferente importancia social, derivada de la posición de un sector de clase frente al proceso productivo, ese grupo expresa, en su estado de salud y enfermedad, la realidad de la formación económico-social, y en alguna forma, cuestiona sus fundamentos.

La ideología, como interpretadora de los hechos sociales, en el caso concreto de las causas de enfermedad y muerte en ciertos sectores sociales, cumple la función, en una sociedad de clases, de explicar los hechos sin precisar causalidad social. De allí la necesidad, en que se encuentra, de buscar otras razones que la expliquen.

Una de ellas se puede encontrar en el énfasis de los aspectos puramente biológicos respecto al poder del agente causal y su necesaria expre-

(12) Conti, Laura. Estructura social y medicina. En: Medicina y sociedad. Barcelona, Fontanella, 1972. p.295.

presión corporal. La enfermedad dentro de esta valoración social será producto de condiciones que escapan al control del grupo como por ejemplo la poca resistencia corporal, la herencia, la predisposición.

Otro elemento explicativo se puede encontrar al circunscribir a un ámbito estrictamente personal la afección. Es decir, la enfermedad que dá a lugar a la atención médica, es concreta en el sentido en que se expresa en el individuo, pero es grupal, en la manera en que se encuentran muchos en idénticas circunstancias. Ese contenido social, no se pone de presente en el enfoque individualizado.

Tal vez sea en la explicación de la causalidad individual de la enfermedad en que se presenta más clara la influencia de la ideología. Dentro de ella se hace atribución de la enfermedad a lo que la persona hizo o dejó de hacer y por lo tanto si la culpa es individual se debe enfrentar a ese nivel.

La causalidad individual cumple, para la clase dominante, la importante tarea de ocultar las causas de la enfermedad sin el peso de los factores económicos y políticos, manteniendo a la población usuaria en la ignorancia, y así impedir el desarrollo de su conciencia crítica y de clase.

Tres hechos se derivan de esta concepción. En primer lugar enfatizar dentro de la atención médica el enfoque curativo, puesto que

al no tocar sus determinantes no se puede actuar en ellos.

En segundo lugar se concede exagerada importancia a los aspectos administrativos en la prestación de los servicios de salud.

Por último la educación en salud adquiere un papel preponderante al sofisticar las técnicas de traslado de conocimientos, sin cuestionar la base desde la cual opera.

En la práctica médica entendiendo por ella (13) "la forma en la cual se organiza la respuesta social frente a la salud-enfermedad" se puede percibir el componente ideológico al aceptar que (14) "si grandes sectores de la sociedad están enfermos, ellos representan una amenaza para el conjunto" por lo tanto debe enfrentarse en forma organizada su atención.

Cobran sentido entonces los agentes de la clase dominante, o los representantes de las instancias del aparato estatal, como portadores del interés supuestamente común, que al actuar bien sea en forma consciente o en parcial ignorancia, legitiman la situación social existente.

La práctica médica a través de sus interpretadores, se torna en elemento útil a la ideología dominante, en el sentido en que sus proce -

(13) Lawrcli, Asa Cristina. Investigación en Sociología Médica... Op.
Cit. p.22

(14) Sigerist, Henry. Historia y sociología de la medicina: selecciones.
Bogotá, Editor Gustavo Molina, 1974. p.42

dimientos, con un fuerte contenido tecnológico, facultan el supuesto ejercicio "neutral" de las acciones que no permiten apreciar en primera instancia las funciones que desempeña. Su explicación tiende el velo ideológico y oculta la realidad.

3. SIGNIFICADO INDIVIDUAL Y COLECTIVO DE LA SALUD PARA LA POBLACION

Se plantea ahora el interrogante de cual sea el significado que tiene para la población el cuidado de su salud.

El cuidado y la conservación de la salud, o sea el aspecto preventivo, no constituye demanda cuando se ignora el efecto de los factores que atentan contra ella, en ese sentido un alto nivel de conciencia guardaría relación con la importancia dada a los factores que no constituyen propiamente la atención médica.

La dimensión de su necesidad será diferente según de quien se trate.

En el plano individual la salud constituye problema cuando se pierde, es allí cuando propiamente puede hablarse de necesidad básica, o sea que es la atención médica lo que se reclama. Si los servicios de salud dan a la población la idea de que existen en función de curar, o de que la enfermedad tiene su explicación en el individuo, la solución buscada ante la pérdida de la salud será de tipo individual. Igualmente

te se refuerza esta concepción al ignorar la causalidad social de la enfermedad.

En el mismo plano individual que se analiza, se plantea que no constituye demanda, al ocupar una posición subordinada frente a la satisfacción de otras necesidades vitales relacionadas con la subsistencia.

No es demanda porque es resultante, no es lo más importante, no se puede tener salud si se carece de alimento, vivienda, trabajo.

Podría pensarse que la clase trabajadora, tuviera una visión un poco más amplia del cuidado de su salud, que sobrepasara el enfoque curativo, en virtud de la importancia de este elemento para la fuerza de trabajo.

La práctica demuestra que no es así. Ante verdaderos atentados contra la vida del trabajador que se encuentran en algunas empresas, la lucha sindical se enfoca hacia logros económicos.

Claro que la explicación, no está sólo en la mayor o menor importancia de la salud para la clase obrera, o el trabajador individualmente considerado, sino en el juego de otros factores como el desempleo, o sea el ejército industrial de reserva.

En el plano colectivo la salud de la población se convierte en necesidad, cuando se analizan las funciones que cumple el Estado (15).

(15) El Estado para quien lo trabaja. Alternativa, Bogotá (14):13, 1977

"En el actual estadio monopolista del capitalismo, el Estado ha visto crecer día a día su responsabilidad en el campo de la reproducción de la fuerza de trabajo que ha de ser explotada por los capitalistas. Es el Estado quien debe velar por la salud, la educación, la vivienda, la recreación de los trabajadores (...) se trata de ponerse de acuerdo sobre todos los aspectos que atañen a la prestación de los llamados "servicios públicos", ésto es, todas aquellas actividades que ha asumido el Estado y que tienen que ver con la reproducción de los trabajadores, con la existencia misma de ellos, que es una necesidad objetiva para el capital, pues sin trabajadores no puede haber producción ni mucho menos explotación (...) no se trata pues de que al Estado le duela la situación de insalubridad, de analfabetismo, de carencia de vivienda, sino que reconoce que todo ello interesa al capitalismo, pues son elementos esenciales para la existencia de los explotados".

Al mismo tiempo que cumple estas funciones, se legitima así mismo como auténtico representante de la totalidad del pueblo.

II. LA PRACTICA MEDICA

La base fundamental de la cual se parte para hacer el análisis de los distintos componentes de la práctica médica, tales como la atención médica, la organización y funcionamiento de los servicios de salud, las instituciones formadoras del personal de salud en sus distintos niveles, la política de salud; es que la práctica médica en cualquier tipo de organización social, reproduce en su estructura y funcionamiento las relaciones sociales propias de esa sociedad.

Las transformaciones que ocurren, por efecto de la relativa autonomía que guardan los hechos superestructurales, respecto a la determinación económica en el funcionamiento de una formación económico-social concreta, no pueden ser los elementos definitivos en el cambio total de una sociedad, pero aportan, en la medida que sus expresiones, cuestionan o ponen de presente, las contradicciones propias de las relaciones sociales derivadas de las relaciones de producción.

El velo ideológico que cubrió por largo tiempo el ejercicio de los componentes de la medicina, y en especial de la práctica médica, con base en la supuesta neutralidad de sus procedimientos y de las proclamas humanitarias en su ejercicio, al ser roto por el análisis materialista, mostró que era importante, no sólo conocer las dimensiones de su quehacer, sino las funciones que cumple en una organización social.

1. LA FORMACION DEL MEDICO

Se hubiera querido analizar en detalle las diferentes modalidades que asume la formación del personal de salud en sus distintos niveles, ésto no fue posible. Solamente se hizo del médico, como el personaje que tradicionalmente ha ocupado el lugar central en la prestación de los servicios de salud. Los otros niveles, profesionales o no, han tenido una posición subordinada y aún el aporte de otras disciplinas sociales, que tienen que ver con una visión total respecto al análisis de la salud, encuentran reales problemas en el aporte de sus hallazgos.

Para efecto de este trabajo, se considera que la respuesta a la participación de la Comunidad, se condiciona por la diferente posición que se ocupe en la jerarquía establecida, la cual tiene que ver con la cuota disponible de conocimientos, las funciones que desempeña, la valoración social.

"La educación médica refleja en cada época el proceso histórico que determina el concepto de salud-enfermedad y la práctica del ejercicio médico, como consecuencia de las relaciones de producción condicionado al régimen social existente, (16)

(16) Llorens, José. Combinación del estudio y el trabajo en la formación de los profesionales de la salud. En: La formación integral de los profesionales de la salud. IX Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina. La Habana, 1976. p. 211

cumple papel fundamental en la re - producción de la organización de los servicios de salud y se cristaliza en la reactualización y preservación de las prácticas específicas tanto en las dimensiones del conocimiento cuanto en las técnicas y contenido ideológico". (17)

El Informe Flexner, en una de sus expresiones, significó la penetración del capital al campo de la salud, al enfatizar la necesidad de la tecnología y el desarrollo del conocimiento científico en búsqueda de la especialización. La práctica hospitalaria con predominio de lo curativo y con apoyo de la investigación, se convierte en dominante, en hegemónica, sobre otras formas de prestación de servicios.

Los efectos de la implementación gradual de las recomendaciones del Informe en América Latina, como producto de nuestra situación dependiente respecto a la metrópoli, tuvo como resultado, un alto desarrollo del conocimiento científico en el descubrimiento del agente causal y de su ataque. Por otro, el énfasis en lo curativo con aplicación predominante en la práctica privada, en el enfoque del ejercicio profesional.

Mahler señala: (18)

----- /
 (17) Enseñanza de la medicina preventiva y social en las escuelas de medicina de la América Latina. Informe del Comité del programa de libros de texto de la OPS/OMS. Educación Médica y Salud 9 (2):213, 1975.

(18) Mahler, Halfdan. La medicina y los médicos del mañana. Educación Médica y Salud 11 (1): 73, 1977.

"Al observador reflexivo de las escuelas de medicina le resultaría inquietante percibir la regularidad con que todo el sistema educacional de estas escuelas está aislado con respecto a los sistemas de servicios de salud de sus países. En realidad en muchos países las escuelas y cuadros docentes continúan siendo las proverbiales torres de marfil. Allí se prepara a los estudiantes según elevadas normas académicas oscuras, mal definidas y de presunta vigencia internacional (...) se prepara a los médicos no para ocuparse de la salud del pueblo sino para un ejercicio profesional ciego a todo lo que no sea enfermedad y tecnología para combatirla".

El estudiante de medicina, recibe sus experiencias de aprendizaje en este contexto, se moldea el futuro ejercicio profesional de acuerdo con lo que ve en el Hospital, lo curativo con preeminencia respecto a otros enfoques de la atención médica.

Villar (19) señala las consecuencias:

"La organización actual impide que los profesionales puedan compenetrarse con ese transcurrir diario de la gente en su familia, en su barrio, en el trabajo, es decir donde están los conflictos".

La formación hospitalaria da algo pero no todo, y es precisamente la carencia de los componentes sociales en el entendimiento de la en-

----- /
 (19) Villar, Alvaro. El límite de lo racional. Alternativa. Bogotá (229): 30, 1979.

fermedad lo que hace que (20)

"en 1970 una nueva publicación de la propia Fundación dedicada a los avances de la educación cambió su énfasis, recomendando que los médicos fueran entrenados fuera del ámbito universitario, en hospitales de comunidad y que el entrenamiento de los estudiantes fuera más en las humanidades y menos en las ciencias biológicas".

La enseñanza de lo social, en este nuevo enfoque, presenta variadas experiencias, que van desde reformas curriculares con amplia base conceptual y metodológica, a intentos menores que cambian la ubicación de una materia en los distintos semestres de estudio.

El estudiante capta el desfase entre la teoría y la práctica, entre los planteamientos sociales del docente en la cátedra, y el ejercicio privado fuera de ella, entre los factores que tienen que ver con la salud y la práctica de los servicios estatales.

Fergusson (21) en su crítica al ejercicio de la medicina en el país apunta:

"los planes son "socializantes" pero los ejecutores somos liberalizantes, el estudiante descubre rápidamente nuestra doble moral, lo impulsamos al medio rural pero somos profesio-

----- /
(20) Llorens, José. Combinación del estudio y trabajo... Op.Cit. p.177
Citado de: Family medicine and health care crisis in the United States.

(21) Fergusson, Guillermo. Esquema crítico de la medicina en Colombia.
Bogotá, Coocentros, 1979. p.72

nales urbanos. Contrastan nuestros ingresos con los que le proponemos. El joven busca identificarse con sus maestros exitosos que son a la vez los más brillantes, mejor remunerados y naturalmente los más conservadores".

Esas características del profesor universitario que según Vasco (22) "produce en sus alumnos el deseo de salir a repetir ese tipo de práctica con la esperanza de repetir también el éxito, lo que desestimula cualquier visión crítica, cualquier intento de investigación, cualquier propósito siquiera de pensar sobre la sociedad en que la medicina se desarrolla" son producto de un sistema educativo en el cual la escuela, según Ortiz y otros (23).

"se convierte en el centro legitimizador y reproductor de un saber organizado de acuerdo con los intereses de dominación de los centros hegemónicos y opera a través de un conjunto de relaciones marcado por el sello de la ideología dominante. Se asume ilusoriamente que pone en circulación un saber neutro, apolítico, definitivo y desligado de las contradicciones de clase, más su carácter de institución depositaria de un saber comprometido con el mantenimiento de las relaciones de dominación se evidencia, por los cuadros científico-técnicos que esas relaciones demandan".

(22) Vasco, Alberto. Salud medicina y clases sociales... Op.Cit.p. 127

(23) Ortiz, Ricardo, Estrella, Gorky, Sempertegui, Fernando. Coordinación del estudio y el trabajo en la formación de los profesionales de la salud. En: La formación integral... Op.Cit. p.228

La enseñanza de los aspectos sociales, se caracteriza por la poca cantidad en horas, sin un criterio sólido acerca de cual sea la ubicación más adecuada en el curriculum, con dificultades provenientes del aporte que las distintas disciplinas sociales pueden ofrecer, sin embargo el problema medular radica en el insuficiente desarrollo de las ciencias sociales que pasan por alto, o eluden, el estudio de la totalidad y de las relaciones entre las partes. El estudiante lo ve como poco importante, como un añadido o relleno que en alguna forma resta tiempo a lo que considera su formación fundamental.

2. INTEGRACION DOCENTE-ASISTENCIAL

Se presenta como una alternativa ante los problemas derivados del tipo de formación del médico.

En un Seminario Nacional realizado en 1978 (24) se analizó así por uno de los ponentes la integración docente-asistencial.

"No hay duda que un buen número de experiencias han surgido sin que la motivación se originara a partir del objetivo de servir a la Comunidad, sino que son producto de la búsqueda de soluciones a las "crisis institucionales" provocadas por los in -

(24) Lerma, Carlos. Integración docente-asistencial. Ponencia presentada en el Seminario Nacional sobre integración docente asistencial. Rionegro, Antioquia. Recinto Quirama, Marzo, 1980.

crementos de matrícula estudiantil. Esta motivación ha dado lugar al modelo de servicios desvinculados en la mayoría de las veces de la realidad y otras veces a la entrega, por parte de la institución docente, del personal en formación a los servicios de salud, olvidando que la capacitación durante el servicio exige un replanteamiento educativo que la institución debe estar en condiciones de desarrollar".

El decreto 1210 del 26 de Junio de 1978 (25) que trata de sistematizar las experiencias que se habían realizado sobre integración docente-asistencial, las define así:

- a) La utilización racional de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud como campos docentes e investigativos, por parte de las universidades y otras entidades formadoras de personal para la salud que funcionan debidamente autorizados por el Estado.
- b) La cooperación de las universidades y otras entidades formadoras de personal en el perfeccionamiento constante de las actividades que desarrolle el Sistema Nacional de Salud.

Esta coordinación intra-institucional, que busca el contacto de los es-

(25) Decreto No. 1210 de 1978 (Junio 26) por el cual se reglamenta el artículo 4 de la Ley 14 de 1962 y el artículo 7 del decreto ley 356 de 1975 con el fin de organizar las actividades docente asistenciales en el Sistema Nacional de Salud. Bogotá, 1978.

tudiantes en forma temprana a nivel de la familia y en la comunidad, busca entre otros objetivos, según se planteó en un Seminario Nacional (26) la vinculación entre el estudio y el trabajo, la docencia y la asistencia, que forme por el contacto con la realidad, una conciencia crítica y creativa, que logre transformar la estructura tradicional de los servicios de salud, al modificar la relación entre el sujeto y el agente de la relación. Si estos objetivos se logran, el futuro médico comprenderá mejor su misión en la sociedad, con capacidad para dar una proyección social del servicio, lo que redundará en un mejoramiento en la prestación de él.

Estas expectativas tan halagadoras, encuentran una realidad que se le contrapone, las instituciones estatales prestadoras de los servicios de salud, no han modificado su funcionamiento. El Decreto 1210 es de relativa reciente expedición, el médico general no constituye como ejercicio profesional un modelo que sea altamente valorado, más bien se tiende hacia la especialización que promete ingresos y prestigio superiores.

3. NECESIDAD Y APORTE DEL TRABAJO EN LA COMUNIDAD

La comunidad, ofrece la posibilidad al estudiante, de introducir en el

(26) El médico general una respuesta al futuro: Seminario. Bogotá, Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, 1979.

proceso educativo, las situaciones reales que le darían una visión total, de las causas por las cuales la población pierde la salud.

En la Mesa Redonda sobre la importancia de la Comunidad en la formación de los profesionales de la salud (27) se afirma que: "constituye el ámbito natural y abierto, exclaustrado para efectuar el proceso de enseñanza-aprendizaje en las ciencias del hombre y en el componente social de la medicina".

El trabajo de salud con la comunidad reformula, o hace reformular, el concepto de salud-enfermedad, superando la exclusiva concepción biológica para llegar a la formulación de un nuevo concepto de la salud, en su dimensión social biológica y cultural, lo que obliga a la intervención de las ciencias sociales en su comprensión y su hallazgo no circunscrito a los muros del Hospital, sino en el ambiente donde se encuentra la población en primera instancia, donde vive, donde posiblemente trabaja, donde tienen lugar las relaciones sociales. En la Comunidad encuentra el componente social que, en otra forma, sólo se puede añadir como un agregado más, sin entender el peso específico y la determinación de sus componentes.

Así aprende el estudiante, las limitaciones que tiene la medicina sola,

(27) La formación integral de los profesionales de la salud. Mesa Redonda de la IX Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina en América Latina... Op. Cit.

para actuar frente a la enfermedad y en lugar de desempeñarse como curador, esperando a los enfermos que van al Centro de Salud en demanda de sus servicios, va a la Comunidad en la búsqueda de la relación ecológica o sea la interacción del hombre con el ambiente que lo rodea, el condicionante del proceso salud-enfermedad.

Dentro de esta visión totalizadora, se encuentra que la Comunidad le proporciona al futuro médico y al profesional en ejercicio, lo que no encuentra en el aula o en consultorio. En estas condiciones se debe abandonar la idea del médico sacrificado y humanista que se desplaza a la comunidad, él es quien se beneficia de ello, al saber lo que es salud lo cual ignora, o sea aprende más de lo que da.

Un interrogante se plantea, qué tan interesado se encuentra el estudiante de medicina y el médico en adquirir el componente social?

Todos los logros que se han señalado, obligan a formas distintas de trabajo. La relación no es individual sino colectiva entre los trabajadores de la salud y las familias, grupos u organizaciones existentes; el lugar no es el consultorio sino la vivienda; debe relacionarse con un grupo que no está a su nivel de conocimientos; en lugar de esperar al enfermo debe desplazarse en su búsqueda; debe dar conocimientos, desprenderse de su saber y difundirlo en el pueblo, o sea el enfrentamiento inicial, puede asemejarse a un hipotético derrumbe de los mu-

ros del Centro de Salud para encontrarse frente a frente, el personal de salud con la comunidad, sin la seguridad que dan esos cuatro muros, en los cuales se refugia.

De allí que sea explicable el temor y a veces abierto rechazo que el profesional de la salud expresa a este tipo de práctica.

Otro aspecto importante del rechazo, lo constituye el hecho de que, el trabajo con la comunidad, no constituya propiamente una especialización. En la forma como erradamente se concibe: hacer visitas, vacunar, dictar charlas educativas, se piensa que no se necesitan conocimientos adicionales para hacerlo y es cierto. Pero la complejidad de la tarea a realizar consiste en la integración de los aspectos clínicos y sociales con el desarrollo de una base teórica y conceptual, que hasta ahora el profesional no tiene.

En estas condiciones el campo de complejidad de una especialidad queda superado, sólo que es diferente al tradicional.

La medicina de primera clase se ha entendido como la hospitalaria con alta y complicada tecnología y de especialidad, la de segunda es la medicina general con menor prestigio.

4. DIFUSION DEL SABER

El personal de salud tiene un conocimiento que referido a la necesi -

dad de vivir se sitúa tanto para el que lo posee, como para el que lo necesita, en especiales dimensiones.

Bacon afirmó: "el conocimiento es poder" y puede ser usado como mecanismo que le imprime sus características según sea el tipo de sociedad donde funcione. En una organización social con contradicciones antagónicas será diferente a aquella que reemplazó la competencia por la emulación.

En la primera, el uso del conocimiento funciona como un mecanismo de dominación, y asume las formas de la propiedad privada, con el acaparamiento de la producción intelectual o práctica. En la segunda, se considera que, si bien representa un logro individual, es patrimonio de la población, en el sentido de que su desarrollo y logros se hicieron posibles por una amplia producción social.

Acuña (28) señala:

"Nosotros los profesionales de la salud hemos llegado a la conclusión de que nuestro deber primordial es divulgar los conocimientos y experiencias que nos ha confiado la sociedad (...) nunca como ahora hemos comprendido con tanta claridad que la atención de salud debe ponerse a disposición de todos los ciudadanos ya sea que pertenezcan a los sectores

(28) Acuña, Héctor. El ayudante médico. Bol. OPS 82 (6): 473, 1977

pobres, se hallen en lugares distantes o carezcan de privilegios (...)
el conocimiento sobre la salud ya
no se puede considerar como una
cuestión reservada a unos cuantos
privilegiados".

Una de las razones más frecuentes para obstaculizar los intentos en la democratización del saber, se basa en la complejidad de un conocimiento que, en su aplicación indiscriminada, puede representar peligro para la vida del enfermo. La supuesta pérdida humana, adquire de repente una importancia inusitada, que contrasta con la indiferencia manifiesta ante la diaria muerte por causas que pudieron ser evitadas. La explicación entonces, al hecho de que no se quiera entregar el conocimiento, hay que buscarla en otro tipo de determinaciones.

Se afirmó antes, como puede ser un mecanismo de dominación. En esa línea de pensamiento, al dar el conocimiento, se pierde un poco el control del proceso, lo que disminuye el poder.

Otra de las razones, menos explícita para los trabajadores de la salud, pero vigente por las actitudes que de ella se derivan, es la mayor dificultad que representa la relación con un paciente que discute, pregunta y aporta, en oposición a otro, que escucha, calla y obedece.

La mayor o menor dificultad, con base en la ignorancia o el conoci-

miento, no representa problema para la población, pero sí para los trabajadores de la salud que sienten discutida su proverbial situación de superioridad. El mito del médico, que todo lo sabe, que posee la forma de atacar todos los males, empieza en forma creciente, a perder vigencia ante la presencia de otros hechos sociales, que escapan a su particular control y aún del gremio como expresión colectiva.

Si se mira el problema de la apropiación y difusión del conocimiento entre la población y los trabajadores de la salud, podría pensarse que es su única manifestación y no es cierto. En el mismo grupo que presta los servicios de salud se presenta el mismo problema, sólo que su contenido es diferente.

Las jerarquías establecidas guardan y cuidan su cuota correspondiente de conocimientos, que no están disponibles para el nivel inferior. Se cierra el acceso a él, a través de formas administrativas, reglamentos, sanciones, determinación de funciones.

La enfermera profesional, se enfrenta en forma frecuente, al hecho de que debe enseñar a las auxiliares y ayudantes de enfermería, técnicas y procedimientos con amplia oportunidad de desempeño en el campo, pero vedadas a ella misma en la ciudad por considerarse de exclusiva competencia del médico.

La práctica diaria, está ofreciendo la evidencia de que la población,

busca, en una o en otra manera, solución a su problema de salud y ante las numerosas dificultades de toda índole para su satisfacción, busca sus propios recursos.

Es cierto que el conocimiento en salud que puede adquirir la población, no depende en forma exclusiva del personal de salud. Debe recordarse el apetito insasiable de las transnacionales farmacéuticas en búsqueda de lucro, pero también es verdad que el conocimiento correcto se supone que lo tiene el que ha hecho de esta actividad su forma de subsistencia.

La población posee variados matices en el conocimiento. Se encuentra correspondencia entre algunas prácticas populares y el saber científico, otras veces hay desconocimiento absoluto, y en un gran porcentaje hay inadecuación. Para la primera manifestación hay necesidad de su reforzamiento, en la segunda la entrega del conocimiento, en la tercera su corrección.

Weinstein (29) se refiere a este proceso como democratización y lo señala "como una gran necesidad colectiva que reclama un lugar central en la lucha por la liberación de los pueblos y merece el estudio en profundidad". El autor considera que (30) "democratizar la salud es apuntar a cambiar la vida y a transformar la sociedad".

----- /
(29) Weinstein, Luis. Salud y democratización. Madrid, Villalar, 1977.
p. 9.

(30) Ibid. p.60

Benedetti dice que la ignorancia masiva siempre ha sido aliada de la explotación.

Reconocida en términos generales, la necesidad de difundir el saber, de entregar el conocimiento, se debe pensar cual es su contenido.

La enseñanza de técnicas, la remisión adecuada de los pacientes al servicio de salud, la prestación de servicios, la información, la comprensión de la estructura y funcionamiento de la unidad de salud, la identificación de síntomas, la promoción de servicios, la asistencia a los cursos de capacitación, no basta. Es absolutamente necesario en un programa verdadero de participación de la comunidad en salud, que se enseñen los determinantes sociales de la causalidad de la enfermedad.

Ya se vio la influencia de la ideología como reinterpretadora. La población tiene que recibir el componente social de la salud y la enfermedad, al señalar la diferente forma de enfermar y de morir de los distintos grupos sociales por su situación de clase. Debe comprender que un sector social se caracteriza por semejantes causas de enfermedad y muerte aunque no viva junto, tiene que borrar la creencia de que la salud se consigue porque se es "de buenas" y que la enfermedad constituye un castigo divino.

Debe relacionar el ambiente externo y el propio de su familia, como

elementos importantes que tienen su peso en la conservación de la salud.

Todos estos elementos, no los proporciona la sola práctica sin ayuda de una teoría, la adquisición de una conciencia crítica, no se produce en forma repentina.

Es aquí donde se piensa que pueda cumplir una labor decisiva el personal de salud.

Actuará como elemento que favorezca el proceso? Hasta qué punto podrá asumir una posición política a la que llegue, bien sea por compromiso personal o por trabajo gremial?

Se consideran factores negativos: la misma extracción de clase que no permite develar ante la población una realidad social que usufructúa; la ausencia de una base teórica con fundamentación científica; el exclusivo enfoque administrativo que considera que los problemas en la prestación de los servicios de salud a la población son susceptibles de transformarse, por la racionalidad en el manejo y una prudente supervisión del presupuesto.

5. INTELLECTUALES ORGANICOS

Gramsci acuñó el término de intelectuales orgánicos, concediendo la

primera cualidad a todos los hombres por el hecho de serlo, la segunda a aquellos hombres que tienen en la sociedad la función de intelectuales.

Dentro de la actividad superestructural, determina dos niveles: (31) el de la sociedad civil, como el conjunto de organismos de carácter privado y el de la sociedad política, o sea el Estado, que corresponde a la función de hegemonía que el grupo dominante ejerce en toda la sociedad, con dominio directo que se expresa en el estado y en el gobierno jurídico".

Los intelectuales, dice Gramsci, son los empleados del grupo dominante para el ejercicio de las funciones subalternas de la hegemonía social y del gobierno político, y cumplen la función de conseguir el consenso espontáneo que las grandes masas de la población, dan a la dirección impuesta a la vida social por el grupo dominante, a más de cumplir la función de coerción cuando falla la de consenso.

El carácter dependiente que tienen los intelectuales termina con el mito de su independencia. Fergusson (32) aporta en este sentido la afirmación de que "los médicos somos ruedas de un complicado engranaje opresor de múltiples conexiones (...) sin pensarlo y sin sentirlo somos

(31) Gramsci, Antonio. Los intelectuales y la organización de la cultura. Editor Juan Pablos, México, 1975. p.18

(32) Fergusson, Guillermo. Esquema crítico.... Op. Cit. p.11

agentes políticos, la medicina es una actividad social y no hay acciones sociales que puedan ser apolíticas".

La composición de la intelectualidad no se define como clasista (33): "la intelectualidad jamás ha sido ni puede ser una clase especial, no es homogénea desde el punto de vista de clase, ya que se forma con elementos de las distintas clases y sirve a las distintas clases".

La definición de la organicidad, o sea hacia quien se inclina el intelectual, tiene que ver con su extracción social y al ser no homogénea presenta distintos tipos de actuar.

Berlinguer (34) dice: "el médico cumple un papel de sustancial conservación social y si su papel ha sido el de adaptar el individuo al ambiente, ya debe ser el de modificar ese ambiente, conociéndolo, analizándolo a través de todos los medios científicos".

Si el médico como intelectual es orgánico a la clase dominante, oscurecerá la esencia social de la enfermedad. Si por el contrario, define su posición comprometida con las penalidades del pueblo, está con la clase oprimida.

Gramsci, al referirse a la creación de un nuevo grupo intelectual di-

_____ /
 (33) Fundamentos de filosofía marxista-leninista.... Op. Cit. p.112

(34) Berlinguer, Giovanni. Medicina y Política.... Op. Cit. p.73-77

ce (35) que el problema consiste en "elaborar críticamente la actividad que existe en cada uno en cierto grado de desarrollo (...) para que llegue a ser el fundamento de una nueva e integral concepción del mundo".

Intelectual para Foucault es "aquel que hace uso de su saber, de su competencia de su relación con la verdad en el orden de las luchas políticas".

6. HEGEMONIA DE LA PRACTICA

En una formación económico-social clasista coexisten diferentes formas de práctica médica en función del grupo social a quien va dirigida. Una de ellas se presenta como la más importante, como la hegemónica en relación a las otras que guardan respecto a ésta, una posición subordinada.

La hegemonía, está definida por los intereses de esa sociedad, en cuanto representa expresión de sus relaciones entre las clases. No guarda relación con las necesidades de la población en materia de salud, ni con los recursos de presupuesto físico o de personal asignado, ni en forma directa con la política de salud.

En Colombia en 1978 el presupuesto asignado a la salud pública fue

----- /
 (35) Gramsci, Antonio. Los intelectuales y la organización.... Op.
 Cit. p.15

de 4.078 millones de pesos para el 75% de la población, una cantidad más o menos igual constituyó el presupuesto del ISS (Instituto de Seguros Sociales) con una cobertura de sólo el 10% de la población; el 15% restante de la población se supone que tiene posibilidad de adquirir la medicina privada.

Si se toma una gran división entre práctica médica privada y oficial, se encuentra el predominio de la primera sobre la segunda, aunque el profesional que la desempeñe sea en términos generales el mismo, sólo cambia la función que cumple en cada una de las instancias.

Andrade (36) afirma: "la práctica profesional y la atención médica ejercen una acción dominante sobre el proceso de formación de médicos, el cual tiende a reproducir las condiciones que prevalecen en las primeras en una determinada formación social".

La atención primaria de salud como forma de la práctica médica encuentra establecida toda una estructura que se le contrapone.

La misma acción dominante de la práctica y la atención médica sobre la formación del personal de salud, se encuentra entre la práctica privada de la medicina y la atención estatal.

(36) Andrade, Jorge. Papel perspective de las universidades latinoamericanas en la formación de recursos humanos para la salud. En: la formación integral... Op. Cit. p.97

Pero la ventaja que se observa en la práctica estatal, es la presencia de la universidad oficial*. De la universidad no podrá prescindirse y mientras sus puertas estén abiertas, podrá cumplir con las funciones que está llamada a desempeñar.

Una de estas funciones es la investigación y como tal, debe plantear interrogantes acerca del tipo de información que está impartiendo a los que se preparan en sus aulas, quién es el personal que ingresa a ella a apropiarse de los conocimientos que se han producido como efecto de una gran conjunción de esfuerzos individuales y colectivos en el transcurso del tiempo, qué práctica social están desempeñando sus egresados, qué nuevas formas se presentan como más adecuadas para formar un profesional crítico, creativo con sólida base teórica que lo capacite para entender la sociedad en que vive y a la cual debe aportar. La misma dialéctica como clima en el cual se desenvuelven los hechos sociales, ofrece las perspectivas de su utilización si la mirada bajo la cual se observa acepta que se trata de hechos sociales y por lo tanto protagonizados por los hombres como seres políticos.

* Sus libertades están recortadas, con manifestaciones que incluyen desde la asfixia presupuestal, hasta el cierre. El panorama es sombrío en el país, con motivo de la implementación de la Reforma a la Educación Pos-secundaria, mediante el Decreto 080 del 22 de Enero del presente año, que pretende organizar el sistema de educación superior.

El Decreto se entiende dentro de un proceso de represión y conservatización, oculto bajo los planteamientos de la necesidad de imponer el orden. Se olvida sin embargo que la universidad, como parte de la sociedad en que está inmersa, reproduce con su propia expresión las contradicciones que tiene esa sociedad.

7. ATENCION PRIMARIA

La necesidad de dar cobertura en servicios de salud, más que un problema sentido en forma individual por los países, representa según Breilh (37) "un esfuerzo organizado y coherente que emprenden las clases hegemónicas para abrir el camino de la medicina a la colectividad". Ya en los Estados Unidos, se considera como problema la incapacidad de la organización sanitaria de llegar a la población. Fassler al analizar los determinantes del enfoque investigativo en los servicios de salud (38) señala como: "a comienzos de los 60 y en relación con la creciente demanda de la población por mejores servicios de salud, se comienza a discutir la necesidad de contar con centros de investigación sobre servicios de salud cuya actividad fundamental sería la demostración y experimentación de formas alternativas de atención médica".

En el Plan Decenal de Salud para las Américas (39) se propone como meta: "Extender la cobertura, con servicios mínimos integrales, a todos los habitantes que residan en comunidades accesibles de menos de 2.000 habitantes y proveer de servicios básicos y especializados

(37) Breilh, Jaime. Medicina de la comunidad en el imperialismo; una nueva policía médica? Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud (6): 123, 2977.

(38) Fassler, Clara. Hacia un enfoque crítico de la investigación en servicios de salud... Op. Cit. En mimeógrafo.

(39) Plan Decenal de Salud para las Américas. Informe final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Santiago de Chile, 1972. p. 108. (Documento Oficial OPS, No. 118).

a la población restante, a través de un sistema regionalizado de salud".

Reuniones de estudio, discusiones nacionales e internacionales, IV Reunión especial de Ministros de Salud en 1977, V Reunión de Ministros de Salud del Area Andina en 1978, son exponentes de la importancia que el problema adquiere. Los Ministros de Salud del Area Andina en las resoluciones de su reunión (40) declaran "identificar como áreas de interés común la extensión de cobertura de salud con las estrategias de atención primaria y atención comunitaria que se cumplen en cada país del Convenio Hipólito Unaune".

El capitalismo crea, por su propia naturaleza, el desempleo y la marginalidad. Grandes grupos humanos, sin posibilidad de ser incorporados al proceso productivo, con un nivel creciente de conciencia de sus derechos. Por otra parte un aumento también creciente de los costos de la atención médica, que se dedican a un sector, que no es directamente productivo.

La justificación que se hace de la necesidad de atender estos sectores, tiene razones que van, desde sus aspectos más generales como la angustiosa situación de salud, en la cual los niños menores de 5 años son los más desatendidos (de cada dos personas que se mueren, una

(40) Reunión de Ministros de Salud del Area Andina. Santa Cruz, Bolivia, 6 y 7 de Abril de 1978.

una es un niño menor de cinco años), del deterioro progresivo de la atención médica; hasta lo más particular, de ser enfermedades prevenibles en el sentido de que se muere más gente por afecciones simples, cuya forma de ataque se conoce, que no necesitan personal profesional que tampoco va a desplazarse a las zonas donde no hay el recurso médico, a más de que se ha demostrado capacidad de la comunidad, para atender sus necesidades de salud por medio de tecnología simple y el descontento de la población con rechazo y crítica, o sea una pérdida de confianza (41).

Se propone entonces darles lo mínimo que no tienen, disminuir las muertes y el sufrimiento, crear mecanismos de participación, teniendo en cuenta lo que piensa la población, con difusión del conocimiento científico, dar respuesta al clamor popular con conciencia de sus derechos que demanda por servicios de salud.

El problema es la ausencia de cobertura que se logrará con la atención primaria, a través de sus componentes de participación de la comunidad, tecnología apropiada, amplia asignación de funciones y actividades al personal auxiliar, la reconsideración del valor que representa la medicina popular que antes fuera atacada.

(41) Doronczynski, Alexander. Medicina sin doctores. Bogotá, Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo. Oficina Regional para América Latina y el Caribe, 1977.

La medicina popular se incorpora al llamado "sistema formal" con pronunciamientos a nivel mundial (42) que van desde el reconocimiento de su importancia (43).

"En toda comunidad existe un sistema de salud que podría llamarse informal, cuyos recursos y formas operativas se hallan integrados al estilo de vida de la comunidad. Se requiere una revisión de los hallazgos que son producto de las investigaciones y asimismo se deben concentrar los esfuerzos en el desarrollo de estudios operativos dirigidos a la identificación de la dinámica interna de este sistema informal, en particular en lo que se refiere a su organización y funcionamiento y a las interrelaciones del mismo con otros aspectos de la vida de la comunidad. Esto permitirá la coordinación del sistema informal con el sistema institucional de salud, así como la utilización del personal tradicional de salud para fomentar una mayor participación de la comunidad en los programas".

Hasta el uso de las plantas medicinales. Se solicita a la 31 Asamblea Mundial de la Salud en Mayo de 1978, que propicie un inventario de ellas (44).

(42) Bannerman, R.H. La medicina tradicional en el programa de la OMS. Crónica de la OMS. 31 (11): 479, 1978.

(43) Acuña, Hector. La comunidad y el desarrollo de los servicios primarios de salud. Educación Médica y Salud, 11 (2): 107, 1977.

(44) Inventario de plantas medicinales: selección y caracterización. Crónica de la OMS 33 (2): 64, 1979.

"Todavía queda mucho por hacer en relación con las plantas medicinales en el campo de la medicina tradicional, así como con aquellas cuyas pretendidas propiedades terapéuticas no han sido aún demostrados científicamente".

La respuesta a la contradicción entre las características del grupo de marginados urbanos y rurales no prioritarios para el sistema capitalista, y la necesidad de atenderlos en sus necesidades de salud, se encuentra en las funciones no explícitas que tanto el Estado como la atención médica cumplen. El Estado debe legitimarse como representante de la totalidad. Arrubla (45) afirma: "Todo gobierno que no logre por algún medio hacerse pasar por el representante más o menos auténtico de las masas populares, está destinado de acuerdo con la corriente de los tiempos a enfrentar una repulsa invencible por parte de los gobernados".

Esta atención médica logra calmar las demandas, abaratar los costos, controlar ideológicamente a la población, dar respuesta a sus necesidades las cuales racionaliza y demarca en límites.

No se encuentra el planteamiento de que la atención primaria pretenda dar servicios de salud iguales, ni que funcione igual en los países,

(45) Arrubla, Mario. La democracia como mito. Alternativa (244/45): 30, 1979-80

depende de donde se aplique, en unos países será medicina para pobres, en otros la introducción de un sistema racionalizador, que garantiza el acceso a todos los niveles de la atención médica.

No se interroga acerca de las causas por las cuales hay diferencias tan espectaculares en la atención médica en el capitalismo, y si lo hace su respuesta no toca los determinantes políticos, o los ignora.

Sin modificar un sistema injusto, pretende modificar el estado de salud para probar su eficiencia, descarga a las instituciones e implanta las acciones convenientes en un momento histórico concreto para aplazar la agudización de las contradicciones, al mismo tiempo que consigue por medio de la formulación ideológica, que la población asuma el cuidado de la salud como responsabilidad propia y el Estado se desentienda de sus obligaciones.

Silva (46) lo señala así:

"La misma concepción económica neo-liberal de la Escuela de Chicago que asume cada día más como propia nuestra burguesía, propone nada menos que la disminución en los gastos sociales gubernamentales (...) y que sean los propios usuarios de los bienes o servicios quienes lo financien plenamente con base en la anti-

(46) Silva, Julio. Curso sobre conyuntura electoral 1977-1978. En mimeógrafo.

popular concepción de que todas las empresas estatales de servicios públicos deben ser rentables y que el capital de préstamo que maneja el Estado para los sectores populares debe también encarecerse para que sea más eficaz".

El gran interrogante lo constituye el saber, hasta que punto logrará la atención primaria, en nuestros países dependientes y subdesarrollados, reducir la mortalidad y la morbilidad, sin que se aplique a toda la población los resultados del desarrollo económico.

8. DECLARACION DE ALMA-ATA

En esta ciudad, capital de la República Socialista de Kazajstan, se celebró entre el 6 y el 12 de Septiembre de 1978 la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, de acuerdo a lo decidido por la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud y por la Junta Ejecutiva del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

Define como atención primaria de salud: la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de auto-responsabilidad y auto-determinación. Representa el primer nivel de contacto de los in-

dividuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

La Declaración afirma la obligación de los gobiernos de cuidar la salud y señala como uno de los objetivos, el que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2.000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. Considera la atención primaria de salud, como la clave para alcanzar esa meta, como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social.

Las actividades que debe comprender son por lo menos: la educación sobre los problemas de salud y sobre los métodos de prevención, la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico, la asistencia materno-infantil con inclusión de la planificación familiar, la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales, el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes, la promoción de la salud mental, y el suministro de medicamentos esenciales.

Las recomendaciones para llegar a la meta de dar salud a todos en el año 2.000 cubre un campo muy variado:

En el plano administrativo se refiere a:

- Coordinación sectorial e intersectorial.
- Regionalización
- Prestación de servicios a través de un Equipo de Salud.
- Establecimiento de una estructura administrativa.
- Desarrollo de parámetros de evaluación.
- Apropiación de recursos para el financiamiento.
- Establecimiento de prioridades en la población usuaria: mujeres, niños, trabajadores expuestos, sectores desfavorecidos.

En el aspecto político a nivel nacional:

- Definir la atención primaria como política nacional con la reglamentación legal que sea necesaria.
- Apoyo a la atención primaria dentro del Servicio Nacional de Salud.
- Elaboración de una estrategia de tipo nacional.

En el mismo plano político pero a nivel mundial:

- Intercambio de experiencias entre los distintos países (solidaridad y apoyo).
- Cooperación entre los países.
- Mejor utilización de los recursos mundiales. Denuncia la utilización de ellos en armamento y conflictos militares, con una verdadera política de independencia, paz, distensión y desarme que li -

beraría recursos adicionales para ser destinados a fines pacíficos y en particular para acelerar el desarrollo social y económico.

En la forma de prestar los servicios:

- Participación de la comunidad.
- Aceptación de la medicina tradicional y quien la dispensa.
- Uso de los medicamentos tradicionales usados por la comunidad.
- Desarrollo de tecnología apropiada: científicamente válida, adaptada a las necesidades, aceptable para la comunidad y mantenida por la propia población con costo abordable.
- Apoyo logístico en suministros y equipo.

En la formación del personal de salud:

- Reorientar la formación de tal manera que sea en la comunidad, con contenido técnico y social.
- Exhortar a los médicos y a otras categorías de profesionales de la salud a que trabajen al empezar sus carreras en zonas desatendidas.
- Establecer incentivos al personal de salud, por la motivación y dedicación especial que requiere este tipo de trabajo, que se realiza en condiciones difíciles y rigurosas.

A nivel general:

- En cada programa nacional se debe reservar una parte de los cré-

ditos para realizar investigaciones permanentes sobre servicios de salud, se deben organizar centros de investigación y desarrollo de ellos, con zonas de ensayos prácticos que funcionen paralelamente al proceso general de ejecución.

La lectura cuidadosa de los importantes principios de esta Declaración permite afirmar que, si bien consagra de nuevo "la salud como un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible, es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos además del de la salud" las variadas formas que propone y que tienen que ver desde el plano mundial hasta la implementación en detalle de las modificaciones administrativas, no son nuevas en el sentido de que desde hace mucho tiempo hay pronunciamientos a niveles locales, nacionales e internacionales, que en alguna forma tocan todos los puntos que expresa la Declaración.

La sistematización que hace es importante y el hecho de haberla suscrita en número grande de países le da un alcance universal, pero si se considera científicamente cierta la ley descubierta por el materialismo histórico acerca de la determinación económica de los hechos sociales y entre ellos la salud, de la forma de producción de los bienes materiales en una sociedad concreta, se encuentra que la práctica demuestra que sólo los países que han conseguido el cambio en la

forma de organización de su aparato productivo, aboliendo la propiedad privada y estableciendo la propiedad social sobre los medios de producción, han logrado garantizar el derecho efectivo a la salud de toda la población.

No significa el planteamiento anterior el desconocimiento del logro que obliga a la búsqueda de mecanismos que permitan tener salud y recuperarla cuando se pierde, en ese sentido responde a una expresión de la lucha entablada hace siglos entre los pobres, que nada tienen, contra aquellos que tienen lo que en derecho les corresponde.

III. DISCUSION TEORICA SOBRE ALGUNOS CONCEPTOS CENTRALES

1. COMUNIDAD

Una de las definiciones de comunidad la concibe así (47)

"se considera comunidad un grupo concentrado o disperso, con asentamiento fijo o migratorio con diversas formas de organización social. Sus integrantes comparten con distinta intensidad características socio culturales, socioeconómicas y socio políticas, e intereses, aspiraciones y problemas comunes, entre los cuales se incluyen los referentes a la salud".

Muchos otros conceptos de lo que se considera que es la comunidad, coinciden en el señalamiento de las características externas comunes tales como el lenguaje, el área territorial, la tradición, el tipo de trabajo. Pero de allí a afirmar la completa homogeneidad que presentaría el grupo humano, sin diferencias, con intereses, aspiraciones y problemas comunes, hay un salto conceptual que no se puede admitir.

Se puede encontrar en el funcionalismo como teoría explicativa de la

(47) Gandra, Domingo. El concepto de comunidad y su relación con los programas de salud. Educación Médica y Salud, 11 (3): 205, 1977.

sociedad la base de esta concepción.

Esta teoría tiene como supuestos (48).

1. La sociedad está naturalmente en equilibrio y ante cualquier desviación tiende a él. Es decir, en la sociedad no hay contradicciones fundamentales, solo puede haber desviaciones ocasionales con respecto al punto de equilibrio, las cuales son rápidamente corregidas por los mecanismos naturales de control que posee.

2. No existen clases sociales, puesto que no hay contradicciones.

Pero como sigue siendo evidente al menos de hecho, que no todos son iguales en esta sociedad, estas diferencias se interpretan como fruto de cualidades naturales de los hombres.

3. Todos los miembros de la sociedad capitalista se hayan participando en una identidad fundamental de intereses. La sociedad estaría organizada a partir de una norma de consenso a través de la cual todos los individuos participarían de una misma estructura de valores y en pleno acuerdo con el orden social vigente.

Con base en el planteamiento anterior, se puede afirmar la profundidad intencionalidad ideológica en el uso de concepto de comunidad.

(48) Echavarría, R. y Castillo, E. Elementos para una teoría de la ideología. Cuadernos de la Realidad Nacional, Marzo, 1971. Citado en Análisis crítico del enfoque funcionalista en la salud. s.p.i.

Gandra (49) en esta misma línea de crítica al uso del término, señala como se ha referido sucesivamente a las nociones de totalidad, fragmento de la totalidad y lugar. Admite la precariedad del concepto y señala:

"la determinación de una realidad y su conceptualización nunca se realizan sin una orientación y un interés, ésto es, cuando se propone realizar el estudio de una realidad, siempre hay una intención o un propósito en este estudio. Estas intenciones o propósitos llevan a considerar que este o aquel elemento de la realidad es más significativo".

Para los efectos de este trabajo se asume como base, que en lugar de aceptar el concepto de comunidad referido a una unidad poblacional en la cual se resaltan los aspectos comunes, se debe enfocar la atención en la búsqueda de aquellos no comunes que nos darían las diferencias.

El análisis debe superar la visión aislada de ese grupo humano para conseguir que las variables que marcan su identificación puedan ser relacionadas en un contexto más amplio el cual nos aportaría datos tan importantes como el sistema de relaciones sociales propio de esa formación económico-social, el desarrollo de sus fuerzas productivas, las clases sociales, sectores y fracciones de las mismas y la historia de la lucha de clases para conseguir niveles mínimos necesarios para

49) Gandra Domingo, El concepto de comunidad... Op.Cit. p.207

su reproducción.

Con este tipo de enfoque se puede conseguir la apreciación de sus diferencias y semejanzas.

Las diferencias respecto a los otros grupos sociales señalan la posición del que se estudia respecto a su importancia social y de allí la cuota de beneficios, servicios y atención.

Las semejanzas señalarían la existencia de algo que les es común, pero en lugar de ser los factores geográficos, el lenguaje, la tradición, se orienta a reconocer una comunidad que lo es tal en virtud de compartir una misma situación de clase, lo cual se les ha ocultado en forma cuidadosa y sistemática por la que detenta el poder.

2. ORGANIZACION

Este concepto está en directa relación con el de participación, tanto es así que se considera como uno de sus prerrequisitos. Varios autores señalan como necesidad de la participación "la presencia de una comunidad organizada y activa".

Si se requiere de una comunidad organizada para poder participar, se supone que se presenta en plena desorganización. No se pudo encontrar la expresión concreta de la desorganización a través de un planteamiento escrito, pero se supone que la presentación de una población

de aquellas que son objeto de la extensión de cobertura de los servicios de salud, sea su representación. Y es precisamente por tener ese carácter que expresa el tipo de relaciones que le son propias: posición de subordinación, de control, de dominio, de manejo, de relativa importancia social que se expresa en ser o no prioritario su mantenimiento y reproducción.

Desde esta perspectiva entendemos la expresión desorganización como la presentación y agudización de las contradicciones sociales. En este orden su enfrentamiento desde una perspectiva simplemente técnica, que desconozca sus determinaciones sociales, es insuficiente y está condenada al fracaso.

El componente de Participación de la Comunidad en el Sistema Nacional de Salud de Colombia (50), contiene este principio "organizar la comunidad para obtener su participación activa en la definición, ejecución y evaluación de los programas y actividades comprendidos en el Plan Nacional de Salud".

3. ORGANIZACIONES DE LA COMUNIDAD

Como la metodología implementada concede importancia especial a su

(50) Colombia. Ministerio de Salud. Componente de participación de la comunidad en el Sistema Nacional de Salud. Niveles de Atención. Bogotá, 1979. p.6

intervención, se verá con algún detalle en que consiste.

Las dos grandes posiciones que se encuentran son:

- Reconocimiento de su importancia como las instituciones representativas de la comunidad y por lo tanto con directa intervención en el proceso.
- Reconocimiento condicionado a su utilización.

El primer planteamiento señala así su necesidad.

"Cada comunidad tiene su propio proceso de organización, con niveles y características muy variables. Es indispensable comprender esta realidad, ya que la salud no es ajena a la organización que adopta una sociedad en un momento histórico en particular. Antes de inventar nuevas organizaciones específicas para establecer la interrelación, es necesario conectarse con las existentes y analizar su grado de desarrollo e integración, su estructura y funcionamiento". (51)

"La primera tarea del equipo de salud es ubicar esas organizaciones o grupos dentro de la comunidad, identificarlas y establecer contacto con cada una de ellas para hacer un buen diagnóstico de su capacidad, fuerza e influencia entre sus componentes o representados en la sociedad global". (52)

(51) Hevia, Patricio. La participación de la comunidad en los programas de salud. Educación Médica y Salud, 11 (3):264, 1977

(52) Molina, Gustavo. Introducción a la salud pública. Medellín, Editorial Universidad de Antioquia, 1979. p.61

El otro planteamiento más numeroso en el planteamiento teórico y en su expresión práctica, apunta así a la necesidad de esta modalidad.

"Para que la población esté en condiciones de participar en forma efectiva en la extensión de la cobertura de los servicios primarios de salud es indispensable tener en cuenta, entre otros los siguientes factores condicionantes: organización de la comunidad de manera tal que se facilite el apoyo consciente y sostenido de los individuos, grupos e instituciones cuyas actitudes, propósitos y estructuras deben adaptarse a las finalidades del programa". (53)

"La organización de la comunidad a fin de lograr su apoyo consciente y la adaptación de sus estructuras, actitudes y propósitos a las finalidades del programa". (54)

"Canalizar deliberadamente las acciones de los individuos, grupos e instituciones comunitarios para la expansión y fortalecimiento de los servicios de salud". (55)

"La participación de la comunidad a través de sus grupos representativos en la planificación de los programas

(53) Acuña, Héctor. Participación de la comunidad en el desarrollo de los servicios primarios de salud. Boletín OPS 82 (2):96, 1977

(54) Discusiones técnicas: desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud frente a la necesidad de la extensión de la cobertura. Boletín OPS 83 (5): 388, 1977

(55) Vargas, Fortunato. Extensión de la cobertura, atención primaria de salud y participación de la comunidad: definiciones y conceptos operativos. Boletín O P S 82 (5): 393, 1977

de salud, es un elemento trascendente pero poco explorado. Se considera que esta participación es necesaria para el cumplimiento de todos los programas (...) basándose en las normas y procedimientos establecidos por los niveles superiores".

(56)

Se conforman así las denominadas organizaciones paralelas generadas a partir de la intervención de salud, que las crea. Parece ser que los servicios de salud prefieren este tipo de modalidad porque entre otras razones, los objetivos de las ya existentes no contemplan salud. Dentro de esta concepción está implícito, que el personal sanitario considere que la salud puede constituirse en un motivo que aglutine con suficiente fuerza a la población o que sea tenido por ésta como prioritario, entre otras áreas de su funcionamiento social.

Es evidente también en el planteamiento teórico, el uso de las organizaciones ya existentes con el criterio de adaptarlas a las finalidades del Programa que le llega a la Comunidad desde fuera, con las normas y procedimientos que la técnica indica como adecuado.

Este tipo de planteamiento parte del reconocimiento de la realidad de las organizaciones locales con todas sus limitaciones, que se expre -

(56) Seminario: utilización de auxiliares y líderes comunitarios en programas de salud en el área rural. Washington, Oficina Sanitaria Panamericana, 1975. p. 3 (Publicación Científica, 296)

san en las razones de su aparición, el uso que se ha hecho de ellas, la acogida que tienen como tales, el que la salud de la población no parece ser uno de sus frentes de acción.

Molina (57) dice "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".

Este reconocimiento y las obvias dificultades para trabajar con ellas, no permiten sin embargo aceptar como válido el pronunciamiento anterior.

Las Organizaciones de la Comunidad aún teniendo muchas observaciones que hacen frente a ellas, son expresión social de la vida de esa comunidad, forma de respuesta colectiva ante sus problemas y medios que ha creado para afrontarlos. El desconocimiento puede revertir en posible rechazo o perderse una de las pocas maneras existentes de que el componente de participación de la comunidad subsista cuando se cuestione su funcionamiento.

Algunos autores sostienen que el tema de la salud de la población incluido dentro de los campos de trabajo de las organizaciones de la comunidad contribuye a su fortalecimiento y maduración. Que esta posi-

(57) Molina, Gustavo. Turizo, Alfredo. Cardona, Jorge. El responsable de salud y la participación de la comunidad. Boletín. OPS 82 (2):95, 1977.

bilidad se convierta en algo real depende en parte considerable de los trabajadores de la salud. El abandono de un tipo de práctica limitado y frustrante abre la perspectiva de formas nuevas, aún no exploradas pero ricas en posibilidades.

Las características de las organizaciones y su experiencia de lucha determinarán entre otros factores, la inclusión del tema de la salud dentro de su trabajo. La interpretación de como la problemática de la salud, superando la simple atención médica, puede constituirse en un medio de reconocer la realidad hará derivar acciones que tiendan a la consecución y defensa de mejores condiciones de vida.

"Incorporar a la totalidad de la población a la producción de salud, a los servicios de salud y a las atenciones médicas, requeriría estructurar una sociedad libre a la dominación clasista, capaz de utilizar sus recursos para alcanzar objetivos integrales de desarrollo e independencia política. Los esfuerzos en el campo de la salud deben tener presente esta situación. No obstante los proyectos encaminados a impulsar programas de salud comunitaria son positivos en la medida que se incorporen dentro de las organizaciones (reales o potenciales) de la comunidad". (58)

El reconocimiento que se ha hecho de la necesidad de tener en cuenta las Organizaciones, no es suficiente respecto a la realidad de su fun-

----- /
(58) Consideraciones generales de la medicina comunitaria: Resumen final. Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud (2):39, 1975.

cionamiento y sus limitaciones. Su origen, respuesta de la población, los condicionantes sociales del contexto donde operan, funcionan a manera de facilitadores u opositores a la actividad que deben desempeñar.

Refiriéndonos a una realidad socialista latinoamericana, encontramos el carácter que asumen las organizaciones en ella.

La Constitución (59) presenta la más importante definición oficial.

"Artículo 7. El estado socialista cubano reconoce y protege y estimula a las organizaciones sociales y de masas (...) y otras que, surgidas en el proceso histórico de las luchas de nuestro pueblo, agrupan en su seno a los distintos sectores de la población".

Su carácter masivo propicia un gran volumen de población incorporado a las actividades sociales.

"En Cuba el pueblo se encuentra en su inmensa mayoría incorporado a una o más organizaciones sociales o de masa de acuerdo con sus intereses y desarrollo ideológico (...) Estas organizaciones agrupan en su conjunto alrededor del 80% de la población". (60).

(59) Cuba. Constitución. Constitución de la República de Cuba: Tesis y Resolución. La Habana, 1976, p.15, Artículo 7

(60) Atención médica primaria en Cuba. Conferencia internacional sobre atención primaria de salud. Alma-Ata, U R S S, 6-12 de diciembre de 1978, p.47

Las razones que apoyaron el surgimiento de estas organizaciones masivas, no fue la salud.

"Una de las características principales que tienen, es que además de sus tareas centrales o específicas, realizan acciones de salud bajo la orientación técnica del Ministerio de Salud Pública". (61)

Sin embargo la importancia de la participación se advierte al ser uno de los principios en que descansa el sistema de salud "Las masas organizadas intervienen en forma directa en todo lo relacionado con las acciones de salud".

Se hace posible realizar acciones de salud a través de estas organizaciones masivas.

"... mediante el contacto en todos los niveles con las organizaciones surgidas para encauzar el movimiento popular; pero principalmente el que se establece entre estas organizaciones de masas y la unidad básica de los servicios de salud en un nivel local (...) no hay una sola actividad en favor de la salud del pueblo que no tenga la participación activa de las organizaciones de masas".
(62)

----- /
(61) Atención médica primaria en Cuba... Op. Cit. p.47

(62) Torres, Jorge. La participación popular en los programas de salud. Revista Cubana de Administración de Salud 2(4): 330, 1976

4. PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN SALUD

Entendemos la participación de la comunidad en salud dentro de la crisis que representa la incapacidad de dar cobertura mínima en servicios de salud a un sector de la población. Hacemos el señalamiento de que sea en un sector de la población, en tanto que representa problema en aquel que es objeto de la atención estatal directa, para los otros dos, la medicina privada y el que se ocupa de la reproducción y mantenimiento de la fuerza de trabajo, no representa la participación de los usuarios un problema prioritario.

Para el sector que nos referimos, la participación no representa el resultado de una lucha ni es tampoco producto de una solicitud.

Le llega sin haberla pedido, apoyado en diferentes tipos de razones que podemos agrupar en base a sus características:

- Resultados positivos obtenidos.

Cuando la población ha intervenido con el aporte de mano de obra y materiales en obras de infraestructura como puentes, caminos, escuelas.

- Fundamento en su supuesta apatía.

Este argumento que presenta oposición con el anterior, se basa en la apreciación de su actuar como simple objeto de los servicios de salud.

No cuestiona las razones de la pasividad, ni como se llegó a ello, ni quien adopta el papel activo en la relación y el por qué.

- La salud como responsabilidad de la población.

Esta formulación se apoya en el reconocimiento de un cierto deber de tipo individual, frente al cuidado de la salud.

"La experiencia señala que las comunidades han sido utilizadas mayormente como un medio para alcanzar objetivos ya establecidos por el personal técnico de los programas de desarrollo, sin tener en cuenta las necesidades y aspiraciones de las mismas pasando por alto las actitudes y comportamiento de sus miembros, que son componentes esenciales para el mejoramiento de sus condiciones de vida. El incumplimiento de las promesas ha creado en las comunidades, un sentimiento de desconfianza y frustración, que de ordinario es interpretado por los expertos como indiferencia o apatía por parte de las comunidades, frente al progreso".
(63)

"La participación de la comunidad es un proceso de autotransformación de los individuos en función de sus propias necesidades y las de su comunidad que crea en ellos un sentido de responsabilidad en cuanto a su bienestar y al de su comu-

(63) Acuña, Héctor. La comunidad y el desarrollo de los servicios primarios de Salud. Educación Médica y Salud 11 (2):106, 1977

nidad, así como la capacidad de actuar consciente y constructivamente en el desarrollo". (64)

Respecto a la afirmación de que la salud es responsabilidad de la población se plantea:

"Fomentar la voluntad de bastarse así mismo, apelando a la dignidad humana por ejemplo, haciendo a la colectividad responsable de sus propios problemas, incluidos los de orden sanitario, antes que ejercer una autoridad impuesta desde afuera". (65)

"Se aspira a promover en la colectividad y en el individuo la autonomía en materia de salud y desarrollo: la propia población debe hacer lo necesario para mejorar su salud sin depender de nadie". (66)

Parece existir consenso acerca de la necesidad de la intervención de la población en lo que a salud respecta. Donde encontramos grandes diferencias es en el ámbito que se le asigna, en el espacio para el quehacer.

----- /
 (64) Extensión de cobertura de los servicios de salud con las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad. Boletín de la OPS 83 (6): 486, 1977

(65) Watson, E. J. Necesidades sanitarias de la colectividad: función del personal auxiliar de salud. Crónica OMS 30 (3): 99, Marzo, 1976

(66) La OMS en la encrucijada. Informe del Director General a la 30 Asamblea Mundial de la Salud. Crónica de la OMS 31 (9): 244, 1977

Si por participación se entiende "tener parte en una cosa" (67) en lo que a salud respecta será que la población asuma una posición activa en el cuidado de su salud.

Analizando la proposición anterior se encuentra un interrogante Quiénes son los que participan en la salud de la población? Constituye un espacio vacío aquel al cual va a entrar la población a tener ingerencia?

Ramírez y Vasco (68) advierten en el llamado sector salud una vinculación grupal diferenciada por el carácter de la relación, una profesional y técnica, y otra laboral.

Interesa precisar en el espacio que mencionábamos antes, como se presenta ya ocupado por aquellos que con niveles diferenciados de intervención, se ocupan del hacer y de las decisiones que allí se toman.

En ningún programa sobre participación de la comunidad en salud, se encontró que los grupos que están interviniendo en salud y no participan, deban hacerlo.

Se considera importante subrayar esta situación en virtud de que constituye un área problemática, que se pida a un nivel no participante del

(67) Diccionario Larousse.

(68) Ramírez, Hernán y Vasco, Alberto. Participación de la comunidad en los programas y actividades del Sector Salud. Bogotá, Ministerio de Salud, 1973. p. 13

personal de salud, que propicie las condiciones de participación de otro que no la ha pedido, en tanto que no se modifica su propia posición.

A grandes rasgos podemos resumir los planteamientos teóricos sobre la participación de la población en salud en las áreas: la realización de acciones de salud y la participación en las decisiones propias de este campo.

Esta marcada diferenciación, puede obedecer a que, la atención primaria para la extensión de cobertura es usada en contextos sociales muy diversos, asumiendo las características propias de cada uno.

En el socialismo la participación de la población se entiende como un proceso social que cubre la totalidad de la actividad de las personas.

"La participación popular en salud en Cuba ha estado indisolublemente ligada al régimen de participación de las masas en las tareas de la sociedad".

(69)

Al referirse al significado de la atención primaria, señala el mismo documento. (70)

(69) Estudio descriptivo de la participación popular en la atención sanitaria primaria en un área rural de Cuba. La Habana. Ministerio de Salud Pública. Instituto de Desarrollo de la Salud. 1978. p.1

(70) Estudio descriptivo de la participación popular... Op. Cit. p.1

"La atención primaria en Cuba no es una estrategia para aumentar la cobertura, ya que la cobertura nacional del sistema de salud es el resultado de la instrumentación y ejecución de acciones económico-sociales que hagan realidad uno de los principios básicos del sistema el cual plantea "La salud es un derecho de todos los individuos y una responsabilidad del Estado".

Al ser concebida la participación en salud como expresión de un proceso que cubre otras áreas, y asumir el Estado la responsabilidad en la prestación de los servicios como un derecho de la población, los logros son impresionantes, aún reconocidos por sus más acérrimos detractores.

Se hace posible entonces la participación, por ser un tipo de sociedad que al eliminar las contradicciones insalvables propias del capitalismo, crea las condiciones que lo permiten.

Las ideas anteriores, sin embargo, no dan aún respuesta al ámbito en el cual se ubica la participación de la comunidad en salud en un contexto socialista. De los Ríos (71) concluye en su estudio que "la participación de la comunidad en salud es un trabajo donde los propios agentes sociales definen las políticas directivas de salud, de acuerdo a

(71) De los Ríos, Rebeca. Proceso de participación popular en la gestión de Salud Pública. Tesis de Grado. México. Universidad Autónoma Metropolitana, 1978. p.4.2

sus necesidades particulares y enmarcadas dentro de las necesidades globales de la sociedad".

Un documento oficial del Ministerio de Salud Pública de Cuba (72) precisa las áreas de intervención de la población cubana en salud así:

"Un balance de las actividades de la salud pública que la línea de masas ha desarrollado en los 19 años de poder revolucionario puede resumirse en la siguiente forma:

- elevación de la conciencia sanitaria.
- participación decisiva del pueblo en programas de salud pública (vacunación, higienización, exámenes masivos de salud, donaciones voluntarias de sangre).
- vigilancia sanitaria de la población y diagnóstico de los problemas en el nivel local.
- estructuramiento de las relaciones entre el equipo técnico de salud y el pueblo.
- fortalecimiento de la confianza del pueblo en su propia capacidad resolutive y en su organización de salud pública.

El desarrollo mismo de estas actividades ha elevado la participación de la comunidad a niveles superiores, donde la comunidad empieza a tomar decisiones con respecto a los servicios de salud, no como un hecho particular, sino entendido dentro de un proceso racional de institucionalización de la autoridad y el poder de las masas, mediante los órganos del poder popular".

(72) Atención médica primaria en Cuba... Op. Cit. p.52

Se advierte como la participación de la población, cubre no sólo la realización de acciones sino el campo de las decisiones, aunque éste requiera un largo período de tiempo para llegar a estos niveles superiores.

En el capitalismo la participación de la comunidad en salud, tiene la característica de estar ubicada sólo en esta área, no se inscribe en un proceso total, tiene como objeto la extensión de cobertura de los servicios de salud, no existe coincidencia entre los autores acerca del enfoque del quehacer, en tanto que para unos representa sólo la ejecución de acciones, para otros la toma de decisiones en salud, debe serle propia.

Alguna de las expresiones que fundamentan la participación de la comunidad en salud en el sólo quehacer, se presenta así (73).

"La participación de la comunidad adquiere gran importancia en las etapas iniciales de organización del programa a nivel local, no sólo en la construcción de puestos de salud sino en la divulgación de las ventajas que habrán de conseguir los pobladores por medio de las acciones del programa (...) la contribución de las comunidades se concreta básicamente en la programación de actividades y en la provisión de materiales y mano de obra (mobiliario,

(73) Villegas, Hugo. Recursos humanos y participación de la comunidad en los servicios de salud en el medio rural. Boletín OPS 84 (1): 19, 1978

combustible) semillas, forrajes, compra de medicamentos, jeringas, lámparas, monturas para caballos".

Cuando se plantea un área más amplia el enfoque cambia radicalmente.

"La participación de la Comunidad debe orientarse fundamentalmente a: crear una conciencia en los individuos y colectividades sobre la real situación de la salud en que viven, sobre la relación de éste con los otros sectores del diario vivir individual y colectivo, y sobre el desarrollo de su sentido de responsabilidad para mejorar las condiciones de salud y de vida en general." (74)

"Se considera que la participación de la comunidad consiste fundamentalmente en la participación en las decisiones que la afectan, por lo que, a pesar de las dificultades y asperezas que puede traer en sus comienzos, los servicios de salud primario deben inducirla. Por otra parte, resulta fundamental que ella surja como consecuencia de la participación en un proceso más amplio e integral de cambio comunitario, antes que de una iniciativa sectorial unilateral". (75)

"La comunidad puede participar de muchas maneras en todas las etapas del proceso de extensión de cobertu-

(74) Vargas T., Fortunato. Extensión a la cobertura, atención primaria de salud y participación de la comunidad ... Op. Cit. p.396.
 (75) IX Conferencia de Escuelas de Salud Pública de América Latina: Informe Final. Educación Médica y Salud. 11 (1): 65, 1977.

ra de servicios de salud. El aporte de mano de obra y recursos materiales cuando es lo único que se espera y se exige de la comunidad, no es testimonio de participación en el sentido que se le da al término (...) la comunidad tanto en su papel de generadora de servicios para su propio consumo como de usuaria de los servicios que le ofrece el sistema institucional, debería participar en la toma de decisiones y en la programación, ejecución, control y evaluación así como en la supervisión de los servicios". (76)

En el documento del Rediseño del Sistema Nacional de Salud (77) se plantea:

"En términos generales, es un proceso que tiende a que la comunidad conozca de salud, decida, actúe y mejore ella misma su actual situación. Un hombre que llega a comprender que la salud de él, de su familia y del grupo es parte de una situación social en donde esté incluida la vivienda, la educación, su ingreso, sus posibilidades reales, abandonará posturas ingenuas y dentro de su organización presionará por mejores conquistas para el grupo, para la sociedad y sobre todo para las generaciones que vienen. Cuando adquiera una conducta política frente a la salud, abandonará la conducta men -

(76) Extensión de cobertura de los servicios de salud con las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad. Boletín OPS 83 (6): 486, 1977

(77) Ramírez, Hernán y Vasco Alberto. Participación de la Comunidad en los Programas ... Op. Cit. p.25

dicante como fin, frente a los servicios que el Estado le proporciona".

El componente de participación de la Comunidad en el Sistema Nacional de Salud (78) plantea lo que será el ámbito de la participación de la Comunidad en Salud, en el País "Organizar la Comunidad para obtener su participación activa en la definición, ejecución y evaluación de los programas y actividades comprendidos en el Plan Nacional de Salud".

La falta de una definición oficial precisa, acerca del ámbito de la participación en el capitalismo, no se presenta como expresión de una carencia teórica. La situación tiene un origen más problemático, que se ubica en el traslado de un contexto a otro que se le opone diametralmente, de una técnica o un método que en el primero puede dar resultado.

"Entristece un poco el ánimo el hacerse la reflexión elemental de que los actos que tienen implicaciones sociales poseen consecuencias y significados muy distintos, según el sistema socio-político en que se llevan a cabo".

(79)

Las relaciones sociales derivadas de las relaciones de producción y éstas determinadas por la forma de propiedad de los medios de producción, son imposibles de trasladar sin la base que las sustenta.

(78) Colombia. Ministerio de Salud. Componente de participación de la Comunidad... Op. Cit. p.6

(79) Fergusson, Guillermo. Esquema crítico de la medicina en Colombia.
Op. Cit. p. 79

Ante los logros que en un sistema socialista representan la planificación de la salud y la participación de la comunidad, se pretende entresacar la técnica y transplantarla, para que dé los mismos resultados.

En el capitalismo, por el desarrollo objetivo de sus leyes, hay unos pocos con propiedad, frente a una mayoría sin ella, que se traduce en lo que a participación respecta, en una comunidad como mayoría sin propiedad y sin participación, frente a una minoría con propiedad de medios de producción y por lo tanto con participación.

Como consecuencia de la idea anterior, la participación y la propiedad son requisito la una de la otra.

El problema de participación de la comunidad en salud así concebido, supera los esquemas técnicos de ser componente de la atención primaria para la extensión de cobertura y se convierte en una situación de poder.

Berlinguer afirma (80) "solamente la modificación de las relaciones sociales y de las posiciones de poder, solamente el control colectivo de la economía y la valorización de la ciencia al servicio de los hombres pueden ofrecer una solución positiva".

No se conoce ninguna experiencia en el capitalismo, que haya implemen-

(80) Berlinguer, Giovanni. Medicina y Política... Op.Cit. p.45

tado el componente de participación de la comunidad en el ámbito de las decisiones.

Resumiendo las ideas expuestas anteriormente, se tiene que existe consenso en la necesidad de la participación de la comunidad en salud, su actuar se presenta bajo la realización de acciones o en las decisiones, el contexto social donde se realiza determina el sentido de la participación, por último se afirmó que la participación en las decisiones requieren la propiedad.

La ejecución de acciones de salud, como área de participación de la comunidad, al estar referida a un grupo social que tiene características muy precisas, representa el intento de modificación de los efectos del proceso salud-enfermedad sin tocar sus determinaciones sociales.

Se encuentra sin embargo la posición teórica que defiende la participación en el sólo quehacer, planteando posibilidades interesantes de ser exploradas (81).

"De igual forma si la participación se considera como una actividad práctica para el logro de fines, no sólo será un elemento de transformación objetiva sino que también será un factor de transformación subjetiva de los individuos, que se traducirá en formas diferenciales de conciencia social".

(81) De los Ríos, Rebeca. Proceso de participación popular en salud pública... Op. Cit. p.1.37

La práctica sin la teoría, sin la reinterpretación de la realidad, puede llegar a lo sumo al aprendizaje de técnicas en salud que al ser ejecutadas, producirían la impresión de eficiencia en los servicios de salud o cambios superficiales en el cuadro epidemiológico.

IV. RECUENTO HISTORICO DE LA IMPL- MENTACION Y CONTENIDO DE LA PARTI- CIPACION DE LA COMUNIDAD EN SALUD EN EL PAIS, EN EL PERIODO 1973-1980

1. REDISEÑO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

La Ley 9 de 1973, se constituye en el instrumento legal que autorizó al Ministerio de Salud para producir cambios en la prestación de servicios de salud en el País, es lo que se llamó el Rediseño del Sistema.

"Un estudio que en búsqueda de soluciones alternativas sirva fundamentalmente para realizar la política nacional de salud y por su intermedio, imprimir cambios sustanciales en la situación de salud del país y en la utilización de los recursos del sector (...) utilizar las normas legales vigentes para implantar las iniciativas que surjan del Rediseño y solicitar autorizaciones al legislativo para proceder a modificar otros aspectos del actual sistema que demanden la existencia de estas autorizaciones para ser llevadas a cabo". (82)

Para este fin se constituyen 17 grupos de trabajo uno de los cuales se denomina de Participación de la Comunidad, el cual debería proponer

(82) Colombia. Ministerio de Salud Pública. Informe al honorable Congreso de la República de Colombia, 1972-1973. Bogotá, 1974. p.22

mecanismos en relación con su objetivo de acuerdo a los fines del Rediseño.

Su objetivo fué: "proponer mecanismos para lograr la participación consciente y efectiva de la Comunidad en el proceso de decisiones del sistema y en la solución de sus propios problemas de salud". (83)

El Grupo de Participación de la Comunidad en Salud produjo un documento central (84) y una compilación bibliográfica.

En forma resumida este documento plantea:

- Identificación usual entre participación y acción.
- Concepción de salud como un problema técnico, en el cual no tienen acceso quienes no poseen el conocimiento y entonces su papel se limita al hacer.
- Cuestionamiento de la concepción de comunidad como algo homogéneo, basado en intereses supuestamente comunes.
- Establecimiento de una tipología de la participación según el grupo a que se pertenece:
 1. Tiene el conocimiento por lo tanto participa. Debe racionalizar su intervención.

----- /
 (83) Colombia. Ministerio de Salud. Informe al Congreso... 1972-1973. Op. Cit. p.28

(84) Ramírez, Hernán y Vasco, Alberto. Participación de la comunidad en los programas y actividades del Sector Salud. Op. Cit.

2. Un grupo vinculado al Sector, que no participa. Debe promoverse y facilitarse su ingreso al área en cuestión.
 3. Grupo no vinculado, ni parte de la problemática. Búsqueda de mecanismos de promoción y ubicación.
- Discusión sobre lo que significa la participación en salud sin contemplar las otras áreas de la actividad social.
 - Concibe la participación de la comunidad en salud, como "un proceso que tiende a que la comunidad conozca de salud, decida, actúe y mejore ella misma su actual situación".

El segundo informe del Ministro de Salud (85) señala como la ampliación de la cobertura de los servicios de salud sigue siendo política oficial entre las 10 que se señalan en forma expresa.

El Decreto-Ley 621 del 10 de Abril de 1974, revisa la organización administrativa del Ministerio de Salud Pública y con carácter asesor crea la Oficina de Participación de la Comunidad con esta función "proponer las bases para la formulación de políticas en materia de participación de la comunidad y supervisar, controlar, asesorar e informar sobre los programas que en esta materia se adelantan". (86)

(85) Colombia, Ministerio de Salud Pública. Informe al Honorable Congreso de la República de Colombia, 1970-1974. Bogotá, 1975.
p. 33

(86) Decreto-Ley 621 del 10 de Abril de 1974, por el cual se revisa la organización administrativa del Ministerio de Salud. Bogotá, 1975.

2. PERIODO 1974-1978

El nuevo Ministro de Salud señala en los dos informes que presentó al Congreso (87) la situación en la prestación de los servicios de salud de la población y la participación de la comunidad.

- Algunos programas de servicios de salud no satisfacen las necesidades y demandas de la población. Señala sus causas (la insuficiente cobertura, incapacidad para eliminar diferencias en la situación de salud, aumento de gastos, barreras entre los servicios y los usuarios).
- La comunidad no ha participado en el diagnóstico, programación ejecución y evaluación, su acción ha sido esporádica, no integral.
- La experiencia demuestra a nivel nacional e internacional que hay aumento de cobertura, mejor utilización de los recursos y satisfacción de los usuarios cuando hay participación de la comunidad.
- El Sistema Nacional de Salud reconoce la importancia de la participación para establecer los vínculos que facilitan el desarrollo de los programas.

En el Decreto 350 del 4 de Marzo de 1975 (88) en el artículo 31 se

----- /
 (87) Colombia. Ministerio de Salud Pública. Informe al Honorable Congreso de la República de Colombia, 1976-1977, 1974-1978. Bogotá.

(88) Decreto No. 350 del 4 de Marzo de 1975, por el cual se determina la organización y funcionamiento de los Servicios Seccionales de Salud y de las Unidades Regionales. Bogotá, Ministerio de Salud, 1975.

lee "En los Hospitales sede de Unidad Regional, en los Hospitales Locales, en los Centros y Puestos de Salud, procederán a crearse comités de participación de la Comunidad rural y urbana para el desarrollo de los programas de salud, bajo la coordinación de la respectiva Unidad."

La participación de la comunidad se entiende como "una estrategia dirigida a que las comunidades consideren la salud como una responsabilidad compartida y no exclusiva del personal de salud y del Estado, permitiéndose la participación consciente y permanente de la comunidad en el logro de objetivos comunes que la beneficien". (89)

Respecto a los objetivos de la participación, aparte de terminar con los problemas en la prestación de los servicios de salud, señala que en correspondencia con el trabajo que realiza la Dirección de Participación de la Comunidad en la elaboración de esquemas uniformes que puedan replicarse en el país, debe promover la participación responsable y de acuerdo a ella, crear mecanismos a diferentes niveles operativos vinculando sus miembros a los organismos de salud.

En 1977 la Dirección de Participación de la Comunidad, publica (90) "El Componente de Participación de la Comunidad", uno de los dos do-

(89) Colombia. Ministerio de Salud. Informe al Congreso, 1974-78... Op.Cit. p.72

(90) Colombia. Ministerio de Salud. Componente de participación de la comunidad en el Sistema Nacional... Op.Cit.

cumentos centrales producidos, para luego en 1978 completarlo con el "Manual Operativo". (91)

El Componente de Participación de la Comunidad en Salud señala en la Introducción como el 36% de la población colombiana carece de cualquier tipo de servicio de salud.

Enuncia 11 Principios como marco ideológico fundamental.

Fuera de reconocer al individuo y la comunidad el derecho a mejorar sus condiciones de vida, señala su capacidad para conseguirlo.

Otros aspectos de particular importancia son:

"4- La comunidad tiene derecho y obligación de conocer y analizar críticamente todos los aspectos de su propia realidad para transformarla e inducir cambios que armonicen el crecimiento económico con el progreso social.

7- La comunidad tiene derecho a organizarse y a participar en el diagnóstico, programación, ejecución, supervisión y evaluación de los planes y programas encaminados a mejorar sus condiciones de salud" . (92)

(91) Colombia. Ministerio de Salud. Manual operativo para el desarrollo del componente de participación de la comunidad en salud. Bogotá, 1978.

(92) Colombia. Ministerio de Salud. Componente de participación... Op. Cit. p.4

3. PERIODO DE 1978

El actual Presidente del País en una actividad programada por la Escuela Nacional de Salud Pública (93) planteó así lo que sería su política en caso de ser elegido: "el 20% de la población colombiana no tiene acceso a los servicios de salud y está, por lo tanto, condenada a sufrir graves riesgos de enfermar y de morir que desde hace ya mucho tiempo son evitables, con técnicas sencillas, suficientemente conocidas por los trabajadores de la salud y al alcance de las posibilidades económicas del Estado (...) para enfrentarlo: el saneamiento del medio y un esquema de atención médica basado en la utilización de la medicina preventiva y en el tratamiento de la enfermedad a nivel de la familia, el barrio o la vereda, por personal auxiliar debidamente supervisado y apoyado por equipos profesionales multidisciplinarios y por los puestos de salud y las instituciones hospitalarias.

Todo ello, no como una acción unilateral del Gobierno, sino con la participación de la comunidad que le permita conocer mejor sus problemas de salud y colaborar conscientemente en su solución". (94)

Respecto a la Participación de la Comunidad afirma "los beneficiarios de los servicios de salud deben pasar de ser simples objetos de la prestación de servicios a la condición de actores principales en la vi-

(93) Políticas de salud de los candidatos a la presidencia de la República 1978-1982, Medellín, Universidad de Antioquia, 1978. p.156

(94) Políticas de Salud ... Op. Cit. p.156

gilancia y control de las instituciones.

Esta participación debe conducir a una administración más responsable y efectiva y con mayor sensibilidad a las necesidades y demandas de la comunidad". (95). Termina su alocución asegurando:

"Asumo hoy el compromiso de reorganizar fundamentalmente las entidades de seguridad y previsión social, como base para extender sus beneficios a la tercera parte de la población Colombiana durante los cuatro años de mi mandato constitucional. Esto significará triplicar la actual población cubierta elevándola de 3 a 9 millones de beneficiarios, o en otras palabras duplicar en cuatro años la población que se ha logrado cubrir en más de 30 años de existencia de estas entidades. Lo anterior quiere decir que al término de mi gobierno prácticamente la totalidad de la población Colombiana tendrá acceso a los servicios de salud del Estado o de las instituciones de los seguros y la previsión social."

Para dar cumplimiento a tan ambiciosa cobertura, en el mes de Octubre de 1978, a dos meses de ser elegido Presidente, se programa por el Ministerio de Salud una reunión con los Jefes de los Jefes de los Servicios Seccionales de Salud y los institutos adscritos. Se produce un documento (96).

(95) Políticas de Salud... Op. Cit. p.162 y 164.

(96) Colombia. Ministerio de Salud. Extensión de coberturas de los servicios de salud con base en atención primaria. Op. Cit.

En él se señala que se llevarán servicios de salud al 100% de los colombianos a través de la Atención Primaria entendiendo por ella: "el desarrollo de acciones simples que tiendan a satisfacer las necesidades elementales de la comunidad para promover la salud, prevenir las enfermedades y realizar actividades mínimas de recuperación y rehabilitación". (97)

Presenta como efecto del "Plan Nacional de Salud-Primera Fase-Nivel Local" la disminución de la población que carecía de los servicios de salud de un 39% en 1975 a 24% en 1978 que equivale a seis millones de colombianos.

Sin embargo los datos demuestran una mortalidad infantil de 75-80 por 1.000, con causas de muerte en los menores de cinco años por enfermedades de tipo hidrico e infecciosas. Para enfrentar esta situación se utilizaría entre otros la participación de la comunidad en forma "consciente, activa, deliberante y continua. La comunidad no debe ser un elemento pasivo sino que se le debe permitir hacer uso de sus derechos para que asuma la responsabilidad de conocer sus problemas y trabajar conjuntamente con el equipo de salud en la búsqueda y ejecución de las soluciones". (98)

(97) Colombia. Ministerio de Salud. Extensión de coberturas de los servicios de salud... Op. Cit. p.15

(98) Colombia. Ministerio de Salud. Extensión de coberturas de los servicios de salud... Op. Cit. p.15

El último documento publicado referente a la participación comunitaria tiene su origen en una entidad diferente a la División de participación de la Comunidad en Salud. (99). Solo fué conocido en 1979.

Es posible advertir una especie de reserva hacia la participación de la comunidad que establece un agudo contraste con el entusiasmo inicial que fué evidente en los documentos anteriores.

Señala:

"No hay en el país antecedentes muy amplios que permitan estimar el valor que represente en el campo de las soluciones a los problemas de Salud, la participación de la comunidad. Se trata ahora de estimularla para poder contar con su apoyo y obtener posteriormente, un juicio de valor acerca de la trascendencia de ésta participación". (100)

Propone para la cobertura en salud de la población marginal en las ciudades, una semejante a la que se aplica en las zonas rurales mediante la reasignación de actividades a personal auxiliar siendo el fundamental la Promotora de Salud y la Auxiliar de Enfermería quienes cubren el peso mayor en las responsabilidades de los servicios de salud.

(99) Colombia. Ministerio de Salud. Programa de integración de servicios y participación comunitaria en zonas urbanas. Bogotá, 1978. p.1

(100) Colombia. Ministerio de Salud. Programa de integración de servicios y participación... Op. Cit. p.7

Sobre este documento de "Integración de servicios y participación comunitaria en zonas urbanas" es curioso observar, aparte del cuestionamiento inicial sobre la efectividad de la participación comunitaria, su planteamiento sobre lo que considera deba ser ella.

- "Los servicios que se prestarían a las personas en el nivel local en las áreas marginales suburbanas a través de la Promotora de Salud serán gratuitos siempre.
- Los servicios al medio ambiente, para el mismo nivel, tendrán la participación de la Comunidad (dinero, mano de obra, especies,) tal como se ha venido haciendo en el Programa de Saneamiento Básico Rural que desarrolla el I N S.
- Para el caso de construcciones de nuevos Puestos de Salud la comunidad, aportará el lote y en lo posible aportará mano de obra.
- Los servicios que se ofrecen a nivel institucional (Puestos, Centros y Hospitales) se cobrará de acuerdo a la capacidad de pago de los usuarios, previa una clasificación socio-económica y de acuerdo con tarifas que el Sistema Nacional de Salud tiene en estudio para establecer próximamente". (101)

Unas ideas generales pueden expresarse como resumen de este aparte sobre el recuento histórico de la implementación y contenido de la Participación de la Comunidad en el País.

(101) Colombia. Ministerio de Salud. Programa de integración de servicios y participación... Op. Cit. p.65

- 1- La estructuración a nivel formal de la participación en salud es en general muy nueva entre nosotros, existe la base legal a través del Decreto 350 de 1975, y la aceptación del contenido teórico.
- 2- Hay una importante contradicción en los datos oficiales en lo que a cobertura respecta. En tanto que en América Latina se reconoce un 40% de la población sin servicios médicos, en Colombia se tenía la cifra del 36% hasta que cambia repentinamente al 24% sin saberse muy bien por qué y como se logró. Se acepta mas bien como cierto aquel pronunciamiento que afirma..."El nivel y estructura de la salud de una población, son más la resultante del desarrollo económico y social que de la forma como esten organizados los recursos de salud". (102)
- 3- Empieza a configurarse la duda de que la participación comunitaria constituya un elemento importante para ser incorporado a los servicios de salud. Más bien se recurre a lo probado como efectivo. Haciendo practicamente iguales las zonas rurales y las marginadas urbanas propone la Promotora de Salud y la Auxiliar de Enfermería, con lo cual niega de una vez por todas a este sector de población el derecho de los beneficios derivados de la medicina científica.

(102) /
Primeras Jornadas Departamentales de Médicos de Salud Pública.
La Pintada, Antioquia, Relato General, 1972.

4. INICIACION Y DESARROLLO DEL PROGRAMA DE PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN SALUD

En 1974 se inició en la ciudad de Medellín por iniciativa del Doctor Gustavo Molina G., el Programa I.O.P.A.A. (103).

Este Programa tuvo su auge a fines de 1975 y principios del 76. Con el retiro del Instituto de Seguros Sociales ocurrido a finales de 1976, se termina la experiencia de integración de tres instituciones de diverso origen prestadoras de servicios de salud.

El componente de participación de la Comunidad no murió con la finalización del Programa. En parte por la persistencia de los trabajadores de la salud directamente relacionados con él, y también por la actitud asumida por los Responsables de Salud que en él estaban vinculados subsistió en medio de grandes dificultades que tenían una de sus expresiones en la abierta muchas veces y velada oposición permanente de las autoridades de salud en el ámbito municipal.

Esta experiencia, única en la ciudad, fué publicada (104) (105), dando lugar a intercambio de información y de visitantes.

(103) Programas locales integrados de salud y bienestar en Antioquia: génesis, bases, contenido y organización de la integración operacional de abajo hacia arriba. I O P A A. (1). Documento 3. Abril 18 de 1975.

(104) Molina, Gustavo. et.al. Colombia: How to select community health leaders. World Health Forum. 1(1-2): 57-61, 1980.

(105) Molina, Gustavo et al. Teoría y práctica de la participación de la comunidad y de la integración docente-asistencial. Medellín, Escuela Nacional de Salud Pública, 1978. (M-2476).

El barrio Florencia situado en la ciudad de Medellín, fué uno de los dos lugares donde continuó el componente de participación de la Comunidad.

En un estudio realizado en 1978 (106), por alumnos del Magister de la Escuela Nacional de Salud Pública, se lee:

"Es innegable el importante papel que juegan las condiciones de saneamiento básico y la inmunoprevención en la incidencia de las enfermedades transmisibles, hecho que se confirma al observar el comportamiento del Centro de Salud No. 22 (barrio Florencia) que a pesar de encontrarse en una zona crítica, es una verdadera isla en lo que se refiere a incidencia de enfermedades transmisibles, lo que podría ser explicado por el Programa de Participación de la Comunidad que incluye dentro de sus objetivos programas de inmunización y trabajos colectivos en saneamiento básico urbano".

Este logro evidente del control de las enfermedades, por la misma familia, hace que no se constituya la enfermedad en consulta médica y por lo tanto no cuantificable, creando la ilusión de que el problema no existe y que la zona cambió por efecto del Programa, su esquema

(106) Bohórquez, Alix Z. et al. Análisis de la morbi-mortalidad por enfermedades transmisibles en la ciudad de Medellín durante el Período comprendido entre la semana epidemiológica No. 33 de 1977 y la semana epidemiológica No. 32 de 1978. Trabajo de investigación. Medellín, Escuela Nacional de Salud Pública, 1978. p.34

básico de morbilidad.

"La idea de los agentes de salud en la Comunidad puede incluso tranquilizar a los planificadores al hacerlos creer que están ocupándose de los insuficientes servicios sanitarios cuando, en realidad no se ocupan". (107)

En el mes de Febrero de 1979 el entonces Secretario de Salud Municipal, por razones en parte coyunturales y apremiado por aplicar las políticas del Ministerio de Salud Pública de Colombia en el campo de extensión de cobertura de los servicios de salud, expresa su aprobación al Programa a Participación de la Comunidad en Salud, como política oficial de la Secretaría Municipal de Salud.

La Escuela Nacional de Salud Pública funcionaría a manera de asesora en la implementación y marcha del Programa.

Se seleccionó el área de influencia del Centro de Salud * del barrio

(107) / Bryant, John H. Los agentes de salud de la comunidad. Crónica de la O M S 32 (4): 161, 1978.

* Un Centro de Salud ejecuta las acciones de salud de su área de influencia mediante la realización de consulta médica y odontológica, primeros auxilios, programas preventivos y de promoción de salud, acciones de saneamiento básico y la supervisión de las unidades de cobertura, facilitando la remisión de pacientes en los casos que ameriten mayor complejidad de la atención, a fin de ofrecer un servicio integral de salud que satisfaga las necesidades de la comunidad.

Castilla (108) por el funcionamiento en muy breve plazo de una Unidad Intermedia Hospitalaria de Salud * * (109) primera experiencia de este tipo en la ciudad, pero no en el país.

En la parte administrativa se constituyó en el mes de Marzo del mismo año un Comité Coordinador del Programa compuesto por funcionarios de la Secretaría de Salud Municipal (Atención Médica y Educación para la Salud), del Centro de Salud y la Escuela Nacional de Salud Pública, en un momento posterior también participaron los Directores de los Equipos. Está presidido por el médico director del Centro de Salud y la Unidad Intermedia Hospitalaria.

A más de los aspectos conceptuales, no muchas veces discutidos con suficiente profundidad, se puso de presente la inseguridad de la mayoría de los Trabajadores de la Salud al verse abocados a una modalidad tan diametralmente opuesta a la forma tradicional en la prestación de los servicios de salud.

(108) Colombia. Ministerio de Salud. Manual general de organización: Volúmen V, modelo normativo para unidad operativa local. Bogotá, 1976.

** La Unidad Intermedia lleva a cabo actividades correspondientes al nivel de atención secundaria para la salud, tales como los servicios de hospitalización y de salud oral en el área de atención a las personas. Así mismo, aquellas actividades necesarias para una adecuada atención al medio ambiente.

(109) Decreto reglamentario número 421 de 1979 (9 de Agosto). Por medio del cual se reglamenta el funcionamiento de las Unidades Intermedias Hospitalarias. Bogotá. Ministerio de Salud, 1979.

Es por eso que se programó un Curso de Capacitación para este personal con duración total de 14 horas el cual se llevó a cabo de Junio 12 a Julio 3, con dos reuniones semanales e intensidad de dos horas cada una, en este curso, se informó la naturaleza del Programa, sus componentes, metodología, etc. En el aspecto de organización se establecen a finales del mes de Abril, seis Equipos de Trabajo con participación del Personal del Centro de Salud uno de los cuales lo preside, y de la Escuela Nacional de Salud Pública.

A cada Equipo de Trabajo se le asigna un sector geográfico así:

Equipo No. 1	Barrio Castilla La Unión
Equipo No. 2	Barrio Castilla La Esperanza
Equipo No. 3	Barrio Alfonso López
Equipo No. 4	Barrio Plaza de Ferias-Toscana y Girardot
Equipo No. 5	Barrios Belalcázar y Tricentenario
Equipo No. 6	Barrios Caribe - Oleoducto - Francisco Antonio Zea - La Candelaria (o Cementerio Universal).

Ya iniciado el proceso se vincularon estudiantes en práctica de las Facultades de Sociología de la Universidad Pontificia Bolivariana y de Enfermería de la Universidad de Antioquia, los cuales se asignaron a los Equipos.

Los Equipos inician los contactos con las Organizaciones de la Comunidad para la selección de sus representantes y la información general del Programa.

El trabajo de los Equipos, la respuesta de las organizaciones de la Comunidad y de los barrios en general mostró grandes diferencias.

En tanto que los Equipos 1 y 2, iniciaron la capacitación de los candidatos a responsables de Salud, el 29 de Septiembre con un total de 112 participantes, el Equipo 3, la empezó el 6 de Octubre, con 38 candidatos.

En el momento que se tomaron los datos, los otros barrios correspondientes a la zona de influencia, no habían realizado la selección de sus candidatos a responsables de Salud.

La capacitación consiste en la enseñanza de aspectos de salud y enfermedad. Una descripción detallada del contenido de la capacitación puede verse en "Introducción a la Salud Pública". (110)

En la fecha la capacitación continúa y se aprecian algunos de los primeros resultados en la remisión de pacientes al Centro de Salud y el control de la diarrea a través del suministro del nuevo casero.

(110) Molina, Gustavo. Introducción a la Salud Pública. Op. Cit.
p. 65

5. METODOLOGIA PROPIA DE LA MODALIDAD DE PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD QUE FUE IMPLANTADA

Los principios generales se encuentran publicados (111) (112) (113) más que la repetición de ellos, se señalan sus características fundamentales:

1. Por participación de la Comunidad en Salud se entiende que "el mayor número posible de habitantes tome parte en las decisiones que le afectan y asuma la mayor responsabilidad posible en los programas y acciones de salud y bienestar junto a los funcionarios del servicio local".
2. Respecto al concepto de Comunidad, señala el desconocimiento que existe sobre su estratificación en clases y grupos sociales sin intereses antagónicos, con respuesta variable ante la participación, dependiendo de la organización alcanzada y de la estructuración de grupos y subgrupos que pueden o no favorecer su integración.
3. Las organizaciones existentes en la comunidad se reconocen

-
- (111) Molina, Gustavo. Turizo, Alfredo. Cardona Jorge. El responsable de salud, pilar de la organización local. Revista Escuela Nacional de Salud Pública, Medellín 1 (3): 9-17, Jul-Dic. 1975.
- (112) Molina, Gustavo et al. Teoría y práctica de la participación de la comunidad y de la integración docente-asistencial. Op. Cit.
- (113) Molina, Gustavo. Introducción de la Salud Pública. Op. Cit. p.59-66.

aún con sus limitaciones como expresión de esa comunidad y de su trayectoria. Ellas seleccionan los Responsables de Salud.

4. No se acepta la organización de grupos propios de salud o creados por salud para efecto de las actividades del Programa.
5. Identificación y selección de los delegados de las organizaciones de la comunidad llamados Responsables de Salud: miembro dirigente o de base de alguna de las organizaciones de masas de la comunidad local o cualquier 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 de la misma.
6. Constitución de una infraestructura de funcionamiento compuesta por los Comités de Salud (responsables de salud de manzana o vereda) y Consejo Local de Salud con representación de los Comités de Salud y las organizaciones de la población.
7. Intervención de todo el personal de salud en el Programa sin importar su nivel jerárquico, pero destaca la labor de los auxiliares y los de menor preparación por "tener el tiempo, el horario y una afinidad cultural de que carecen los profesionales del equipo para esta labor paciente y tediosa, diaria y vespertina".

8. Capacitación de los candidatos a Responsables de Salud con un criterio de amplio respaldo en la difusión del conocimiento científico, y asignación creciente de responsabilidades según su respuesta.

V. CARACTERISTICAS GENERALES DE LA FORMACION ECONOMICO SOCIAL COLOM- BIANA Y SUS EFECTOS SOCIALES

Esta parte del trabajo presentará los rasgos actuales del tipo de desarrollo económico del país en un gran nivel de generalidad, para contrastarlos en un segundo momento con los efectos del modelo adoptado, en la satisfacción de las necesidades sociales por la población.

En 1.850 hubo un fuerte movimiento artesanal que pretendía repetir procesos de la etapa inicial del capitalismo, tal proceso estaba desfasado históricamente pues desde nuestra incorporación al mercado mundial ocupábamos el puesto de colonia y mal podían convertirse los talleres en fábricas ya que ello era contrario a nuestra función económica.

Comerciantes y latifundistas, quienes constituían la clase dominante de ese entonces, se unieron en santa alianza contra los proteccionistas voceros de los artesanos. Triunfante el libre-cambio, el país cayó definitivamente en la trampa del intercambio no equivalente, desigual, - como vendedor de materias primas y comprador de productos manufacturados a precios fijados, en uno y otro caso en la lejana metrópoli.

(114)

(114) Silva C., Julio. Los verdaderos dueños del país. Bogotá, Editorial Colombia Nueva, 1977. p.13

Este modelo económico sirvió para el surgimiento de un sector de clase, los comerciantes que se ocuparon de la importación y distribución de los productos. A finales del siglo ya se encuentran en el país monopolios importantes que subsisten hoy en día.

No obstante era imposible que el país continuara como importador de los más mínimos productos. Para fines del siglo pasado se encuentra una débil base industrial que fue creciendo lentamente alimentada por la acumulación capitalista originada en el café, en el comercio externo y la minería especialmente. (115)

Para los tiempos de la primera guerra mundial el mapa del neo-colonialismo comercial en Colombia había cambiado:

- El imperialismo norteamericano había desplazado en lo fundamental a Inglaterra del mapa.
- El Río Magdalena cuyos valles se habían convertido en fuentes de explotación de banano y petróleo, lo mismo que el Canal de Panamá, habían pasado a ser caminos norteamericanos de la economía del país.
- El café se había colocado en el centro de la exportación primaria y se echaban las bases de la industria nacional. (116)

(115) Silva C. Julio. Los verdaderos dueños... Op. Cit. p.14

(116) Buenaventura, Nicolás. Por la democracia y el socialismo. Bogotá, Ediciones Suramérica, 1977. p.25

Estos determinantes históricos del desarrollo económico son los que hacen que desde el comienzo se deforme el tipo de orientación económica del país, tiene su base en la transformación elemental de materias primas que llegan del exterior, con los equipos correspondientes, así adquiere importancia la manufactura.

El cultivo del café tiene extraordinaria importancia, se constituye de entrada en una empresa capitalista terrateniente que por una parte extrae plusvalía del creciente proletariado rural, y por otra da lugar a la creación de una burguesía nacional. (117)

El colapso estruendoso de la economía capitalista en 1929, significó el derrumbe del sistema internacional de intercambio impuesto por el imperialismo manufacturero de la época anterior. La drástica caída del poder adquisitivo de las masas en la metrópoli, reduce brusca - mente su capacidad de adquirir las materias primas de las colonias o semi-colonias y éstas a su vez no reciben las divisas para adquirir los productos elaborados de los centros metropolitanos. (118)

Entra la burguesía nacional a ejercer un papel importante en la búsqueda de una salida capitalista a la dependencia, pues si bien es cier-

(117) Buenaventura, Nicolás. Por la democracia y el socialismo...
Op. Cit. p.26

(118) Castillo, Gonzalo. Origen, naturaleza y desarrollo del subdesarrollo en América Latina. Medellín, Escuela Nacional de Salud Pública, 1971. p.9 (M-1891)

to que las dificultades en la importación surgidas a raíz de las dos guerras mundiales y la Gran Depresión, estimularon la industrialización por sustitución de importaciones, no menos verídico es el hecho de que la parte fundamental de esta ampliación industrial, se hizo con base en un excedente de capital, dinero en manos de la burguesía colombiana, aprovechando las divisas acumuladas precisamente por la dificultad en las importaciones. (119)

La exportación del café se convierte en aprovisionamiento de máquinas, materiales y materias primas de uso industrial, para asegurar así las manufacturas nacionales que se abren mercado en ciudades y pueblos favorecidos por la misma economía cafetera. (120)

Para mediados de los años cuarenta es notorio el proceso de desnacionalización de la industria por la penetración del capital extranjero que asume todas las formas: Empresas de propiedad exclusiva, compartidas o en asociación, empréstitos y suministros de tecnología.

El proceso de industrialización por sustitución de importaciones, desembocó en una sustitución de propietarios, que agudizó la dominación externa de nuestra economía, y transformó a la ascendente burguesía colombiana en un sector conciliador con los patronos extranjeros. De

(119) Silva C. Julio. Los verdaderos dueños... Op. Cit. p.14

(120) Buenaventura, Nicolás. Por la democracia y el socialismo... Op. Cit. p.27

tal manera el desarrollo nacional no se diseña en función de las necesidades, sino en los intereses globales de los monopolios transnacionales que vienen a explotar el creciente mercado interno y hoy utilizan mano de obra barata para exportar hacia países en donde los costos son mayores. Se completa así la trilogía sagrada de la explotación imperialista: Intercambio comercial no equivalente, exportación de capital en forma de empréstitos y exportación de capital en forma de inversiones (121).

Las relaciones de dependencia constituyen la base material para que operen los fenómenos económicos enunciados.

El proceso de sustitución de importaciones, que se enfocó hacia los productos de consumo final, dependiendo de tecnología extranjera, tuvo como efecto la multiplicación de los productos con muy pocos compradores.

Esta no ampliación del mercado interno fue consecuencia de la falta de una reforma agraria y de la profundización creciente de la dependencia en todas sus manifestaciones. Surge la posibilidad ante la ausencia de respuesta nacional a la crisis, la promoción de exportaciones que fue el clima de entusiasmo en los años 60.

(121) Silva, C., Julio. Los verdaderos dueños... Op. cit. p.15

Esta solución nacional coincide plenamente con la necesidad de los Estados Unidos, el gran vencedor de la segunda guerra mundial, de afirmar su dominación en todo el hemisferio, dentro de relaciones específicas de dominación que podríamos llamar de tipo colonial. Este intento cobró ímpetu principalmente después de la Revolución Cubana, la cual abrió los ojos de los Estados Unidos al "peligro" que podría significar para su predominio en el área, el dejar en manos de las clases dirigentes nacionales la administración, la política y el control social de la América Latina.

La respuesta fue la Alianza para el Progreso. (122)

La promoción de exportaciones al reemplazar la sustitución de importaciones, beneficiaba al capitalista nacional y para el capital extranjero constituyó una ventaja sin igual, al conseguir mano de obra barata susceptible de mayor explotación por causa del desempleo y la crónica inflación, o sea que una parte considerable de la plusvalía se realizaría en el exterior. (123)

La estrategia exportadora como uno de los motores del desarrollo económico, no ha podido resolver los problemas del país porque el marco en el que se desenvuelve es el mismo: estructuras internacio-

(122) Castillo, Gonzalo. Origen, naturaleza y desarrollo del subdesarrollo... Op. Cit. p.10

(123) Silva, C., Julio. Los verdaderos dueños... Op. Cit. p.17

nales de dominación y dependencia, monopolio, latifundio, relaciones internas de dominación y explotación de las grandes mayorías por grupos minoritarios privilegiados, con sus correspondientes sistemas de dominación ideológica que explican y justifican esas relaciones. (124)

(125)

En cifras el intercambio comercial no equivalente como uno de los pilares de la expoliación imperialista, significa para el país pérdidas como ésta: durante el período 1972 - 76, se exportaron 34.7 millones de sacos de café, por lo cuales se recibieron 3.300 millones de dólares, si el café hubiese tenido durante ese período el mismo precio equivalente de 1954, esto es, su misma capacidad de compra, por el café exportado se deberían recibir 5.500 millones de dólares, o sea que en un quinquenio el país perdió mas de 2.200 millones de dolares.

(126)

El endeudamiento externo se puede apreciar en 5.000 millones de dólares con duplicación cada cuatro o cinco años.

Los intereses pagados durante 1974-77 llegaron a 900 millones de dólares, casi 30.000 millones de pesos. Por cada dólar que entra sa-

(124) Silva C, Julio. Los verdaderos dueños... Op. Cit. p.17

(125) Castillo, Gonzalo. Origen, naturaleza y desarrollo del subdesarrollo... Op. Cit. p.13

(126) Silva C, Julio. Todos tributamos al Imperialismo . s.p.i.

len dos, el país está hipotecado al capital de préstamo imperialista. La deuda externa total vale más de 190.000 millones de pesos lo que representa más del 25 por ciento del Producto Interno Bruto. (127)

Las características generales del desarrollo económico del país presentan en la década del 70 al 80, un panorama en el cual la Colombia pobre se transforma de manera sustancial.

Una importante investigación sobre el desarrollo de la economía nacional (128) durante los últimos diez años y la cual sirve de base para el análisis siguiente, presenta un país económicamente renovado, diferente tanto en la organización interna de su aparato productivo, como en la posición del país dentro del contexto internacional.

Las tasas anuales de crecimiento del P I B a lo largo de la década, han sido superiores en Colombia con un 7 por ciento anual, que el promedio de América Latina en la cual fué de 4.6.

En términos de la velocidad del crecimiento en el contexto de América Latina y el Caribe, Colombia pasó del catorceavo lugar al quinto. El crecimiento se refleja, según la Cepal,

(127) Silva C, Julio. Todos tributamos al Imperialismo... Op. Cit.

(128) Bejarano, Jesús Antonio. El nuevo país económico. Alternativa, Bogotá (244/45): 16-19, 1979 - 80

"en la tasa de crecimiento del producto por habitante, la cual también duplicó la de los últimos años, superó los 700 dólares por persona cifra que si se la compara con la de 1970, representa un incremento de mas de un tercio, contra solo un 25 por ciento logrado por toda la América Latina. Así mismo, Colombia en 1978, se colocó entre los ocho primeros países de la región en cuanto al nivel del producto por habitante".

La creación de las condiciones básicas, especialmente la ampliación de la infraestructura, tiene su expresión en la modificación de la capacidad productiva: la capacidad instalada de energía se ha multiplicado por trece, la red total de carreteras se ha doblado y las vías pavimentadas se han multiplicado por diez, así como se ha triplicado el valor total de la producción en términos reales.

En el ámbito internacional la posición financiera le dá capacidad de endeudamiento y hace mas atractivo el lugar para la inversión de capitales.

Las reservas internacionales llegaron a la cifra record de 4.000 millones de dólares, la más alta entre los países latinoamericanos no exportadores de petroleo, las exportaciones se estiman en 3.000 millones de dólares o sea que por primera vez el país, tiene un superávit de mil millones de dólares en la balanza cambiaria.

El desempleo descendió de tasas de 12 - 13 por ciento en la década pasada, a 9.3 en 1975 y a 7.4 en 1978.

La inflación no ha sido particularmente severa en Colombia, en 1977 fué de 29.3 por ciento que si se compara con el resto de América Latina, según la Cepal, "se coloca muy por debajo del promedio regional, de un 40 por ciento".

Colombia es hoy un país en rápido crecimiento capitalista, que ocupa el cuarto lugar en importancia económica, con inflación y desempleo relativamente bajos en la región.

(Hasta aquí los datos del estudio de Bejarano)

Si el crecimiento económico fuera a la par, o diera lugar al desarrollo social, este sería un país único en el mundo, pero sucede todo lo contrario. En tanto que los indicadores económicos indican elevación, los sociales se presentan en vertiginoso descenso.

Lo real es el aumento de la pobreza en proporciones iguales o más altas a los indicadores económicos mencionados anteriormente.

1. INDICADORES ECONOMICOS Y CONCENTRACION

Respecto a la concentración de la riqueza y el ingreso, el pronunciamiento de un Movimiento político (129) señala:

----- /
 (129) Consejo Político Nacional de Firmes. Puntos de Programa. Firmes, Bogotá (8): 12, 1979

"Un 7% de los propietarios tiene un área correspondiente al 93% de la tierra laborable. En las sociedades anónimas 16 empresas manufactureras disponen del 82% del capital. El 51.4 de las compañías inscritas en la Bolsa de Bogotá, está en poder del 0.3% de los inversionistas y menos del 1% de los deudores del sistema bancario tienen más del 50% de la cartera total".

Esta concentración del poder económico tiene su expresión en el poder político y en las decisiones.

En una encuesta realizada en 1972 entre el personal ejecutivo de los grandes bancos, las corporaciones, las aseguradoras, y las compañías industriales que declaraban más de 100 millones de pesos en activos, se encontró que los puestos de dirección estaban en manos de 705 personas, así 410 tenían una cuota de poder del 3%, 231 de 16% y las 64 restantes acaparaban el 81%" (130)

No obstante la hipótesis de la democratización del capital a través de la sociedad anónima, 16 empresas manufactureras disponen del 82% del capital total. Estimando un promedio de siete miembros por junta directiva, tenemos que 100 personas controlan la capacidad de decisión de semejante aparato económico (131).

(130) Buenaventura, Nicolás. Por la democracia y el socialismo...
Op. Cit. p.114

(131) Hernández, Augusto, Situación de salud en Colombia. Medellín, Escuela Nacional de Salud Pública, 1979. (M.2473)

Respecto a la tierra, tenemos que un 4% de los propietarios tiene más de las dos terceras partes de la tierra acaparada (un 67%) (...) el 73% de las explotaciones - aproximadamente un millón de fincas campesinas- tiene un promedio de dos hectáreas por unidad (...) el 60% de todas las fincas tiene menos de 5 hectáreas. Esto quiere decir que la inmensa mayoría de los dueños de la tierra en Colombia no le alcanza la tierra que tiene para vivir y ha de contratarse constantemente como peones; son "propietarios proletarios" como los llamaba Lenin" (132)

El sector agrícola genera el 30% del producto nacional bruto y cerca del 65% de las exportaciones. El 47% de la población económicamente activa se dedica a labores agrícolas de baja productividad, con la presencia del latifundio dedicado en su mayor parte a productos para la exportación, mientras el minifundio como unidad económica es improductivo.

Podría pensarse que los trabajadores, directos productores de la riqueza que señalabamos anteriormente, serían un sector privilegiado respecto al resto de la población, pero no lo es así.

La población económicamente activa sobre un total de 25.5 millones es de 9 millones.

(132) Buenaventura, Nicolás. Por la democracia y el socialismo...
Op. Cit. p. 55.

La población económicamente activa tiene estas características:

Empleados	6.750.000	75%
Subempleados	1.350.000	15%
Desempleados	900.000	10%

El modelo económico vigente en el país, con tan alto volúmen de desempleo, hace que en lugar de abrir nuevas fuentes de trabajo, se explote intensivamente la fuerza de trabajo ya ocupada.

En el país hay 150.000 accidentes de trabajo, en Antioquia 30.000 al año. Del total de accidentes el 65% es incapacitante al producir lesión (133).

Más de un 60% de la población ocupada en Colombia devenga menos de \$ 3.500 mensuales y en un 50% apenas está en el límite o por debajo del salario mínimo legal (134).

El aumento de costo de vida ha sido de 450% en los últimos diez años. La remuneración al trabajo ha disminuído su participación en el total del ingreso nacional, en 1970 era del 46.5, en 1974 de 40.5%, en 1977 fué de 38%. Eso significa que durante 1970 a 1977, los trabajadores perdieron \$ 39.000 millones en su participación en el ingreso na-

(133) Henao, Samuel. Análisis de los accidentes de trabajo mortales ocurridos a los afiliados al ISS. Caja Seccional de Antioquia. Julio 1 de 1965 a diciembre 31 de 1978. Medellín 1979 (Inédito)

(134) Empleo y desempleo en Colombia. Serie Anif, Bogotá (9-10):107,1978

cional (135)

El valor de la canasta familiar para un obrero es de \$ 7.200, el salario mínimo es de \$ 4.100 en 1980. Esta canasta expresa lo que las personas están consumiendo según patrones de 1953 y no lo que deberían consumir, precisamente el sentido de la llamada canasta deseable, la hemos estimado en Anif en \$ 11.780 (136).

Salud no aparece en la canasta familiar, el informe de Anif señala: el hecho de que la salud no aparezca en la canasta familiar no quiere decir que los colombianos no gasten en salud, o que no la necesiten que es lo mismo, quiere decir que no pueden hacerlo. El Instituto Ser ha demostrado como un 45% de las familias colombianas no pueden pagar un día en un hospital y como un 90% menos puede pagar una estancia promedio de cinco días.

Ante esta situación la Andi (Asociación Nacional de Industriales) por boca de su presidente (137) declaró que si el aumento de salario mínimo era inferior al 30%, los obreros seguirían aguantando la misma cantidad de hambre, y así lo están, puesto que solo cubrió el 19% al pasar de \$ 3.450 a \$ 4.100 en 1980

(135) Silva C, Julio. Los verdaderos dueños... Op. Cit. p.17

(136) Empleo y desempleo... Op. Cit. p. 8.

(137) Periódico El Mundo, Medellín, Dic. 3 de 1979

Veamos la situación respecto a la satisfacción de algunas necesidades básicas.

Vivienda: El déficit de vivienda urbana será en 1980 de 1.242.517, esto sin contar que más de 760.000 familias viven en tugurios que no reúnen los requisitos mínimos. (138)

Transporte: Los autos particulares ocupan el 64% del espacio público, mientras el 70% de la población viaja en bus que ocupa solo el 24% del espacio. El 10% de los propietarios privados controla el 90% del parque automotor (139).

En la ciudad de Medellín 600.000 personas habitan en los sectores oriental y nor-oriental, la mayoría de ellas constituyen el sector informal de la economía (sub-empleo). Las mejores familias del sector devengan el salario mínimo y tienen un promedio de cuatro hijos estudiando en colegios del centro de la ciudad, quienes toman cuatro buses al día a \$6 la tarifa diurna y a \$8 la nocturna, de servicio opcional.

Según palabras del director de la Corporación de Transportadores de Antioquia (Cotransa) (140) "el servicio de transporte urbano en los ba-

(138) Qué es y por qué lucha el partido comunista. Bogotá, 1978. p.6

(139) El transporte otra tortura. Alternativa, Bogotá (225): 1 1977.

(140) Periódico El Colombiano, Medellín, Enero 16 de 1980. p. 16A

rrios populares no es rentable porque faltan usuarios. El parque automotor que corresponda a un sector debe obedecer a la ley de la oferta y la demanda."

Educación: El porcentaje de analfabetismo es de 27% en la ciudad y 41% en el campo. Solo el 70% de la población de 5-14 años asiste a la escuela. Uno de cada tres niños entre los 7 y 11 años no asiste a la escuela, uno de cada dos de los 12 a los 18 años no asiste a la escuela. De cada 1.000 niños en lo. de primaria 507 terminan el quinto año, de cada 1.000 niños en lo. de primaria 1 o 2 terminan estudios universitarios (datos para 1970) (141).

2. ESTADO DE SALUD Y RESPUESTA SOCIAL

En la población de 25 millones se encuentra un 60% en zona urbana. La densidad es de 18.5 y el promedio de personas por familia es de 5.8.

La mortalidad general en 1976 tuvo estas causas (142)

----- /
 (141) Mejía, Rodrigo y Suárez, Jorge Eliecer. Situación de salud en Colombia. Medellín, Escuela Nacional de Salud Pública. 1977. p. 16. (M.2440)

(142) Colombia. Ministerio de Salud. Informe al Congreso 1974-1978. Bogotá, 1978 p. 20

1. Enfermedad cardiovascular	22.1
2. Neumonía y bronquitis	11.3
3. Cáncer	8.1
4. Enteritis y enfermedades diarréicas	7.9
5. Enfermedades anóxicas, hipóxicas y otras causas perinatales	6.0
6. Suicidios, homicidios, lesiones	5.3
7. Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales	2.9
8. Accidentes de vehículo de motor	2.3

La mortalidad infantil en sus cinco primeras causas se presenta así (1976). (143)

1. Diarreas y enteritis
2. Otras neumonías
3. Infecciones anóxicas e hipóxicas
4. Otras causas de mortalidad perinatal
5. Bronquitis

La mortalidad en menores de cinco años es de 18.7

En 1969 el 75.5% del total de la mortalidad infantil era causado por diarreas. En 1975, ese porcentaje se elevó a 19.8%. (144)

(143) Colombia. Ministerio de Salud. Informe al Congreso 1974-1978. Op. Cit. p.22

(144) Hernández, Augusto. Situación de salud... Op.Cit. p.5

El Ministerio de Salud de Colombia (145) al demostrar la necesidad de la atención primaria dice que la mortalidad infantil (75-80 por 1.000) sigue siendo muy alta comparada con la de los países desarrollados. En el conjunto de los menores de 5 años predomina la mortalidad por enfermedades de tipo hídrico (diarreas y enteritis), las infecciones respiratorias y la desnutrición. El costo en muertes es de 110.000 niños al año por desnutrición.

Hernández (146) al hacer el análisis del estado nutricional de la población colombiana señala:

- El 77% de la población adulta presenta déficit en el consumo de proteínas, calorías y algunas vitaminas y minerales.
- El 66% de los niños menores de 5 años presenta algún grado de desnutrición.
- La desnutrición es causa básica o asociada del 41% del total de defunciones en menores de 5 años.
- La desnutrición representa entre el 77 y el 97 por ciento de la patología infantil.
- Los casos de desnutrición de segundo y tercer grado oscilan entre 40 y 67 por ciento de los niños hospitalizados.
- El 90% de la población tiene caries dental.

(145) Colombia. Ministerio de Salud. Extensión de coberturas de los servicios de salud con base en atención primaria. Bogotá, 1978. p.4

(146) Hernández, Augusto. Situación de Salud... Op. Cit. p.6

- El 20% de los recién nacidos son de bajo peso al nacer (menos de 2.500 gramos).

La cobertura de inmunizaciones sólo cubre al 40% de la población susceptible.

"Pero en nuestro medio colombiano, virus, parásitos y bacterias siguen cobrando vidas de millares de compatriotas. No porque no sepamos combatirlos, sino porque la organización social política y económica del país, permite todavía que la mayoría de nuestros compatriotas se encuentren peligrosamente expuestos a primitivas condiciones de vida (...) no es porque se desconozca la teoría de combate, sino porque no se aplica". (147)

El consumo diario de calorías bajó de 2.190 en la década del 60 a menos de 2.140 en el 70, el consumo de proteínas bajó de 51 a 48. (148)

El suministro de agua potable llega al 64.5% de la población del país (1977). En la zona urbana (cabeceras de 2.500 habitantes o más) alcanza al 79% y en la zona rural (localidades entre 5.000 y 2.500 habitantes) al 49%.

En cuanto a tratamiento, el 85% de los servicios de agua no tienen sis-

(147) Abad, Héctor. Concepto ecológico de enfermedad. Boletín Asociación Colombiana de Médicos de Salud Pública. Acomsap. 1 (2): 3, 1973

(148) Bejarano, Jesús Antonio. El nuevo país económico... Op.Cit. p.18

tema adecuado de purificación. El 46% de la población tiene algún sistema de disposición de excretas (1977) en la zona rural llega al 14%. Menos del 1% de los servicios de alcantarillado cuenta con tratamiento. (149)

"Los problemas de la salud pública en Colombia, no son complicados sino claros. Su solución está en hacer lo que sabemos que hay que hacer. El pueblo colombiano necesita trabajo, comida, vivienda, servicios elementales de atención médica, educación, concientización. En vez de ésto se le ha dado en general, superstición, engaño, confusión, pasiones. No sabe porqué se enferma. No sabe por que es pobre. Así se deja explotar. Es al mismo tiempo ignorante, enfermo y supersticioso (...) no se atreve siquiera a exigir que sea más sano o mejor educado. No cree tener derecho a ello. Ve con impasibilidad que los hijos se le mueren por falta de leche, de atención de los más elementales servicios. Se acuesta y se levanta con la miseria como su constante e inseparable compañera y apenas si protesta por ello. Está anestesiado por las enfermedades y el hambre". (150)

El recurso humano en 1975 indicaba la presencia de 14.846 médicos, 3.289 enfermeras, 14.670 auxiliares de enfermería. Odontólogos eran

(149) Colombia. Ministerio de Salud. Extensión de coberturas de los servicios... Op. Cit. p.5

(150) Abad, Héctor. Concepto ecológico de enfermedad... Op.Cit. p.4

3.954, Veterinarios 2.400, Ingenieros Sanitarios 140. (151)

Bogotá, Medellín y Cali acaparan el 60% del recurso humano en salud. El 75% de ese recurso se encuentra en las capitales de Departamentos, o sea que el 10% atiende más del 50% de la población; para el 90% de ella queda sólo el 10%.

En la población económicamente activa un 75% se queda por fuera de los organismos de previsión y seguridad social.

El 40% de las defunciones no tienen certificación médica.

Mientras Argentina tiene un promedio de 5.56 camas por 1.000 habitantes, Brasil 3.69 y Costa Rica 3.85, Colombia sólo tiene 1.79 (datos anteriores al cierre de hospitales) sólo Honduras está por debajo de esta cifra. (152)

"Las razones de la desdicha del pueblo colombiano están porque el sistema lo ha querido así: Grupo social marginado, sin los beneficios de disfrutar en forma grande de lo principal del botín y que crea inferiores condiciones de vida, vivienda, nutrición, trabajo o sea relaciones entre clases".
(153)

----- /
(151) Colombia. Ministerio de Salud. Sistema Nacional de Salud. Diapositiva No.36

(152) Bejarano, Jesús Antonio. El nuevo país económico... Op.Cit. p.18

(153) Villar, Alvaro. El límite de lo racional. Op.Cit. p.30

El modelo económico vigente en el país, ha permitido la más impresionante concentración de la riqueza, favoreciendo desde todos los puntos de vista la penetración del capital extranjero; o sea que según sus condiciones, uno de sus requisitos seguirá siendo el bajo nivel de salarios y la represión como garantía de sumisión.

Es en esta línea que se entiende el fracaso de las iniciativas en búsqueda de mejores condiciones de vida para la población, incluida la trabajadora productora de riqueza.

Es por eso que el Banco Mundial incluye a Colombia en el grupo de los 24 países que ostentan la más elevada desigualdad.

El tributo que se paga al capital imperialista es muy alto, la burguesía nacional acapará también parte considerable de la riqueza producida, el resto a más de distribuirse en miles de renglones, debe atender la salud de la población.

El marco expuesto permite considerar como una ilusión la salud en semejantes condiciones.

VI. METODOLOGIA

El abordaje de este estudio enfatiza los aspectos cualitativos de manera un tanto independiente de su representación numérica.

Tal como se planteó en la Introducción, no constituye el objetivo de este estudio demostrar como la participación de la comunidad componente de la atención primaria, logra aumentar la cobertura sino, ante la ausencia de estudios en este campo, encontrar que sucede a lo interno de los tres grupos componentes de este proceso, cuando por efecto del Programa pueden suceder cambios que cuestionan su tradicional papel ante la salud y los servicios que se establecen para combatir la enfermedad.

La pregunta abierta es la forma que se utilizó por encontrar a través de ella mayores posibilidades de conocimiento de hechos, de relaciones, de situaciones frente a aquellas que podría seleccionar el investigador.

Esta forma planteó la necesidad de establecer la tipología de grandes sectores relativamente homogéneos que permiten apreciar los rasgos más generales del aspecto que se quiere conocer. En tanto que lo logra, constituye la única forma de presentación, su aspecto discutible radica en la variedad de enfoques en que la agrupación representa una cierta subjetividad y arbitrariedad del investigador.

Las unidades de análisis 131-24-38 correspondientes a los aspirantes a Responsables de Salud, las Organizaciones de la Comunidad y los Trabajadores de la Salud respectivamente, si bien constituyen la totalidad de la población, no representan un peso importante si el criterio de validez fuera la sola representación numérica.

El aprecio por lo cualitativo en tanto constituye una necesidad del abordaje que se propuso, no desprecia tampoco la necesidad de la medición expresada en cifras y porcentajes.

Es por eso que se decidió utilizar dos formas combinadas en la presentación de los resultados.

Por una parte el porcentaje aparece cuantificando los rasgos más generales del hecho en estudio, la frecuencia o sea el número de veces que se repite, aparece entre paréntesis en los Cuadros, descomponiendo la generalidad al presentar matices, formas, tendencias, que permiten el aprecio de lo individual.

1. INSTRUMENTO

Consistió en un cuestionario que se aplicó a los tres grupos considerados componentes fundamentales del proceso de participación de la comunidad en salud.

Grupo de los candidatos a Responsables de Salud: Fueron un total de

131 con diversa representación en los seis barrios.

De los 112 aspirantes a Responsables de Salud de los barrios Castilla La Esperanza y Castilla La Unión que iniciaron su capacitación en el mes de Septiembre se encontraron 70. En el barrio Alfonso López hubo 28 con una modalidad diferente en la capacitación.

Los 33 restantes pertenecientes a los barrios Girardot, Toscana y Belalcázar, no iniciaban su capacitación formal, recibiendo por parte de los estudiantes de Enfermería conferencias sobre diversos temas de salud a los cuales asistía también la población.

El cuestionario contempló 7 áreas: representatividad del candidato de las organizaciones de la comunidad, conocimiento de los problemas del barrio y acción frente a ellos, expectativas de su nueva función, factores determinantes de la enfermedad o la salud, nivel de conocimientos en salud, visión frente al personal de salud y a los servicios del Centro.

Las entrevistas se realizaron en el Centro de Salud con duración aproximada de 20 minutos.

Las personas que no cumplieron la primera cita fueron llamadas de nuevo, si esta vez no se presentaron fueron eliminadas.

El cuestionario se probó en una población semejante, se trata de otro

barrio de la ciudad donde se empieza a realizar el Programa.

Grupo de las Organizaciones de la Comunidad: De los Equipos de Trabajo que tenían candidatos a Responsables de Salud, se tomó la información de las organizaciones existentes que fueron 22, luego en el trabajo de campo se encontraron otras 2, que por desconocimiento del Equipo no fueron tenidas en cuenta. Se entrevistó uno de sus directivos en su propia casa.

En 19 de ellas el cuestionario lo respondió el presidente, en 3 uno de los miembros de la Junta, en 2 el cuestionario fue respondido por la Junta Directiva en pleno, utilizando tiempo de sus reuniones habituales.

Este cuestionario quiso conocer el funcionamiento interno de la Organización, su relación con otras organizaciones del barrio, la percepción de salud como área de interés de la Organización, su vinculación al Programa y el conocimiento de la actitud de la comunidad frente a los servicios de salud.

Grupo de los Trabajadores de la Salud: Se tomó la totalidad del personal del Centro de Salud y la Unidad Intermedia Hospitalaria.

De los 42 se eliminaron 4 por encontrarse incapacitados por licencia de maternidad o enfermedad. Fueron entrevistados en la misma Uní-

dad de Salud, El cuestionario contempló 7 áreas: contenido y experiencia de trabajo con la comunidad durante su preparación, actitud frente al Programa y la intervención de las organizaciones comunitarias, creencia acerca de la capacidad de la comunidad para actuar en aspectos de salud, dificultades observadas en la marcha del Programa y perspectivas de cambio como producto de la modificación introducida.

Esta última área se concretó en precisar si tanto en la forma de prestar los servicios de salud como en la manera en que la población mira el personal de salud y éste a la población, podría presentar modificaciones importantes propiciadas por el Programa.

La elaboración de los cuestionarios, su aplicación y el procesamiento manual de la información son responsabilidad exclusiva del autor.

Los resultados obtenidos en la investigación son aplicables sólo a la población estudiada. Se apoya la afirmación en la especificidad de la experiencia y su reducida aplicación que no permite la generalización a otras situaciones que puedan presentarse en un futuro.

Sin embargo, se pone de presente que este estudio señala la presencia de hechos, actitudes y comportamientos que necesariamente deben ser tenidos en cuenta en la implementación posterior del Programa de Participación de la Comunidad en Salud, dependiendo del contenido que dicho programa adopte.

Modelo de los tres cuestionarios puede verse en el Anexo.

2. DESCRIPCION DE LA ZONA

El Centro de Salud de Castilla se encuentra en la comuna 2, una de las 6 en que está dividida la ciudad de Medellín. Ver en el Anexo el mapa de la zona.

El criterio de Comuna define un territorio contiguo en el que se trataron de combinar diversos elementos como: Vías de comunicación, tipo de población, servicios públicos, etc. para conseguir una relativa homogeneidad. En este momento, por las dificultades de sectorización, el criterio de Comuna y su contenido están sujetos a revisión.

La Comuna 2 tiene un total de 30 barrios de los cuales 12 constituyen el área de influencia del Centro de Salud de Castilla. El área total la constituyen 1.451 hectáreas. La población total en el censo de 1973, era de 190.966, con proyección al año 1978 de 254.736 habitantes. Hay 35.388 viviendas y 39.852 hogares con un ingreso promedio entre \$4.685.00 y \$7.230.00.

Sobre los 6 barrios de donde provienen los candidatos a Responsables de Salud o sea donde primero empezó el Programa, se tiene la siguiente información general. Se construyeron entre los años 1950 a 1967. Del Instituto de Crédito Territorial son Girardot (1967) y Al -

fonso López (1961). De iniciativa particular son Toscana (Urbanizado-
ra Nacional 1966), Belalcázar (1954), Castilla (1950-1960).

Cuadro No. 1: Población, viviendas, hogares e ingreso promedio de los seis barrios donde se realiza el Programa de Participación de la Comunidad en Salud.

Barrio	Población		Org. Social		Ingreso Promedio
	Censo 1973	Proy. 1978	Vivien- das	Hoga- res	
Castilla- La Unión	24.684	28.616	3.598	4.502	\$ 4.297 a \$ 6.734
Castilla- La Esper. Alfonso	20.596	24.033	3.119	3.560	\$ 3.753 a \$ 6.067
López	11.024	13.128	2.236	2.776	\$ 4.146 a \$ 6.624
Girardot	10.683	12.001	1.605	1.826	\$ 5.133 a \$ 7.527
Belalcázar	3.177	12.558	1.444	1.631	\$ 5.534 a \$ 8.318
Toscana	557	742	429	472	\$ 4.775 a \$ 7.367
Total	70.721	91.078	12.431	14.767	

Fuente: Anuario estadístico. Municipio de Medellín. 1978

La clasificación de la población habitante de los barrios que nos interesan y en general de la Comuna, recibe la denominación de obrera en base a que a algunos de estos barrios se construyeron por intervención del Instituto de Crédito Territorial, institución que se encarga de la atención al problema de la falta de vivienda, y uno de los requisitos es la garantía de un empleo estable. No se comparte la denominación de obrera, pero tampoco tenemos una base objetiva para sustentar lo contrario.

La simple observación demuestra la gran cantidad de familias donde el jefe se encuentra sin empleo, buscando a través del alquiler de una de sus piezas, un ingreso necesario para la satisfacción de la más elemental de sus necesidades.

A lo interno del funcionamiento de las instituciones de salud la ausencia de datos es grave puesto que de ella se deriva en gran parte el tipo de programas que se establecen. No se conoce con exactitud el volumen de población que se debe atender, cuales sus atributos, forma de vida, composición, etc. Sólo se dispone de los datos de demanda satisfecha y en ningún caso de demanda rechazada o potencial.

El cuadro siguiente muestra algunos datos parciales en lo que se refiere a mortalidad y morbilidad en la zona de influencia del Centro de Salud de Castilla en 1978.

Cuadro No. 2: Número de consultas según diagnóstico, en la zona de influencia del Centro de Salud del Barrio Castilla, Medellín, 1978

Código. Clasificación Interna. de Enfermedades	Diagnóstico	Consultas	% del 60%
666	- Embarazo normal	4.593	18.6
136	- Infecciosas y parasitarias	2.076	8.4
009	- Enf.diarréica aguda	1.414	5.7
490	- Bronquitis	1.042	5.7
470	- Influenza no calificada	905	3.6
796	- Mal definidas o desconocidas de morbi-mortalid.	823	3.3
463	- Amigdalitis	731	2.9
692	- Dermatitis y eczema	607	2.4
626	- Transtornos de menstruac.	463	1.8
599	- Otras enfermedades del aparato urinario	408	1.6
401	- Hipertensión	374	1.5
462	- Faringitis	293	1.1
460	- Resfriado común	288	1.1
686	- Infecciones locales de piel y tejido celular subcutáneo	273	1.1
300	- Neurosis	248	1.0
Total		14.538	59.8%

Fuente: Anuario Estadístico. Municipio de Medellín, 1978

El total de consultas fue de 24.596 ó sea que 14.538 cuya discriminación presentamos en el cuadro No. 2, le corresponde el 60%.

Se observa que la causa de la enfermedad en gran medida, se encuentra en relación directa con las condiciones de vida: afecciones de la piel, enfermedades de tipo respiratorio, de origen hídrico, infecciosas.

Según información de la Sección de Epidemiología de la Secretaría Municipal de Salud, en el año de 1979, en el Centro de Salud de Castilla, la consulta por diarrea y enteritis, cubrió un total de 1.717 consultas, presentándose 10 muertes de las cuales 6, correspondieron a menores de 5 años.

VII. ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS

1. GRUPO DE LOS CANDIDATOS A RESPONSABLES DE SALUD

"Que una masa de hombres sea llevada a pensar coherentemente y en forma unitaria la realidad presente, es un hecho filosófico mucho más importante y original, que el hallazgo por parte de un genio filosófico, de una nueva verdad que sea patrimonio de pequeños grupos de intelectuales".

Los cinco cuadros siguientes permiten identificar las características más generales de los candidatos a Responsables de Salud respecto a sexo, edad, escolaridad, ocupación y estado civil.

Cuadro No. 3: Distribución geográfica de los candidatos a Responsables de Salud pertenecientes a seis barrios donde se realiza el Programa de Participación de la Comunidad en Salud. Medellín, Colombia. 1979

Barrios	Número	Porcentaje
Castilla La Unión	38	29.0
Castilla La Esperanza	32	24.4
Alfonso López	28	21.4
Girardot	14	10.7
Toscana	10	7.6
Belalcázar	9	6.9
Total	131	100.0

Aunque la zona de influencia del Centro de Salud de Castilla cubre un total de 12 barrios el Programa sólo pudo iniciarse en los seis mencionados en el cuadro No. 3.

Dificultades provenientes del trabajo de los Equipos, o respuesta de la comunidad fueron los factores determinantes.

Ver en el Anexo la ubicación de los barrios y de la zona de influencia.

Cuadro No. 4: Escolaridad de los candidatos a Responsables de Salud.

Primaria	No.	%	Secundaria	No.	%
Sin estudio	1	1.8	Con 1 año	11	14.9
Con 1 año	-	-	Con 2 años	17	23.0
Con 2 años	5	8.8	Con 3 años	22	29.7
Con 3 años	7	12.2	Con 4 años	11	14.9
Con 4 años	13	22.9	Con 5 años	3	4.0
Con 5 años	31	54.3	Con 6 años	10	13.5
Total	57	100.0	Total	74	100.0
	43.5%			56.5%	

Cuadro No. 5: Edad y sexo de los candidatos a Responsables de Salud.

Sexo	Mujeres		Hombres	
	No.	%	No.	%
Edad				
Menos de 15 años	9	7.1	1	2.0
De 15 a 20 años	50	39.7	2	4.0
De 21 a 30 años	28	22.3	-	-
De 31 a 40 años	18	14.3	1	2.0
De 41 a 50 años	12	9.5	1	2.0
Más de 51 años	9	7.1	-	-
Total	126	100.0	5	100.0
	96.2%		3.8%	

Cuadro No. 6: Estado civil de los candidatos a Responsables de Salud

Estado Civil	Número	Porcentaje
Soltero	79	60.3
Casado	49	37.5
Viudo	3	2.2
Total	131	100.0

Cuadro No. 7: Ocupación de los candidatos a Responsables de Salud

Ocupación	No.	%
Oficios domésticos	56	42.8
Oficios domésticos y trabajo en la casa	6	4.6
Trabajo fuera de la casa	5	3.8
Desempleo	13	9.9
Estudiante: Primaria o Secundaria	39	29.8
Estudio y trabajo	3	2.2
Otro tipo de estudio: modistería, enfermería, secretaría, comercio, artes manuales, promoción social	9	6.9
Total	131	100.0

Estos cinco elementos permiten observar algunos hechos.

Respecto a la escolaridad, éste no es un nivel definitivo alcanzado.

Como se puede ver en el Cuadro No. 7, existe un total de 42 estudiantes, los cuales están repartidos en primaria siete y 35 en secundaria, o sea que casi la tercera parte de los candidatos a Responsables

les de Salud, son estudiantes en ejercicio.

Si se introduce a la escolaridad las variables edad y sexo, se va conformando una población por ser joven, de sexo femenino, soltera y estudiante.

De los Rios (154) encontró respecto a la característica acentuadamente femenina la misma situación en un contexto socialista. De 177 Responsables de Salud, 161 eran mujeres.

Tal vez convendría pensar si se convierte en femenina a partir de ciertos niveles de relativa complejidad, o tal vez el beneficio del conocimiento recibido revierte en forma directa a quien más requiere de él en función de su necesidad en el hogar.

La repartición de la edad, sí muestra grandes diferencias con el trabajo de De los Rios (155), en tanto que allí no existen menores de 15 años de edad, el 55% de la población se agrupa en edades que van de 30 a 50 años.

Para nuestro caso, el 70% está representado en población menor de 15 hasta 30 años, nótese que un 7.1% es menor de 15 años.

Dos hechos pueden explicar esta situación. En primer lugar la gran

(154) De los Rios, Rebeca. Proceso de participación popular en la gestión de salud pública... Op. Cit. p. 3.61

(155) De los Rios, Rebeca. Proceso de participación... Op. Cit. p. 3.60

difusión que el Programa tuvo en las escuelas de los barrios a través de los Equipos de Trabajo. Además se considera que la posibilidad de adquirir una serie de conocimientos y habilidades en salud, puede representar en el futuro una fuente de ingreso.

El Cuadro No. 7 nos muestra 42 (32%) estudiantes y 13 (9.9%) desempleados, para los cuales el acceso a un nivel superior de enseñanza luego de su preparación básica, aparece como una meta prácticamente inaccesible.

Según datos obtenidos (156) la Universidad de Antioquia, principal entidad oficial de educación superior en el Departamento, recibió en 1980, un total de 19.580 solicitudes, de las cuales solo 2.500 fueron aceptadas.

El carácter de representante de las Organizaciones de la Comunidad es fundamental en la metodología de este Programa, tal como fué expuesto en el marco teórico.

Los Cuadros No. 8 y No. 9 presentan la información de la representatividad que tiene el candidato de las organizaciones de la comunidad; y en su familia que tipo de respuesta se tiene, frente a la afiliación a las organizaciones de cualquier clase.

(156) Universidad de Antioquia. Oficina de Admisiones y Registros.
Información telefónica. 1980.

Cuadro No. 8: Representatividad del candidato a Responsable de Salud, de las Organizaciones de la Comunidad.

No representa una Organización de la Comunidad		122 (93.1%)	
Representa una Organización de la Comunidad		9 (6.9%)	
Cual Organización:	Tipo de vinculación:	Tiempo de Permanencia	
Acción Comunal (7)	Presidente (1)	5 años	
	Comité Pro-Parroquia (1)	2 años	
	Presidente del Comité Social (1)	1 año	
	Comité de Salud (2)	6 meses	
	Miembro de la Junta (1)	4 meses	
	Socia (1)	4 meses	
	Asociación de Padres de Familia de la Escuela República de Cuba (1)	Presidente (1)	7 años
Escuela Crisanto Luque (1)	*	*	

* Sin información

Cuadro No. 9: Afiliación del candidato a Responsable de Salud o su familia, a las Organizaciones existentes.

No pertenece		105 (80.1%)	
Si pertenece		26 (19.9%)	
Organización a que pertenecen siete candidatos a Responsables de Salud		Organización a que pertenecen diez y nueve familiares del candidato a Responsable de Salud	
Religiosa (6)		Sindicato (6)	
Desarrollo de su barrio (1)		Acción Comunal (5)	
		Padres de familia (2)	
		Partido político (2)	
		Religiosa (2)	
		Defensa civil (1)	
		Desarrollo en su barrio (1)	

Los resultados del Cuadro No. 8 son desalentadores en la verificación empírica de la no existencia de uno de los pilares conceptuales de la metodología implementada.

En el mes de abril se conforman los Equipos de Trabajo de los diferentes barrios y si señalamos la fecha de 29 de septiembre en que se empezó la capacitación de los candidatos de los barrios de Castilla La Esperanza y Castilla La Unión, hubo un período de tiempo en el cual el Equipo debió establecer el contacto y la difusión del Programa con las Organizaciones existentes y con los habitantes.

No se menosprecian las obvias dificultades que varios Equipos tuvieron en la difusión del Programa y que aún persisten, sin embargo, se debe resaltar que el trabajo de información de las Organizaciones de la Comunidad como tal fue realizado.

El 93.1% de los candidatos a Responsables de Salud, no está en el Programa representando una Organización de su barrio.

De los nueve que si tienen esta actividad, siete representan las Acciones Comunales.

En el cuestionario aplicado a las Directivas de las Organizaciones se puede encontrar respuesta a ésta situación.

Cuadro No. 10: Organizaciones, barrios y número de candidatos seleccionados por las Organizaciones.

Organizaciones que seleccionaron		.8 (33.3%)	
Cuales Organizaciones	Barrios	Número de candidatos seleccionados:	
Acciones Comunales (5)	Castilla: La Unión y La Esperanza Alfonso López Belalcázar	10 5 3	
Club Juvenil (1)			
Asociación de Padres de familia de la Escuela República de Cuba (1)			
Sociedad de Mutuo Auxilio (1)			
Organizaciones que no seleccionaron		16 (66.7%)	
Por qué:			
A. Razones atribuibles a la Organización 6. Temor que los seleccionados no responderán (2). No hubo oportunidad de elegir representados (1). Organización nueva en que el Director no tiene experiencia (1). No consiguieron quien los representara (1). Sus objetivos son religiosos (1).			
B. Razones atribuibles al Programa 4. No estaba informado del Programa (2). No empezó rápido (1). Irregularidad en las reuniones del Equipo (1).			
C. Otros 4. Hay plazo (2). No pudo asistir a reuniones informativas (1). Oposición al Centro de Salud por tener el programa de planificación familiar (1).			
D. Sin respuesta 2.			

Se va a analizar la primera parte del Cuadro No. 10 en lo que respecta a las Organizaciones que se hicieron selección.

Se tomaron los nombres de las 18 personas que las organizaciones tenían como sus representantes, y se constató su presencia en la capacitación, se encontró que sólo siete de ellas continuaban activas.

Las causas por las cuales las Organizaciones no nombraron sus representantes son claramente indicativas de debilidad organizativa. El numeral A lo demuestra.

Se verá a continuación las dificultades internas y externas que las organizaciones declararon tener para trabajar, y así aportar nuevos elementos a la afirmación de la debilidad organizativa.

Cuadro No. 11: Presencia en las Organizaciones de la Comunidad de dificultades internas o externas para realizar sus labores.

Tienen dificultades internas	16 (66.7%)
Cuales:	
A. Falta de cumplimiento de los miembros de la Junta 5. Inasistencia (2). Incumplimiento (2). Retiro (1).	
B. Del funcionamiento de la Organización 4. No funcionan los Comités (1). Incomprensión entre los miembros (1). No quieren entrar a la Junta (1). Unas personas tienen toda la responsabilidad (1).	
C. Económica 3. Falta de presupuesto (1). No pagan la cuota los socios (1). Deben pagar local (1).	
D. Con otras Organizaciones del Barrio 2. Oposición de la Junta anterior (1). Problemas con otra Organización (1).	
E. Dificultades para que trabajen los miembros de la Junta 2. Compromisos personales (1). Los que quieren trabajar, no pueden (1).	
Tienen dificultades externas	14 (58.3%)
Cuales:	
A. Problemas con otra Organización 5. Oposición (1). Mal resultado de la labor conjunta (1). Recelo (1). Interferencia (1). Discusión del área de competencia (1).	
B. Falta de respuesta en el Barrio 5. No hay interés (2). Poca colaboración (1). No asisten (1). No están conformes con lo que se hace (1).	
C. Económicas 4. El gobierno no da aportes (3). Falta de implementos de trabajo (1).	

Más adelante al identificar las características más generales de las Organizaciones, se verá qué es cada una de ellas; por lo pronto se puede reconocer las reales dificultades a las cuales se enfrentan para desarrollar su acción.

La falta de respuesta no sólo de los componentes de la misma Junta Directiva, sino de sus afiliados es evidente.

Cuadro No. 12: Forma a través de la cual deberían conseguirse los candidatos a Responsables de Salud, según opinión de las Organizaciones de la Comunidad.

Por delegación de las Organizaciones de la Comunidad	9 (37.5%)
Por qué:	
A. Por el mejor nivel de Organización Control (2). Información (1). Demostración de interés (1). Se conoce quienes asisten (1).	5.
B. Por el compromiso que adquieren	3.
C. Mayor aceptación del Programa en el barrio Si interviene la Organización	1. (1).
Por vinculación personal y voluntaria	12 (50%)
Por qué:	
A. Temor de la Organización a quedar mal Incumplimiento	6. (6).
B. Debe ser libre	3.
C. Poca capacidad en la Organización Debilidad (1). Sin medios de difusión	2. (1).
D. Otra Pero promocionado por la Acción Comunal	1. (1).
De ambas maneras	2 (3.3%)
No los convence el Programa	1 (4.2%)

De 24 Organizaciones el 37.5% correspondiente a nueve responden que la selección de los candidatos debe hacerse a través de ellas. Esta intervención que compromete a las organizaciones con un programa de salud puede sig-

nificar, como opinan algunos autores, que el tema de la salud de la población se convierta en uno de sus frentes de acción.

El análisis del Cuadro No. 11 referente a las dificultades que enfrentan para trabajar y su elección de la posibilidad de vinculación personal y voluntaria se complementa, en la medida que seis Organizaciones temen "quedar mal" por el comportamiento de quien las representa.

Se verá ahora el análisis de las respuestas de los candidatos a Responsables de Salud en lo que respecta a la posibilidad de hacer algo ante los problemas de su barrio.

Cuadro No. 13: Acciones ante los problemas del barrio, según opinión de los candidatos a Responsables de Salud.

El barrio no tiene problemas	1	(0.8%)
No puede hacerse nada	4	(3.1%)
No sabe que podría hacerse	21	(16.0%)
Si puede hacerse algo	105	(80.1%)
Que podría hacerse:		
A. Organización	47	(44.8%).
Unirse al barrio. Revivir o apoyar sus Organizaciones.		
B. Acciones frente al Estado	19	(18.0%)
Hablar con sus representantes. Reclamo y presión colectiva.		
C. Educación	13	(12.4%)
D. Toma de conciencia	10	(9.5%)
E. Acciones de dependencia individual o restringida	10	(9.5%)
Actuar padres de familia. Vigilar. Proponerse. Ayudar.		
Imponer multas. Dependería de la Comunidad.		
F. Acciones desde salud	6	(5.8%)
Un programa como éste. Unión de Centro de Salud y Comunidad.		

Resalta la elección de 47 (44.8%) personas refiriéndose a la organización como forma de enfrentar los problemas colectivos.

En alguna medida las Organizaciones existentes no logran ser el vehículo en que puede concretarse este reconocimiento de su necesidad.

El Cuadro No. 11 contiene la expresión de la poca respuesta del barrio, y aquí se puede observar el reconocimiento que algunos de sus componentes hacen de su necesidad.

Cuadro No. 14: Razones por las cuales los candidatos desean ser Responsables de Salud.

Razones	No.	%
A. Ayudar a los demás	86	65.7
B. Le gusta la enfermería	17	13.0
C. Adquirir conocimientos	15	11.4
D. Otras: Tener amigos. Educar. Tiene tiempo disponible. Todo sirve. Enterarse de problemas. Le gusta asistir a reuniones.	8	6.1
E. Motivos religiosos	4	3.0
F. Sin respuesta	1	0.8
Total	131	100.0

Cuadro No. 15: Que esperan obtener en el Programa los candidatos a Responsables de Salud.

Que esperan	No.	%
A. Los conocimientos. Impartir. Adquirir. Practicar.	105	80.1
B. Oportunidad de actuar.	11	8.4
C. Motivos personales. Que la vean necesaria. Conseguir amigos. Aprender a tratar a las personas. Adquirir salud.	5	3.8
D. Motivos religiosos. Visitar enfermos. Satisfacción de servir.	4	3.1
E. Preocupación por el Barrio. Que haya Centro de Salud en su barrio. Conseguir apoyo del Estado. Que sea aseado su barrio.	3	2.3
F. No sabe.	3	2.3
Total	131	100.0

Entre la categoría de "ayudar a los demás" con un 65.7% como razón para ser Responsable de Salud y un 80.1% que tiene como expectativa "adquirir conocimientos" se establecen relaciones interesantes.

Se percibe un componente religioso que identifica la atención al enfermo como algo meritorio.

En el Cuadro No. 14, 32 personas representando el 24.4% declaran el interés por la enfermería y su deseo de adquirir conocimientos.

Pero en tanto que el interés por el conocimiento en el Cuadro No. 14 de razones para ser Responsable de Salud, representa sólo el 11.4%, se

transforma en el 80% cuando se interroga sobre lo que esperan obtener al participar en el Programa como se puede ver en el Cuadro No. 15.

El peso de la necesidad de poseer un conocimiento empieza a definirse como prioritario frente a su función de servicio.

Cuadro No. 16: Posible efecto del trabajo colectivo según los candidatos a Responsables de Salud.

A.	En las personas	64	(48.9%)
	Van a aprender (28). Habrá menos enfermos (18). Aprenderán a curarse (7). Se evitarán enfermedades (4). Se aprende a cuidar la salud (3). Se van a ayudar (2). Se aprende a saber vivir (1). Depende de creencias anteriores (1).		
B.	En el barrio	31	(23.7%)
	Habrá mejoría (7). Mejor salud (6). Conciencia de problemas (6). Más organizado (4). Habrá cambios (2). Solución de problemas (2). Comunidad unida (2). Remedio de necesidades (1). Difícil por las características (1).		
C.	En el Centro de Salud	9	(6.9%)
	Aprender el uso de los servicios (5). Menos trabajo (4).		
D.	No sabe	8	(6.1%)
E.	Otras	5	(3.8%)
F.	Sin respuesta	2	(1.5%)
G.	Opinión favorable al Programa	12	(9.1%)

Es notable el nivel de expectativa que despierta el Programa, sigue la constante de la necesidad reconocida de adquirir conocimientos agrupando el mayor número de respuestas (48.9%).

Un programa de difusión del conocimiento en salud que aspire no solo al simple traslado de conceptos y técnicas sino a la configuración de una actitud crítica, debe conocer qué piensan las personas acerca de las causas y si-

tuaciones que producen la enfermedad.

Este hecho se trató explorar a través de encontrar respuesta al por qué se enferman las personas, qué puede producir un nivel menor de enfermedad, si existe enfermedad diferente por la zona de residencia. Además se completó con la noción de salud y enfermedad.

Cuadro No. 17: Atribución de la causalidad de la enfermedad, según los candidatos a Responsables de Salud.

A.	A las condiciones de vida 52 (39.7%). Falta de higiene (30). Falta de alimentos (11). Pobreza (3). Desnutrición (3). Forma de vida (2). Condiciones de vivienda (2). Hambre (1).
B.	A los factores ambientales 33 (25.2%). Por contaminación (20). Por el ambiente (6). Cambio de cli- ma (3). Microbios (3). Picadura de insectos (1).
C.	A factores personales 33 (25.2%). Descuido (27). Falta de conocimientos (4). Alimentos sucios (1). Herencia (1).
D.	Varios 4 (3.0%). La enfermedad tiene que existir (1). Infección (1). Porque se va a enfermar (1). Los niños poca capacidad de protección, los adultos descuido (1).
E.	No sabe 9 (6.9%).

Dos hechos son importantes en este primer abordaje de la causalidad de la enfermedad. Hay un reconocimiento de la influencia de los factores relacionados con el ambiente y con la forma de vida, es decir, no aparece el fatalismo de considerar la enfermedad como algo ajeno, de origen misterioso con explicaciones de tipo mágico o religioso. La salud es algo concreto y real y su pérdida también obedece a razones que no son privativas de un alto nivel de elaboración teórica.

El otro hecho importante es encontrar que 27 (20.6%) personas atribuyen al factor "descuido" la enfermedad.

Este hallazgo se debe relacionar con los planteamientos formulados en el marco teórico sobre el componente ideológico de la salud-enfermedad.

Esta determinación de tipo individualista, con marcado tinte culpabilizador, lleva a la consecuencia lógica de acciones sobre el "culpable", de ahí se derivarían la necesidad de saber más sobre él, tal vez programas de educación en salud, o quizá el cuidado, y no repetición de la acción u omisión.

Más bien debe pensarse en el por qué existe este tipo de respuesta. La interpretación del hecho no existe independiente de un medio donde actúan una serie de interpretadores. A la ideología dominante, que condiciona la acción de los interpretadores no le interesa, develar la realidad de la determinación social de la enfermedad.

Cuadro No. 18. Opinión de los candidatos a Responsables de Salud sobre las causas de un nivel menor de enfermedad en algunas personas.

Opinión	No.	%
Si se enferman menos unas personas que otras.	118	90.1
No se enferman menos unas personas que otras.	9	6.9
No sabe	3	2.2
Sin respuesta	1	0.8
Total	131	100.0

Las razones en qué se apoyan nueve personas para afirmar la existencia de un nivel igualitario de salud, no aporta muchos elementos:

Cuatro de ellas no fundamentan su respuesta, dos afirman que todo va por igual, otra dice que en todas las casas hay enfermos, otra declara que la gripe es universal, la última afirma que todas las personas se enferman y de los mismo.

Esta concepción igualitaria de la enfermedad, cierta en su manifestación última y concreta del hombre enfermo, pero completamente diferenciada por la particular forma que la clase o fracción de la misma a que se pertenece está relacionada con el proceso productivo, no constituye elemento de análisis cuando se invoca nuestra igual condición biológica.

El planteamiento de la obligatoriedad de la enfermedad expresado en "todos nos tenemos que morir", puede tener su origen en los planteamientos del liberalismo como concepción filosófica, o su expresión a través de los preceptos religiosos, que nos define a todos como iguales.

Cuadro No. 19. Razones en que apoyan 118 candidatos a Responsables de Salud su afirmación de un nivel menor de enfermedad en algunas personas.

A.	Referencia a las condiciones de vida	49	(41.5%).
	Capacidad económica frente a la enfermedad	(13).	Buena alimentación e higiene (12). Vida con más higiene (12). Mejores condiciones económicas (6). Mejores recursos y espacio (5). Diferente modo de vida (1).
B.	Relación con el esfuerzo individual	34	(28.8).
	Más cuidadosos	(20).	No tiran la basura (6). Los que cuida la mamá (5). Toman vitaminas (2). Bien balanceada la alimentación (1).
C.	No depende de ellos	24	(20.3%).
	Constitución más fuerte	(11).	Son menos personas en la casa (2). El hogar es tranquilo (2). De buenas (2). Tienen mejor salud (2). Más defensas (2). Son más jóvenes (1). No se contagian (1). Les da menos fuerte la enfermedad (1).
D.	Influencia de la atención a la salud y la enfermedad	6	(5.1%).
	Están pendientes de su salud	(2).	Van al Centro de Salud (2). Comunican lo que les sucede (1). Están pendientes del médico (1).
E.	Otros	2	(1.7%).
F.	No sabe	2	(1.7%).
G.	Sin respuesta	1	(0.9%).

Cuadro No. 20 Opinión de los candidatos a Responsables de Salud sobre la enfermedad igualitaria o no, dependiendo del tipo de barrio en que se viva.

Opinión	No.	%
Se enferman de cosas diferentes	85	64.9
Se enferman de lo mismo	44	33.5
No sabe	1	0.8
Depende	1	0.8
Total	131	100.0

Las dos respuestas mayoritarias del Cuadro No. 20 van a ser analizadas por separado.

El que responde depende explica así su respuesta: en los barrios más bajos si, en los mas ricos no porque van al médico, el pobre no.

Cuadro No. 21 Razones en que apoyan 44 candidatos a Responsables de Salud, su concepto sobre igual causalidad de la enfermedad viviendo en diferente barrio.

- | | | | |
|----|---|----|----------|
| A. | Concepción igualitaria | 20 | (45.5%). |
| | A todos les da enfermedad (13). En todos los barrios hay las mismas enfermedades (2). Ha vivido en dos barrios y es lo mismo (1). En el Centro de Salud se ven las mismas enfermedades viniendo de diferentes barrios (1). Hay condiciones iguales (cigarrillo) que hacen que la persona se enferme (1). El acueducto dá agua igual para todos los barrios (1). Todos necesitan alimentación (1). | | |
| B. | Por el modo de difusión de la enfermedad | 16 | (36.4%). |
| | Si son epidemias (13). Las trae el aire (2). No se hierve la leche (1). | | |
| C. | Igualdad condicionada | 3 | (6.8%). |
| | Si es igual pero por causas distintas (2). Los de la misma condición se enferman de lo mismo (1). | | |
| D. | Por condiciones ambientales | 3 | (6.8%). |
| | Por malas condiciones de higiene (2). En todos los barrios hay basuras (1). | | |
| E. | No sabe | 2 | (4.5%). |

En las 20 (45.5%) respuestas que señalan una concepción igualitaria de la enfermedad sobresalen dos aspectos. En primer lugar el reconocimiento de la condición a la cual se encuentran abocados los seres vivos por su componente material que se precisa en los conceptos de "a todos les da enfermedad, existencia de condiciones que hacen presente la enfermedad".

En segundo lugar la ausencia del concepto de barrio como clasificador del grupo social en lo que respecta a clase, o sector de clase.

Al no existir este concepto, es lógico que las personas piensen que se ven las mismas enfermedades en dos barrios distintos, pero lo que se ignora es que dentro de la repartición del espacio urbano, una gran zona de la ciudad compuesta de barrios, a quien sólo diferencia su nombre, tiene iguales condiciones, tienen semejanza en su forma de vida.

A más de lo anotado se puede añadir el peso de, los elementos culturales que a través de sus instancias, refuerzan la idea de igualdad, e impiden la formación de una conciencia clara, acerca de las profundas desigualdades de los diferentes grupos sociales en un sistema clasista.

La concepción religiosa de igualdad por un mismo origen y la situación civil de libertad ante ciertos hechos como el voto, son a su vez creadores y reforzadores de una falsa ideología.

Por último, el concepto de igualdad se fundamenta en el modo de transmisión de la enfermedad. Al compartir los seres vivos unos elementos como el aire o el agua y al existir teoría o conocimiento que señala en ellos la presencia de gérmenes, o elementos portadores de la enfermedad como los microbios, es inevitable que todos estemos expuestos a ella.

Se pasa ahora al análisis de las 85 respuestas que admiten una causalidad diferente de la enfermedad.

Cuadro No. 22 Razones en que apoyan 85 candidatos a Responsables de Salud su concepto sobre diferente causalidad de la enfermedad, según el barrio en que se viva.

A.	Por las condiciones de vida	33	(38.8%).
	Depende de los recursos económicos de la familia (20). Depende de la forma de vida (6). En los marginados hay más enfermedad (3). Las personas de más recursos económicos se enferman menos (2). Depende de la posición y sitio en que se viva (1). Por el ambiente (1).		
B.	Percepción diferencial según el barrio	27	(31.7%).
	Por tener mejores servicios públicos (19). Hay barrios más contaminados (3). En los barrios de ricos y de pobres se enferman distinto (2). Los barrios de ricos tienen más recursos (1). Hay barrios más tranquilos, sin ruido (1). Las condiciones son distintas (1).		
C.	Percepción diferente por las características personales	10	(11.8%).
	Según el tipo de organismo que se tenga (3). Según la higiene que guarde (2). Los organismos no son los mismos (2). La persona se hace propensa a ciertas enfermedades (1). Por herencia (1). Es distinto el funcionamiento del organismo (1).		
D.	Diferencia sin especificación	10	(11.8%).
	En una parte de una cosa, en otra de otra (5). Las enfermedades son distintas (4). Se enferman, pero de distintas cosas (1).		
E.	Otros	1	(1.2%).
	Eclipse		
F.	No sabe	4	(4.7%).

Se podría en una forma muy general afirmar que solo el 70.5% de las respuestas están fundamentadas para reconocer una causalidad diferente. Sería la suma de los numerales A y B.

El 23.6% restante representado en C y D, si bien puede ser clasificado en este grupo, no contiene suficientes elementos de juicio, puesto que su argumentación es pobre al atribuir una diferencia difusa o sólo a las características personales.

El cuadro No. 23 presenta en forma comparativa, que es salud y enfermedad para el grupo de estudio.

Cuadro No. 22 Conceptos de salud y enfermedad en los candidatos a Responsables de Salud.

Que es tener salud	No. %	Que es estar enfermo	No. %
A. Capacidad productiva: Actividad. Animo de trabajar. Poder hacer cosas. Actuar. No tener pereza. Dinamismo. Poder trabajar. Servir. Tener capacidad. Acción. Trabajar. Poder ayudar. Valerse por sí mismo.	43 (32.9)	A. Pérdida de capacidad productiva: Incapacidad. No poder actuar. No tener disposición. Afectarse la situación económica. No actuar. No servir. Incapacidad de vivir. No tener disposición de nada.	24 (18.3)
B. Sensación física: Alegre. Contento. Bien. Aliviado. Tranquilo. Sentirse bien. Felicidad. Buen ánimo. Comer y dormir bien. Estar sano. Bienestar. Animo. Sensación física y mental.	40 (30.6)	B. Sensación física: Indispuesto. Aflicción. Tristeza. Depresión. Dolor. Aburrición. Decaimiento. Agobio. Muerte. Desaliento. Debilidad. Intranquilo. Nervioso. Sentirse mal. Congoja. No ánimo. No deseo. Agotamiento. Frustración. Ausencia. En cama. Apestado. Molestia. Distracción. No fuerza.	75 (57.3)
C. Varios: Regalo. Don. Bien. Cosa buena. Millonario. Tesoro. La vida. Todo. Don de Dios. Riqueza. Lo principal. Dicha. Algo importante.	28 (21.3)	C. Varios: Horrible. Lo último. Menos que nada. Mala cosa. Lo que tiene que pasar. Se es nada. Complicación. Lo último.	11 (8.4)
D. Funcionamiento orgánico: No alteración de signos vitales. Funcionamiento normal. No dolor. Cuidarse. Llevar reglas de higiene. Coordinación mental y física.	11 (8.3)	D. Funcionamiento orgánico: Trastorno. Afectado el cuerpo y la mente. Organos enfermos. Algo no funciona. El cuerpo no resiste.	7 (5.3)
E. No estar enfermo.	5 (3.8)	-	
F. No sabe	3 (2.3)	F. Sin especificar.	2 (1.5)
G. Equilibrio	1 (0.8)	G. No sabe	3 (2.3)
		H. Otros: Tener enfermedad. No salud. Pérdida de equilibrio.	9 (6.9)
TOTAL	131 100.0		131 100.0

Los datos del Cuadro No. 23 indican como tener salud es ser productivo, bien sea la expresión formal consignada en el numeral A o las condiciones que la hacen posible. En ésta respuesta sobre lo que es salud y enfermedad tiene mucho que ver las características de los candidatos a Responsables de Salud, que fueron consignadas en los Cuadros Nos. 5 y 7. La juventud y ocupación - recuérdese el alto número de estudiantes y amas de casa las cuales no consideran su ocupación como actividad productiva-, condicionan la respuesta.

Se verá ahora el tipo de acción con el que las personas responden a la pérdida de la salud.

Cuadro No. 24: Respuesta al quehacer ante la enfermedad, según los candidatos a Responsables de Salud.

Respuesta	No.	%
Automedicación	70	36.1
Espera ver la evolución de la enfermedad	39	20.1
Consulta alguna persona	29	14.9
Utiliza el médico particular	25	12.9
Va al Centro de Salud	10	5.2
Recurre a la farmacia	8	4.1
Depende de la enfermedad	6	3.1
Uso de remedios caseros	4	2.1
Cruz Roja	1	0.5
Ignorarla	1	0.5
Uso de magnetismo básico *	1	0.5
Total	194	100.0

* Concepto de persona afiliada a un movimiento religioso-político con bastante influencia en la población.

De 131 personas, hay 194 respuestas, las cuales no fueron solicitadas en orden de prioridad, teniendo posibilidad de varias opciones.

Se puede observar tendencias muy interesantes que cuestionan en cierta forma, la tradicional concepción vigente en el personal que presta los servicios de salud.

Llama la atención el alto número de recurrentes a la automedicación 70 respuestas que representan el 36.1%, y si bien esta realidad puede ser conocida, no se actúa en consecuencia a la misma. Existe y tiene vigencia en la población, un cierto nivel de conocimiento -cuya cualidad no discutimos ahora- este conocimiento aprendido, heredado o estimulado desde fuera a través de diferentes formas, seguirá siendo patrimonio popular, en la medida en que su uso logre superioridad sobre las formas establecidas, o el acceso al conocimiento científico, usufructo de unos pocos, se convierta en apropiación popular.

Esta realidad de la automedicación, cuestiona fuertemente a aquellos que con base en una supuesta defensa de la vida, se oponen a que se proporcione un mayor conocimiento en salud a la población en cantidad y en calidad.

Una de las razones que se aducen para no dar el conocimiento en salud a la población, es su poca preparación referida al bajo nivel educativo. Sin embargo se ve que 45 personas con ese precario y reducido bagaje

de conocimientos, son los que deciden el uso del conocimiento científico almacenado en la Unidad de Salud; son ellos los diagnosticadores iniciales "depende de la enfermedad, espero ver su evolución".

En el mismo Cuadro No. 24 observamos que 29 personas (14.9%) responde a la enfermedad consultando a otra. Veamos a quien y por que la consulta.

Cuadro No. 25: A quien consulta y por que lo hacen 29 candidatos a Responsables de Salud, cuando se encuentran ante una enfermedad.

A quien consulta	No.	Por qué los consulta	No.
Mamá	13	Por los conocimientos	14
Vecina	8	Tiene experiencia	5
Esposo	2	Es enfermera	4
Hermana	1	Es enfermero	1
Familiar	1	Estudia medicina	1
Sobrina	1	Es el único recurso	1
Sin especificar	3	Sin respuesta	3
Total	29	Total	29

Se continua con el análisis del Cuadro No. 24. El uso del médico particular es utilizado por 25 personas, es de advertir que por las vinculaciones laborales de los padres de algunos de los candidatos, tienen servicio médico para los familiares.

El hecho de encontrar que solo 10 personas hacen uso del Centro de Salud cuando se encuentran enfermas, requiere ser abordado con mayor detenimiento.

Una pregunta posterior consignada en el Cuadro No. 26 dió la respuesta.

Cuadro No. 26: Uso de los servicios del Centro de Salud por parte de los candidatos a Responsables de Salud.

No utiliza los servicios del Centro de Salud 82 (62.6%)			
Por qué:			
A. No los necesita 49. No los ha necesitado (34). No se enferman sus niños (11). Otras personas los necesitan más (3). En su casa no hay niños (1).			
B. Tiene derecho a otros servicios 14.			
C. Mal servicio en el Centro 9. Demora (4). Regaño (1). Muchos requisitos (1). Desatentos (1). Dificultades en obtener el servicio (1). Es adulto (1).			
D. Desconocimiento de los servicios 5.			
E. Ubicación 1. Mucha distancia.			
F. Otros 1. Magnetismo básico.			
G. Sin respuesta 3.			
Sí utiliza los servicios del Centro de Salud 49 (37.4%)			
Número de veces:	No.	Servicio utilizado	No.
0 veces	3		
1	16		
2	12		
3	3	Consulta médica	36
4	6	Odontología	4
5	2	Sutura	1
Más de cinco veces	1	Urgencias	1
Diez veces	1	Citología	1
Más de diez veces	1	No recuerda	4
Muchas veces	2	Sin respuesta	2
No recuerda	1		
No sabe	1		

Se encuentra como explicación de la diferencia entre los Cuadros 24 y 26,

en lo que respecta al número de personas que utilizan los servicios del Centro de Salud, que en el primer caso la pregunta es general y en el segundo específica lo que obliga a la precisión.

Parece ser que la población tuviera en mente la caracterización de los Centros de Salud como entidades que no sirven a los adultos, son para pobres y para niños; tal vez su denominación inicial de Centros Materno Infantiles tenga alguna responsabilidad en ello.

No se sabe si la frecuencia que señala "desconocimiento de los servicios" se refiere a la información que recibieron sobre el funcionamiento de la Unidad Intermedia Hospitalaria de Salud que inició servicios en el mes de Agosto, o a un real desconocimiento de los mismos.

Veamos ahora el nivel de conocimientos en salud por parte del grupo en estudio.

Cuadro No. 27: Manejo por parte de los candidatos a Responsables de Salud, de algún conocimiento frente a una enfermedad o emergencia.

Conocimiento	No.	%
Tiene algún conocimiento	80*	61.1
No tiene conocimiento	51	38.9
Total	131	100.0

* Recuérdese que 70 candidatos de los barrios Castilla La Unión y Castilla La Esperanza se encontraban en capacitación.

Cuadro No. 28: Conocimiento que los candidatos a Responsables de Salud dicen tener y no tener frente a la enfermedad.

Sabe	No Sabe
<p>1. Relacionado con medicación y/o tratamiento.</p> <p>1A. Enfermedades. Atender fiebre (85). Atender dolores (3). Atender diarreas (91). Atender bronquitis (8).</p> <p>1B. Medicación. Uso de pastillas (1). Uso de inyecciones (1). Preparar bebidas (1).</p> <p>1C. Curaciones (3).</p>	<p>1. Relacionado con medicación y/o tratamiento.</p> <p>1A. Enfermedades. Atender tosferina (1). Sarampión (1). Viruela (1). Enfermos graves en cama (5). Bronquitis (25).</p> <p>1B. Medicación. Uso de drogas (2). Para qué sirven las inyecciones (1).</p> <p>1C. Curaciones (20)</p>
<p>2. Primeros Auxilios.</p> <p>2A. En caso de hemorragia: aplicar torniquete (1). Hemorragia (1).</p> <p>2B. En el sistema respiratorio. Dar respiración artificial (2). No dejar ahogar por vómito (1).</p> <p>2C. Suturar (1)</p> <p>2D. Primeros auxilios (1). Tabla en fracturas (1).</p> <p>2E. Relacionado con procedimientos: Atender parto (1)</p>	<p>2. Primeros Auxilios.</p> <p>2A. En caso de hemorragia (3).</p> <p>Atender ataques (2). Atender ahogados (1). Asfixia (1). Quemaduras (9). Poner vendaje (1). Entablillar (3). Quebraduras (5). Descomposturas (1). Atender heridos (11).</p> <p>2D. Primeros auxilios (2).</p> <p>2E. Relacionado con procedimientos: Atender parto (6)</p>
<p>3. Inyectología - Suero - Sangre.</p> <p>3A. Aplicar inyecciones (2).</p> <p>3B. Aplicar suero (1)</p>	<p>3. Inyectología - Suero - Sangre.</p> <p>3A. Aplicar inyecciones (58).</p> <p>3B. Aplicar suero (9)</p> <p>3C. Poner sangre (1)</p>
<p>4. Otros.</p>	<p>4. Otros.</p> <p>4A. Tomar presión (1)</p> <p>4B. Poner lavados (1)</p> <p>4C. Qué hacer ante pérdida de conocimiento (1)</p> <p>4D. Todo lo que sabe una enfermera (1)</p>
<p>5. Todo: 13 Es auxiliar de enfermería: 2 Cosas elementales: 1 Mucho: 1 Magnetismo básico: 1</p>	<p>5. Todo: 14</p>

Algunas observaciones generales sobre el Cuadro No. 28 son las siguientes:

- Este abordaje a diferencia del que se verá más adelante, no prueba aún sea a nivel teórico el conocimiento que se dice tener.
- La alta frecuencia del manejo de la diarrea (91 personas) y la fiebre (85 personas) se puede explicar como elemento de la capacitación.
- Llama la atención la carencia de habilidades elementales como poner inyecciones o hacer curaciones, que constituyen casi el diario quehacer de las familias.
- Las áreas de desconocimiento ponen de presente en forma velada sus expectativas. Hay aspectos que consideran como necesarios, no definidos aún por el Programa, como susceptibles de ser adquiridos. Es por ejemplo: la sutura, la aplicación de suero, de sangre, la atención de partos.
- El numeral 1B, referido a Medicación, señala un área muy interesante. Refleja la necesidad de apropiarse del poder milagroso de la droga, de dominar sus características y usar el conocimiento, que igualaría al que no tiene estudio correspondiente con aquel que sí lo posee.
- Con el fin de conocer mejor las posibles razones por las cuales las personas señalan como carencia un tipo especial de conocimientos en salud, se averiguó en una entidad privada que está situada

en el barrio Castilla el costo de algunos servicios. (157)

Punto de sutura: \$50. Bolsa de suero: \$200. Consulta diurna: \$150.

Consulta nocturna: \$200. Consulta en día festivo: \$200. Parto: (valor promedio y sin complicaciones): \$4.500.

La erogación es considerable, si la relacionamos con el promedio de ingreso.

Cuadro No. 29: Forma como se adquirió el conocimiento en salud por 80 candidatos a Responsables de Salud.

Cursos dirigidos	No. %	Otra manera de adquirir el conocimiento:	No. %
Curso actual	25	Experiencia	10
Curso actual y otro	8	Mamá	5
Curso actual y experiencia	6	Esposo	2
Un curso	4	Hermanas	2
Colegio	3	Amigas	1
Sena	2	Suegra	1
ISS	1	Fórmula de médicos	1
Centro de Salud	1	Vecinos	1
Radio Sutatenza	1	Estudiando por cuenta propia	1
Médico	1	Observando	1
Sin respuesta	2	Curso de Regina XI	1
Total	54 67.5%	Total	26 32.5%

De alguna manera se imponía tener una idea aunque fuera aproximada de la profundidad del conocimiento en salud de las personas que decían tenerlo, y en aquellas áreas que lo permitieran.

El Cuadro No. 30 lo presenta.

_____ /
(157) Instituto Médico Antioquia, Castilla. Información telefónica.

Cuadro No. 30: Conocimiento en salud sobre siete áreas por parte de los candidatos a Responsables de Salud.

Áreas	Sabe		No sabe		Sin resp.		Total
	No.	%	No.	%	No.	%	
Poner inyecciones	39	29.8	92	70.2	-	-	131
Qué es una vacuna	68	51.9	61	46.6	2	1.5	131
Atender un niño con diarrea	109	83.2	22	16.8	-	-	131
Atender un niño con bronquitis	44	33.6	86	65.7	1	0.7	131
Atender un niño con fiebre	114	87.0	17	13.0	-	-	131
Qué es una citología	85	64.9	45	34.4	1	0.7	131
Para qué sirve el control prenatal	89	67.9	39	29.8	3	2.3	131

De las siete áreas, que aparecen en el Cuadro No. 30 sólo la habilidad de poner inyecciones no pudo ser comprobada en ese momento. De las seis restantes se precisó en qué consistía, su uso, procedimientos usados, a quién se le debe practicar.

Cuadro No. 31: Qué es una vacuna, según 68 candidatos a Responsables de Salud.

A. Generalidad en palabras 38 (55.9%) Líquido (14). Virus (5). Inyección (4). Sustancia (4). Dosis (2). Gotas (1). Contraveneno (1). Compuesto químico (1). Sustancia modificada (1). Algo que colocan (1). Antígeno (1). Microbio (1). Anticuerpo (1). Vitamina (1).
B. Aspecto preventivo 19 (27.9%) Contra (7). Defensa al organismo (2). Algo que evita la enfermedad (2). Algo que ayuda (2). Algo que se pone, por si ataca (1). Barrera (1). Medio de salud (1). Prevención (1). El mismo microbio como contra (1). Sustancia que se introduce, y tiene precauciones (1).
C. Aspecto curativo 6 (8.9%) Medicina (3). Remedio (1). Ataque directo a enfermedad peligrosa (1). Contrarrestar virus (1).
D. Otros 5 (7.3%) Algo de la misma enfermedad (2) Virus sacado de animal (1). Fortaleza de organismo (1) La misma enfermedad (1).

El 51.9% del total de las personas dice saber qué es una vacuna, pero cuando se precisa la calidad del conocimiento, referido al concepto científico, se encuentra que el porcentaje no es igual.

La categoría de "generalidad en palabras" define un nivel de conocimiento que se reduce a la posesión de una palabra. Es a la manera de migajas de conocimiento del que habla Boltansky (158) quien señala refiriéndose al manejo de un cierto conocimiento en salud por lo que él denomina "Las clases bajas".

"... se debe a que el saber médico legítimo se difunde con una velocidad desigual en las diferentes clases sociales, en función de la distancia de éstas con respecto a la ciudad culta, llegando primero a las clases altas, después a las clases medias, y por último a las clases populares, en las que se deposita como una especie de sobra o migaja".

En éstas condiciones, sólo 19 personas (27.9%), que mencionan el factor preventivo como determinante de una vacuna, saben realmente lo que es.

(158) Boltanski, Luc. Puericultura y moral de clase. Barcelona, Laia, 1974. p.68

Cuadro No. 32: Para qué sirve una vacuna, según los candidatos a Responsables de Salud.

- | | | | |
|----|----------------------|-------------|--|
| A. | Prevención | 105 (80.2%) | Evitar la enfermedad, prevenir infección y toda clase de enfermedades. Librar de enfermedad. No aparece la enfermedad. Formar defensas contra ella. Prevenir epidemias. Evitar enfermedad contagiosa. Inmunización de los niños. |
| B. | Enfermedad más suave | 11 (8.4%) | Da la enfermedad pero más favorable, no tan fuerte. |
| C. | Ataque | 5 (3.8%) | Contra la enfermedad. Contrarrestar la enfermedad. Detener la enfermedad en los niños. Combatir epidemias. |
| D. | Cuaración | 3 (2.3%) | Aliviar a las personas. Matar la enfermedad. Curar los niños. |
| E. | Varios | 2 (1.5%) | Para viruela y sarampión. Para enfermedades como virus. |
| F. | No sabe | 3 (2.3%) | |
| G. | Sin respuesta | 2 (1.5%) | |

La diferencia entre la conceptualización y el uso es evidente. En tanto que lo primero tiene el nivel de exigencia de lo abstracto, lo segundo se refiere a sus efectos prácticos y en ese sentido y por la influencia de las campañas masivas de vacunación, pertenece al dominio popular.

Cuadro No. 33: Conocimiento de la atención a un niño con diarrea, por parte de 39 candidatos a Responsables de Salud.

- | | |
|-----------|--|
| Qué hace: | |
| A. | Uso de remedios caseros 53 (65.4%) |
| | A1- Dar: (44) |
| | Suero (18). Bebidas caseras (14). Coca Cola (6). Líquidos (4). Te (1). Manzana Postobón (1). |
| | A2- Quitar: (9) |
| | Leche (5). Alimentos (3). Sal (1). |
| B. | Uso de droga 20 (24.7%) |
| | Pastillas (17). Jarabes (2). Gotas (1). |
| C. | Uso de medios físicos 6 (7.4%) |
| | Sábana húmeda (5). Frotación de agua y alcohol (1). |
| D. | Repetición de remedio útil antes 2 (2.5%) |

Del total de 109 personas que saben atender un niño con diarrea, se eliminaron las 70 que se encontraban en capacitación pues el procedimiento frente a la enfermedad, guardaba en términos generales, correspondencia con el contenido de la enseñanza. De las 39 restantes son las 81 respuestas que vemos en el Cuadro No. 33.

En el numeral A1, se encuentra una relación significativa al uso de la bebida Coca Cola como elemento curativo. No existe una investigación que pruebe sus efectos terapéuticos en la enfermedad que comentamos, sin embargo es usada en forma frecuente por la población. Su acción parece ser hidratante pues el contenido de potasio es mínimo. Las discutibles características se hacen extensivas a los líquidos semejantes y se usa la Manzana Postobón (refresco embotellado), buscando los supuestos efectos.

Otro hecho de particular importancia lo constituye el uso de la droga con una frecuencia de 20 (24.7%). Se anotó la droga usada y se encontró alguna contraindicación en ella, por ejemplo el uso de ambramicina, terramicina, lomotil.

El quehacer ante una bronquitis, no contenido en la capacitación hasta ese momento, podemos verlo en el siguiente cuadro.

Cuadro No. 34: Conocimiento de la atención a un niño con bronquitis, por parte de 44 candidatos a Responsables de Salud.

Qué hace:

- A. A través de medios físicos 32 (50.8%)
 Ambiente húmedo (18). Impedir los vientos (6). Uso de remedios calientes (2). Bajar la temperatura (2). Dar abrigo (1). Cuarto con aire (1). Tomar la temperatura (1). Baño (1).
- B. Remedios caseros 15 (23.9%)
 Bebidas frescas (12). Miel de abejas (2). Suero (1).
- C. Droga 14 (22.2%)
 Pastillas (8). Jarabe (4). Inyecciones (2).
- D. Otros 2 (3.1%)
 Aceite en la punta de la lengua (1). No se acuerda (1).

De 44 personas que saben como atender a un niño enfermo de bronquitis, se obtuvieron 63 respuestas. Se encuentra la clasificación de caliente y frío, no sólo para la enfermedad sino para el remedio respectivo, de ahí la necesidad o prohibición de: "humedad, vientos, caliente, bebidas frescas, miel de abejas". Respecto al uso de la droga, se encontró la misma característica del Cuadro No.33, el uso de remedios que en muchos casos son contraindicados.

Cuadro No.35: Conocimiento de la atención a un niño con fiebre, por parte de 44 candidatos a Responsables de Salud.

Qué hace:

- A. Uso de medios físicos 38 (52.7%)
 Sábana húmeda (22). Baño de agua tibia y alcohol (11). Fricción de alcohol (3). Frotación de aceite (1). Sudores (1).
- B. Uso de droga 25 (34.8%)
 Pastillas (24). Calmantes (1).
- C. Remedios caseros 7 (9.8%)
 Bebidas (3). Te (1). Líquido (1). Suero (1). Manzana Postobón (1).
- D. Cuidados 2 (2.7%)
 No vientos (2).

De las 114 personas que saben atender un niño con fiebre, se eliminaron las 70 que estaban en capacitación en la cual ya se había enseñado este punto.

Las 44 personas restantes dieron 72 maneras de combatir la fiebre, de las cuales el uso de medios físicos tiene la frecuencia más alta (52.7%) siendo evidente la corrección del medio empleado. Continúa el uso de la droga a lo cual hacemos extensivo los comentarios anteriores, acerca de la contraindicación.

Cuadro No. 36: Conocimiento por parte de 85 candidatos a Responsables de Salud de lo que es una citología.

Qué es:

- A. Examen relacionado con el cáncer 52 (61.1%).
Prevenir el cáncer (25). Detectar el cáncer (20). Ver si hay cáncer u otra enfermedad (4). Del asunto del cáncer (3), (contagio, cuestión).
- B. Examen no relacionado con el cáncer 15 (17.7%)
En la matriz (4). En vagina (2). Buscar enfermedad en órgano (2). Descubrir infección (2). Posible enfermedad en vagina (2). Examen vaginal para alguna enfermedad (2). Ver si persona está enferma (1).
- C. Varios 11 (13.0%)
Revisión de pieza (1). Consulta vaginal (1). Le sacan la matriz para ver si tiene cáncer (1). Examen para ver si la sangre está buena (1). Buscar microbio en matriz (1). Examen para ver si está bien de parte (1). Examen del médico (1). Revisión después del nacimiento (1). Cuando se empieza embarazo (1). Atender la señora en estado (1). Historia en la clínica (1).
- D. Contenido preventivo 7 (8.2%)
Examen que previene enfermedad (4). Prevenir enfermedad vaginal (2). Ver si hay enfermedad por dentro (1).

De las 85 respuestas se considera que sólo las 52 (61.1%) agrupadas en el numeral A, tienen el conocimiento.

Cuadro No. 37: A quien debe hacerse la citología, según opinión de 85 candidatos a Responsables de Salud.

A quién:

- A. A la mujer en general 41 (48.2%)
 A todas las mujeres (31). A mujer casada con hijos (4). A las mujeres (3). A las señoras para ver si hay embarazo (1). A todas las personas (1). En el embarazo (1).
- B. Condicionado por el estado civil 32 (37.7%)
 A las señoras (14). A las casadas (13). A las madres (4). Especialmente a las casadas (1).
- C. En relación a la edad 12 (14.1%)
 A la mujer mayor de 18 años (4). A la mujer desde los 15 años (3). A las señoras después de los 30 años (2). Mujeres de 20 años en adelante (1). A las mujeres mayores de edad (1). A las mujeres especialmente a los 33 años (1).

Se consideró el conocimiento correcto aquel que hiciera referencia a un exámen de las células para detectar malignidad aplicado a las mujeres de 20 años en adelante.

Se observa que en términos generales, puede aplicarse lo que señalábamos en la vacuna, la dificultad en el concepto y la mayor aproximación en el uso. En este caso se puede apreciar el resultado de las campañas masivas y constantes de la necesidad de la citología. Las respuestas se aproximan en grado diverso a señalar a quien debe hacerse. La última área de conocimiento verificable se refiere a conocer para qué sirve el control prenatal.

Cuadro No. 38: Para qué sirve el control prenatal, según opinión de 89 candidatos a Responsables de Salud.

A.	Atención en embarazo	46	(51.7%)
B.	Control de natalidad	38	(42.7%)
C.	Ambas cosas: control y atención	2	(2.2%)
D.	Varios	1	(1.2%)
E.	No sabe	2	(2.2%)

El hecho de existir de 89 personas, 38 - (42.7%) que interpretan el control pre-natal como control de natalidad, se entiende en una relación directa. El Programa Materno Infantil sirvió en nuestro medio para entrar la Planificación familiar de la cual nuestro País constituye un "modelo", al lograr una disminución a la tasa de crecimiento que en 1960 era de 3.2% al 2.2% al terminar el cuatrenio 1974-1978. Según lo señala un estudio, estos resultados son atribuibles en un 60% a los programas de planificación familiar (159):

Además, el control pre-natal se realiza en la misma oficina de planificación familiar, donde luego sigue asistiendo la usuaria del servicio al control del método elegido o sugerido.

Los resultados expuestos en los Cuadros Nos. 28 y 30 al 38 ponen de presente grandes áreas de desconocimiento de cuestiones elementales en salud, además la verificación del supuesto manejo de técnicas y habilidades indica la misma carencia.

Como uno de los componentes del Programa, es la difusión del conocimiento, se verá a continuación cómo es concebida la Participación de la Comunidad en Salud, por las Organizaciones de la Comunidad y los Trabajadores de la Salud.

(159) Comité de trabajo para el estudio del impacto de la planificación familiar sobre la estructura demográfica económica y social de Colombia. Descenso de la fecundidad y planificación familiar en Colombia 1964-1975. Bogotá, Corporación Centro Regional de Población, 1978

Cuadro No. 39: Aspectos en los cuales podría darse la Participación de la Comunidad en Salud, según opinión de 24 Organizaciones de la Comunidad.

Aspectos en los cuales podría darse la Participación de la Comunidad en Salud	No. %	Areas concretas
Primeros auxilios	22 (44.0%)	Intoxicaciones. Emergencias. Inyectología. Curaciones. Suturas.
Conocimiento sobre enfermedades elementales	8 (16.0%)	Aprender a hacer cosas, antes de que llegue el médico.
Varios	5 (10.0%)	Presionar al gobierno para conseguir auxilios. Actividad para personas desocupadas. Medicina deportiva. Atención de partos. Hacer Centro de Salud en Barrio.
Actividad curativa	4 (8.0%)	Atender diarrea, fiebre.
Actividad educativa	3 (6.0%)	Enseñanza, Aprender a manejar niños.
Actividad preventiva	3 (6.0%)	
Conocimiento de la situación de salud.	2 (4.0%)	Por hogares, por sectores.
Respecto a la droga.	2 (4.0%)	Enseñar a conocer para que sirve. Dar las que no se necesitan.
Saneamiento ambiental	1 (2.0%)	Higiene.
Total	50 (100.0%)	

Hay coincidencia entre el Cuadro No. 28, acerca de aquello que no saben hacer los candidatos a Responsables de Salud, y lo que piensan los directivos de las Organizaciones de la Comunidad, que deben aprender.

Las áreas elegidas están situadas en un campo muy claro, preciso, de la necesidad del conocimiento de lo elemental, de lo urgente, de lo cotidiano de la vida de las familias y está indicando en forma clara las grandes carencias en su enfrentamiento a la pérdida de la salud, o a las emergencias derivadas del diario quehacer.

Se vislumbra salud para ellos como potencialmente productiva para personas desempleadas.

El beneficio del Programa para las Organizaciones, se observa en el mayor conocimiento que obtendrán de los hogares y del sector.

Vuelve a aparecer la droga con sus propiedades como expectativa en el manejo y coincide plenamente con las expectativas de los candidatos.

Cuadro No. 40: Selección y justificación que los Trabajadores de la Salud hacen del campo en que conciben la Participación de la Comunidad en Salud.

Selección del campo	No. %	Justificación de la elección
A. Primeros auxilios: Inyectología. Toma de temperatura. Curaciones.	17 (24.3)	Es lo más importante. Atención en el momento que se necesita. Con adiestramiento pueden. Cuando ocurre no hay personal de salud. Se enferma es en la casa.
B. Actividad educativa: Reproducción de enseñanza. Información.	15 (21.5)	Están en condiciones. Debe hacerse desde la familia. Es su campo. Lo entienden. Allí la falla. Hay ignorancia. Incluye todo.
C. Actividad preventiva	15 (21.5)	Es lo más fácil de realizar por ellos. Lo más importante. La necesidad.
D. En relación al Centro de Salud: Remisión de pacientes. Promoción de servicios. Denuncia de la enfermedad. Ayuda. Motivación.	13 (18.6)	Hay mal uso de los servicios. Exigencias sin saber capacidad. Sin información no puede intervenir. Consulta innecesaria. Es lo más adecuado. Mejoran los servicios. Pueden ayudar. El personal de salud no alcanza. Evitar congestión del Centro.
E. Saneamiento ambiental.	5 (7.1)	Son las que podría. Es más efectivo.
F. Materno Infantil. Atención en diarreas.	3 (4.2)	Por la importancia del sujeto. Es más adecuado allí. Es área de mayor congestión del Centro.
G. Atención Primaria.	1 (1.4)	
H. Rehabilitación.	1 (1.4)	
TOTAL	70 100.0	

El análisis de éste Cuadro sugiere un límite estricto al uso del conocimiento según los Trabajadores de la Salud.

En el numeral D se observa cómo el área de acción se circunscribe a una función supletoria de las deficiencias actuales, que no son susceptibles de ser modificadas con la organización vigente.

Es una función informativa, de motivación, de explicación de servicios, de remisión de pacientes, que tiene sentido cuando subyace la idea, de que los problemas existentes en la prestación de servicios de salud, se reducen a simples expresiones administrativas con posibilidad de ser corregidos.

Cuadro No. 41: Criterios en los que difieren los Trabajadores de la Salud según el nivel, respecto al campo en que debe ubicarse la Participación de la Comunidad en Salud.

Nivel Profesional	No.	Nivel Auxiliar	No.
Que no sea curativo	2	Ayuda en el Centro de Salud	1
Que no exista	1	En el tratamiento de las enfermedades	1
En la toma de decisiones del Centro de Salud	1	Un poco curativo	1
Exigencia de servicios	1	Uso correcto de los servicios del Centro	1
Atención de partos	1	Que hacer frente a la enfermedad	1
Total	6	Total	5

Aparece la tímida expresión de los Trabajadores de Salud a nivel profesional, de que el conocimiento que recibirían pudiera ser o transformarse en acción curativa directa.

Aunque los criterios en que difieren los Trabajadores de la Salud en los dos niveles, es poco representativo desde el punto de vista numérico, se destaca en base a su contenido cualitativo y por ser una de las pocas expresiones que marcaron diferencias.

Hay una mayor libertad en las áreas que señala el nivel auxiliar que son expresión de las dificultades a que diario se enfrentan como funcionarios.

Veamos ahora la visión que tiene la población acerca del personal de salud y las funciones que desempeña.

Cuadro No. 42: Funciones que los candidatos a Responsables de Salud asignan a los Trabajadores de la Salud.

- | | | | |
|--------------------------------|----|---------|--|
| A. Curativo | 58 | (44.3%) | Atender las personas (52). Velar por el enfermo (4). Ayudar al enfermo (2). |
| B. Conformidad o aceptación | 41 | (31.3%) | Lo que hacen está bien (28). Lo que hacen (9). Están haciendo lo que deben (1). No puede hacerse más de lo que están haciendo (1). El tiempo no alcanza para más (1). Las que estudiaron (1). |
| C. Educativo | 11 | (8.4%) | Dar instrucciones a las personas (3). Aconsejar (2). Enseñar y atender (1). Comunicar a la sociedad los conocimientos (1). Dialogar (1). Deberían enseñar (1). Educar (1). Tratar más con las personas sobre la enfermedad (1). |
| D. Nueva perspectiva de acción | 10 | (7.7%) | Lo que están haciendo ahora (3). Más interés en las personas del barrio (1). Atender pronto (1). Servir al máximo (1). Atender aunque no les paguen (1). Atender bien (1). Las mismas, pero bien (1). Velar por la salud del pueblo (1). |
| E. Preventivo | 4 | (3.0%) | Enseñar como y qué se debe hacer frente a la enfermedad (3). Prevenir la enfermedad (1). |
| F. Otras | 2 | (1.5%) | Atender la gente, dar conferencias, saber que pasa en el Barrio (1). Contribuir a la salud (1). |
| G. No sabe | 4 | (3.0%) | |
| H. Sin respuesta | 1 | (0.8%) | |

Se advierte la primacía de lo curativo (44.3%). Hay además una aparente conformidad o aceptación de las funciones que desempeñan.

Botanski (160) señala que "las clases populares no tienen ningún criterio objetivo que les permita apreciar, en relación el médico sus cualidades profesionales".

(160) Botanski, Luc. El descubrimiento de la enfermedad. La difusión del saber médico. Paris, Centro Europeo de Sociología, 1968. En mimeógrafo. p.1.

La educación (8.4%) aparece como la necesidad expresa de comunicar sus conocimientos.

El cuadro siguiente presenta la forma como califica la población el desempeño de las funciones del personal de salud.

Cuadro No. 43: Calificativo a la forma como los Trabajadores de la Salud, cumplen sus funciones según los candidatos a Responsables de Salud.

Calificativo a la forma como los Trabajadores de la Salud desempeñan su función.	No. %	Razones en que apoyan el calificativo
Bien	71	Mucha gracia que lo hagan.*
Muy bien	7	Las personas salen con fórmula. Son bien atendidas
Magnífico	1	las personas. Están ayudando.
Atienden las personas	2	Humanamente hacen lo que pueden.
Con este programa sí	6	
	87(66.4)	
Regular	18 (13.8)	No son efectivos los remedios (2). Suspenden el servicio (2). Dicen que no hay ficho (1). La pobreza de las personas no permite el uso de los servicios (1). No hay médicos (1). Se equivocan en las enfermedades (1). Les falta interés por la gente (1). La gente no va (1). No se enteran de lo que pasa en el Barrio (1). Mucha espera (1). Deberían ser más amables (1). Sin especificar (5).
Mala atención	5 (3.8)	No están educando (3). Sólo si se va al Centro (1). Mal (1).
Responsabilidad en las personas.	5 (3.8)	La gente no se presta.(4). Mucho enfermo (1).
Justificación	2 (1.5)	Hacen lo que pueden (1). Mucha gracia que atiendan (1).
Insuficiente	1 (0.8)	Las personas no saben de qué se enferman (1).
No sabe	12 (9.1)	
Sin respuesta	1 (0.8)	
TOTAL	131 100.0	

* No cubre la totalidad de 87 respuestas.

Un 66.4% correspondiente a 87 personas tienen una opinión favorable al desempeño de las funciones del personal de salud, en tanto que 24 (18.4%) la definen como regular, mala o insuficiente.

Aparecen unas áreas problema que en lo general se puede clasificar en duda sobre la habilidad profesional (equivocación en diagnóstico, poca efectividad en los remedios) poco interés de los trabajadores de la salud por ellos (amabilidad, interés) y por último fallas administrativas (suspensión del servicio, falta de médicos y de citas).

Boltansky (161) encontró en un sector de la población al analizar al médico "difusos criterios que se utilizan diariamente en la apreciación de alguien, la amabilidad, la buena voluntad, la complacencia".

La observación parece válida, en cuanto la población no posee los criterios que le permitirían analizar la competencia técnica del servicio de salud, por ejemplo su calidad; sino más bien lo externo, el médico como hombre, sus actos, su comportamiento, éste sí evaluable con sus patrones.

(161) Boltanski, Luc. El descubrimiento... Op. Cit. p. 2

Cuadro No. 44: Opinión de los candidatos a Responsables de Salud sobre lo que facilita o impide el desempeño de las funciones de los Trabajadores de la Salud.

Facilidad en las funciones 94	No. %	Impedimento en las funciones 101	No. %
A. Presencia de condiciones: Recursos (19). Que puedan actuar (1).	20 15.2	A. Ausencia de condiciones: Instrumentos (26). Incomodidades (1). El gobierno no facilita (1).	28 21.3
B1. Características actuales del Personal de Salud: Tienen: Conocimientos (3). Responsabilidad (1). Buena preparación (1). Son inteligentes (1).	6 4.6	B1. Características actuales del Personal de Salud: Dedican poco tiempo (4). Tienen otro trabajo (3). Son incumplidos (3). Mucho trabajo (2). Se enferman (2). No tienen suficientes conocimientos (2). Tienen problemas en su casa (1). Pereza (1). Estudian y trabajan (1). Problemas personales (1). Negocios particulares que les quitan tiempo (1).	21 16.0
2. Cambios que deben efectuar: Voluntad de servir (6). Ser cumplidos (2). Deseo de aprender (2). Buen trato (1). Mayor acercamiento a la Comunidad (1). Conocer problemática de la Comunidad (1). Deseo de ayudar (1). Mayor interés (1). Bien remunerados (1). Capacidad de convicción (1).	17 13.0	2. Cambios necesarios: Que cumplan el horario (4). Que no se aislen de la Comunidad (1). Que no tengan trabajos de otra índole (1). Inadecuada remuneración (1). Que salgan a la Comunidad (1). Que no pierdan tiempo (1).	9 6.9
C1. Características actuales en la Comunidad: Los pacientes no vienen (1).	1 0.8	C1. Características actuales en la Comunidad: Son ignorantes (4). Muchos pacientes (2). Dificultan los servicios (1). Son groseros (1). No entienden (1). Mal comportamiento (1). Desconfianza de las personas (1). Incumplimiento (1). Desinterés de la Comunidad (1).	13 10.0
2. Cambios que se deben efectuar: Que la Comunidad se preste: cumplimiento (27). Que la Comunidad sepa más (3). Tienen paciencia (1). Que la persona se exprese (1). Que asistan (1). Buena disposición de las personas (1). Pocos pacientes (1).	35 26.7	2. Cambios necesarios: Que se preste la gente (3). Que vayan los pacientes (2). Que no llegue con la enfermedad pasada (1).	6 4.5
D. Cambios en la forma de prestar los servicios: Tener Centro de Salud en el Barrio (4). Mejor Organización (2). Aumentar médicos (1). Lugares para capacitación (1). Hacer campañas (1).	9 6.9	D. Cambios en la forma de prestar los servicios: Pocos médicos (2). Desorganización (1). No hay farmacia (1). Mala atención (1). Lugares inadecuados para tanta gente (1). Falta de información (1). No tiene drogas (1).	8 6.1
E. Este Programa	5 3.8	E. Este Programa	-
F. Otros	1 0.8	F. Otros. La no colaboración (12). Nada (4).	16 12.2
Sin respuesta	29 22.1	Sin respuesta	30 23.0
No sabe	8 6.1		
TOTAL	131 (100.0)		131 100.0

Hay suficiente evidencia en los entrevistados de la falta de conocimiento que el personal de salud tiene de la Comunidad, insisten en la necesidad de ir a ella, de conocerla.

Se hace presente también un problema en la relación personal de salud-comunidad expresado en el numeral B2 y que se refiere a la voluntad de servir, cumplir, ayudar, dar buen trato, demostrar interés hacia las personas.

Vasco (162) al calificar la relación médico paciente como una relación de clase señala que:

"Mas que una relación abstracta entre un médico y un paciente, es una relación que se da enmarcada dentro de una solidaridad de clase (...) que se expresa en idéntico origen y contenido de las costumbres, los modales, los gustos, maneras y modismos, en el nivel cultural de los componentes de esa relación, de tal manera que ella se dá en excelente forma (...) Cuando los médicos se ven enfrentados a nuevos y amplios sectores sociales no es que pierdan la excelente relación que tenían con sus pacientes, sino que establecen una nueva, con un sector social diferente con el cual nunca se habían enfrentado (...) no se participa en lo que sustenta la buena relación, es decir, la solidaridad de clases".

(162) Vasco, Alberto. Salud medicina y clases sociales. Op. Cit.
p. 161

Al mismo tiempo que los candidatos a Responsables de Salud señalan las fallas, advierten cambios necesarios en la misma Comunidad, con un contenido de culpabilización o responsabilidad en ella, que no deja de ser preocupante. No en balde constituye la frecuencia más alta.

Aún con la salvedad de que la crítica al personal de salud vaya orientada a los aspectos externos de su actuar, del trato, de la relación en general, es interesante que se presente; pues las modificaciones administrativas que se seguirían en caso de que el programa se establezca con carácter permanente, podrían contribuir al enfrentamiento de una situación que como tal es sentida como problema por la población.

Cuadro No. 45. Opinión de los candidatos a Responsables de Salud sobre nueva área de funciones para los Trabajadores de la Salud.

No deberían hacer otras cosas.	39	(29.8%)
No sabe que deberían hacer.	12	(9.1%)
Sin respuesta.	6	(4.6%)
Si deberían hacer otras cosas.	74	(56.5%)

A. Educación (18)		
Consejo en colegios. Actualización. Dar los conocimientos que tienen. Explicar por qué se enferma la gente. Para que la gente se ayude por si misma.		
B. Darse cuenta de los problemas del Barrio (16)		
Salir del Centro. Trabajar en los problemas del Barrio. Realizar programas en la Comunidad. Hablar con la gente. Mayor acercamiento.		
C. El Programa actual (15)		
D. Perfeccionamiento de los servicios actuales (11)		
Buen trato. Ayudar a los pobres. Ampliar servicios. Orientar y educar pero en el Centro, descuidarían lo otro.		
E. Obstáculos (5)		
Necesitan más recursos. Imposible que los médicos visiten las casas. No tienen tiempo.		
F. Otros (4)		
Tener consultorio en el Barrio. Estudiar más. Hacer escuelas. Ser atentos.		
G. Sin respuesta (2)		
H. No sabe (3)		

Aquí aparece más explícita la nueva perspectiva del trabajo con la Comunidad y no circunscrita al espacio físico del Centro.

La necesidad del conocimiento se hace patente. Llama la atención la expresión "explicar por qué se enferma la gente" que pone de presente a más de la necesidad de saber que pasa con su propio cuerpo,

un problema de comunicación. Boltanski señala que: (163)

"Para el médico, en verdad, el enfermo de las clases populares, es para empezar, el miembro de una clase inferior a la suya, que posee un bajísimo nivel de instrucción, que encerrado en su ignorancia y sus prejuicios, no está en condiciones de comprender su lenguaje y sus explicaciones".

Cuadro No. 46. Opinión de los candidatos a Responsables de Salud sobre la competencia del Centro de Salud para actuar frente a los problemas del barrio.

No es su competencia	16	(12.2%)
No puede hacer nada	15	(11.5%)
No sabe	5	(3.8%)
Sin respuesta	16	(12.2%)
Sí puede hacer algo	79	(60.3%)

Qué puede hacer:		
A. Acción en Saneamiento Ambiental	(20)	
B. Labor educativa	(13)	
C. Acción del Centro ante el gobierno	(13)	
D. Si es de su competencia (sin especificar)	(12)	
E. Labor tradicional	(7)	
F. Varios	(8)	
G. El Programa actual	(6)	

En el cuadro No. 46 se observa como la población, de la cual son exponentes estas 131 personas, ha hecho propia la idea de que el cuidado a la salud es sólo la atención médica referida al aspecto curativo,

que se brinda en el local del Centro de Salud. Dentro de éste marco estrecho y reducido, es coherente deducir que nada puede hacer o que no es de su competencia, el tipo de acciones que se relacionan con las condiciones de vida de los usuarios de la zona de influencia.

En las 79 respuestas (60.3%) que ven posibilidades de que el Centro de Salud actúe frente a los problemas del barrio, 20 seleccionan el saneamiento ambiental. Un sólo Promotor de Saneamiento Ambiental tiene a su cargo ésta responsabilidad. Es conveniente recordar que la extensión de la zona cubre 12.431 viviendas y 91.078 habitantes.

La basura se acumula en las calles y transcurren hasta 15 días sin que la entidad encargada de ello, envíe un camión a recogerla, los niños y los animales encuentran así forma de "entretenerse".

En estas condiciones ni la paciente y abnegada labor del número que se quiera de Promotores de Saneamiento lograría resultados positivos.

Finalmente para terminar el grupo de los candidatos a Responsables de Salud, se quiso conocer cual era la percepción que tienen sobre los problemas que existen en su barrio, la causa de ellos y a quien compete su solución.

Es de interés primordial esta información, la causalidad de la enfer-

medad y de los problemas del barrio, representa un campo muy importante con influencia directa sobre el tipo de acciones a emprender y que a su vez contiene toda una concepción del mundo.

Se estableció para ello la siguiente tipología.

PROBLEMAS:

Saneamiento Ambiental: Contaminación, presencia de una quebrada, falta de higiene, desaseo, basura, desague de aguas negras en la calle, cañada, animales en la casa.

Condiciones de Vida: Desempleo, pobreza, desnutrición, condiciones de vivienda, abandono de niños, vivir en tugurios.

Salud: Enfermedad, drogadicción, marihuana, homosexualismo.

Servicios Públicos: Agua, luz, transporte, alcantarillado, iluminación de calles, vigilancia, mal estado de las calles, iglesia, farmacia, falta de acción comunal.

Educación: No hay escuela, problemas en ella, ignorancia.

Recreación: Ausencia de ella, insuficiencia de lugares.

Otros: Chismes, peleas, desunión en el barrio, egoísmo.

Causa y Responsabilidad:

Individual: Ubicada o bien en la persona, en la familia, en quien posee el recurso.

Gobierno: Alguno de los organismos del Estado, Departamento o Municipio.

Social: A la colectividad total, a la forma de organización social.

Barrio: Responsabilidad circunscrita a la zona geográfica donde viven sus habitantes, o funcionan sus organizaciones internas.

Los entrevistados respondieron en un 100% esta pregunta del cual un 15% se orientó a afirmar la no existencia de problemas en el barrio, o su desconocimiento.

Además, mencionaron varios problemas en orden de importancia, se seleccionó solo la primera prioridad porque su sola presentación es suficiente para obtener una idea general de su perspectiva, fuera de esto el número de respuestas a los problemas considerados en segunda o tercera prioridad, fue muy baja.

Cuadro No. 47: Problema del barrio en que se vive considerado como prioridad por los candidatos a Pos-
ponibles de Salud.

Problema Prioridad	B A R R I O S						No. %
	Castilla La Unión	Castilla La Esperanza	Alfonso López	Girardot	Toscana	Belalcázar	
Saneamiento Ambiental	14	15	12				48 (36.6)
Condiciones de Vida	8	3	2	1	3	7	18 (13.8)
Salud	2	8	3	1	3	1	17 (13.0)
Servicios públicos	1	2	4	3	1		11 (8.3)
Educación	1	3	1	1	2	1	9 (6.9)
Recreación				2	1		3 (2.2)
Otros	3		2				5 (3.9)
No sabe	8		2	4			15 (11.4)
No tiene	1	1	2	2			5 (3.9)
TOTAL	38	32	28	14	10	9	131 100.0

Cuadro No. 48: Atribución que hacen los candidatos a Responsables de Salud de la causa del principal problema de su barrio.

CAUSA	BARRIOS							No. %
	Castilla La Unión	Castilla La Esperanza	Alfonso López	Girardot	Toscana	Belalcázar		
Individual	13	14	9	2	5	3	46 (35.1)	
Gobierno	5	11	7	4	3	4	34 (26.0)	
Social	6	5	3			1	15 (11.4)	
Barrio	1		2	2	1		6 (4.6)	
Otros	4						4 (3.0)	
No sabe	8	2	5	4	1	1	21 (16.0)	
No tiene	1		2	2			5 (3.9)	
TOTAL	38	32	28	14	10	9	131 100.0	

Cuadro No. 49: Atribución que hacen los candidatos a Responsables de Salud de la responsabilidad en la solución del principal problema de su barrio.

Responsabilidad	B A R R I O S							No. %
	Castilla La Unión	Castilla La Esperanza	Alfonso López	Girardot	Toscana	Belalcázar		
Gobierno	14	16	10	3	4	3	50 (38.1)	
Individual	13	10	10	1	5	2	41 (31.2)	
Social	2	2	3	2		1	10 (7.6)	
Barrio		1		2	1	1	5 (3.9)	
No sabe	8	2	3	4		1	18 (13.8)	
No tiene	1		2	2			5 (3.9)	
Sin respuesta		1				1	2 (1.5)	
TOTAL	38	32	28	14	10	9	131 100.0	

La descripción de los Cuadros Nos. 47 - 48 - y 49, permite plantear las siguientes ideas.

Respecto a los problemas existentes, la salud no representa una prioridad destacada. Además el contenido de la tipología en lo que a salud respecta hace referencia a problemas, que de manera un poco arbitraria y sin mucha argumentación son objeto de la acción de los servicios médicos. Como conclusión de este hecho se cuestiona la orientación de cualquier Programa de Participación de la Comunidad en Salud que pretenda organizar la población alrededor de él.

El hecho de que 15% de los candidatos no conozcan los problemas de su barrio o nieguen su existencia, tiene relación con las características de edad y ocupación.

Respecto a la causalidad de los problemas, la atribución de tipo individual, un 35.1% en el cuadro No. 48 puede relacionarse con los datos obtenidos en el Cuadro No. 17 que lo condiciona al factor "descuido".

No aparece con suficiente peso la causalidad social de la enfermedad; sólo un 11.4% pero ese nivel de comprensión que hace derivar una serie de fenómenos sociales, entre ellos la salud, de la forma como está organizada la sociedad para producir los bienes materiales, depende de unas condiciones que aún no se tienen.

Afortunadamente la responsabilidad de quien depende la solución de los problemas, no guarda correspondencia con la causalidad de tipo individual y si bien su peso sigue siendo alto, 31.2%, de alguna manera se tiene que entrever la necesaria acción del Gobierno.

Un componente importante de la capacitación de los candidatos en capacitación lo constituyó la explicación a través de una sesión, de los determinantes sociales de la enfermedad.

Se verá a continuación si se presenta diferencia sustancial entre los candidatos en capacitación que recibieron y no recibieron ésta explicación, en lo que se refiere a la causalidad social de la enfermedad.

Cuadro No. 50: Opinión de los candidatos a Responsables de Salud en capacitación y sin ella, sobre la causalidad de la enfermedad.

Identificación del problema	En capacitación		Sin capacitación	
	No.	%	No.	%
S. Ambiental	29	41.5	19	31.1
Servicios públicos	3	4.2	8	13.1
Condiciones de vida	11	15.8	7	11.5
Salud	10	14.2	7	11.5
Educación	4	5.8	5	8.1
Recreación	-	-	3	5.0
Otros	3	4.2	2	3.2
No sabe	9	12.9	6	9.9
No tiene	1	1.4	4	6.6
TOTAL	70	100.0	61	100.0
Causalidad				
Individual	27	38.5	19	31.1
Gobierno	16	22.9	18	29.6
Social	11	15.8	4	6.6
Barrio	1	1.4	5	8.1
No sabe	10	14.2	11	18.0
No tiene	1	1.4	4	6.6
Otros	4	5.8	-	-
TOTAL	70	100.0	61	100.0
Responsabilidad				
Gobierno	30	42.9	20	32.8
Individual	23	32.9	18	29.5
Social	4	5.8	6	9.9
Barrio	1	1.4	4	6.5
No sabe	10	14.2	8	13.1
No tiene	1	1.4	4	6.5
Sin respuesta	1	1.4	1	1.7
TOTAL	70	100.0	61	100.0

Los resultados de éste Cuadro No. 50 indican que los candidatos en capacitación no sólo mantienen su criterio de la causalidad individual de la enfermedad, sino que tiene una representación más alta de los que no tuvieron la explicación de la determinación social.

Se advierte también un aumento de la atribución social -15.8% - en contra de -6.6% - de los no capacitados.

Boltanski señala que: (164)

"Al parecer los miembros de las clases populares no intentan verificar si sus conocimientos son legítimos, o al menos plantearse el problema de su verdad.

Nunca adoptan una actitud crítica respecto a sus conocimientos, y sí bien es cierto que muchas veces manifiestan una clara desconfianza con respecto a los nuevos conocimientos que se les quieren transmitir, ello no quiere decir que los sometan a un examen racional ni que intenten verificar si tienen una base sólida mediante ensayos metódicos.

Todo parece indicar que los miembros de las clases populares están poco familiarizados con las nociones de "problema" o incluso de "causalidad".

Cardaci (165) destaca la importancia que tiene el lugar que se ocupa

(164) Boltanski, Luc. Puericultura y moral Op. Cit. p. 83

(165) Cardaci, Dora. Educación para la salud en el área materno-infantil. Tesis de Grado. México, Universidad Autónoma Metropolitana, 1979. p. 5

en el aparato productivo en la determinación de lo que se piensa y se hace en salud.

Respecto al papel que juega la educación señala la autora:

"El eje central en la concepción y ejecución de los programas de educación sanitaria ha sido la creencia de que un "vacío" de información era lo que originaba las prácticas erróneas de los individuos y que, en consecuencia, una información convenientemente estructurada y canalizada por las vías mas correctas daría como resultado inmediato, un cambio en la conducta de aquellos a los que era dirigido el mensaje".

Otro de los aspectos que analiza el documento anterior (166), es el condicionamiento de la clase social a la que se pertenece:

"La pertenencia de una clase social determinada, está condicionando las concepciones que se poseen sobre salud y enfermedad, las prácticas que se ligan a ellas, las posibilidades de acceso a los servicios de salud, la mayor o menor flexibilidad en la adopción de nuevos patrones de conducta".

(166) Cardaci, Dora. Educación para la salud... Op. Cit. p. 31

2. GRUPO DE LAS ORGANIZACIONES DE LA COMUNIDAD

Auténticamente representativas pueden llegar a ser el germen del poder popular.

Se inicia ahora el análisis de la información obtenida de las Organizaciones de la Comunidad.

La identificación de sus características generales se hará a través de: tipo de organización, tiempo de funcionamiento, número de socios, razones de surgimiento y antigüedad.

Cuadro No. 51: Tipo de organización, antigüedad y número de socios de las 24 Organizaciones existentes en seis barrios donde se realiza el Programa.

Barrio	Tipo de Organización	Antigüedad	No. de Socios
Girardot	- Club Juvenil	1.1/2 año	40
	- Club Juvenil de la Parroquia	4 meses	270
Belalcázar	- Junta de Acción Comunal	14 años	199
Toscana	- Junta de Acción Comunal	8 años	135
	- Club Juvenil	3 meses	14
Alfonso López	- Sociedad Enterradora	8 años	470*
	- Mutuo Auxilio	3 años	38
	- Junta de Acción Comunal	15 años	108
	- Comité de Deportes	9 meses	2
	- Asociación de Padres de Familia, Escuela Crisanto Luque	1 año	4
Castilla La Unión	- Club Juvenil Innovar 70	6 meses	70
	- Acción Comunal de Castilla	16 años	270
	- Acción Comunal La Unión	20 años	94
	- Acción Católica San Judas	2 años	80
	- Grupo Juvenil	1.1/2 años	15
Castilla La Esperanza	- Asociación de Padres de Familia, Escuela República de Cuba	9 años	2
	- Acción Comunal Castilla La Esperanza	7 años	87
	- Asociación de Padres de Familia, Escuela Elisa Arango de Cook	4 años	5
	- Acción Comunal San Martín de Porres	9 años	180
	- Defensa Civil	10 años	72*
	- Grupo Asambleistas	11 años	17
	- Legión de María	11 años	24
	- Grupo Juvenil	4 meses	16
	- Asc. Padres de Familia, Colegio Jesús María.	12 años	18

* Cubre socios de otros barrios

Las 24 Organizaciones tienen un total de 2.230 socios. Si bien este número de afiliados es bajo en relación al total de habitantes, lo que verdaderamente da más elementos para el análisis es la información sobre su funcionamiento interno, sus objetivos, el tipo y realización de actividades, su representatividad.

Siete categorías permiten agrupar las Organizaciones. Hay siete acciones comunales, cinco asociaciones religiosas, cuatro grupos juveniles y asociaciones de padres de familia, dos sociedades de mutuo auxilio, un comité de deportes y otro de defensa civil.

Cuadro No. 52: Razones de surgimiento de las 24 Organizaciones.

Tipo de Organización	No. %	Razones de Surgimiento
Acciones Comunales	7 (29.1)	A. Necesidades del barrio. Servicios públicos (7)
Religiosas	5 (20.8)	A. Iniciativa de la Parroquia (4) B. Organizar los jóvenes (1)
Clubes o grupos juveniles	4 (16.7)	A. Más unión entre los jóvenes (2) B. Trabajo por el Barrio (1) C. Uso de su tiempo libre (1).
Asociación de Padres de Familia	4 (16.7)	A. Apoyo de padres de familia al colegio (4): Problemas. Castigo. Mobiliario. Construcción.
Sociedad de Mutuo Auxilio	2 (8.3)	A. Necesidades económicas en caso de muerte (1). B. Necesidades del Barrio (1).
Defensa Civil	1 (4.2)	A. Inseguridad en la zona
Comité de Deportes	1 (4.2)	A. Impulso al deporte
Total	24 100.0	

Se verá respecto a las Acciones Comunales mayoritarias como organizaciones, su nacimiento y funcionamiento jurídico actual.

Sus antecedentes (167) se remontan a los Comités de Vecinos para la construcción de caminos y calles, de 1950 en adelante su denominación cambia a Centro Cívico, a partir de 1961 bajo la influencia de la Alianza para el Progreso, se llaman Acciones Comunales.

En la carta de Punta del Este (168), en el título primero de Objetivos en el numeral noveno habla de "dotar de los servicios públicos necesarios a los Centros poblados urbanos y rurales". En el título segundo de Desarrollo Económico y Social, en el Capítulo II afirma (169) la "necesidad de programas de desarrollo comunal ; para conseguir los propósitos que persigue, en el Capítulo III del mismo título se refiere a la necesidad (170) de "ejecutar nuevos proyectos que tengan por objeto: concentrar los esfuerzos en las zonas menos desarrolladas o más deprimidas, en que existan problemas sociales especialmente graves en cada país".

El funcionamiento de las acciones comunales en el País, queda reglamentado por los decretos 3159 de 1968; 2070 del 1 de diciembre de

(167) Entrevista con Gonzalo Alvarez, directivo de la Acción Comunal Municipal, Medellín. 1979

(168) Carta de Punta del Este. Washington, Oficina Sanitaria Panamericana, 1961. p.21 (Publicación Varia, 68)

(169) Ibid. p. 22

(170) Ibid. p. 23

1969; y por la Resolución No. 000504 del 9 de Junio de 1970, que promulga los estatutos (171).

La realidad es que los partidos políticos encuentran en las Acciones Comunales una fuente permanente de control y poder que les proporciona votos e influencia. Se ejerce a través de la concesión de auxilios para obras de infraestructura, y en un momento posterior para la construcción de obras. Salud y educación, expresión de las necesidades de la población y de la respuesta condicionada del Estado.

En el país existen actualmente 30.000 Juntas. En el Departamento de Antioquia 3.629 activas, en la Ciudad de Medellín 220.

Las Asociaciones Religiosas siguen en orden de importancia numérica con cinco organizaciones.

Como se puede ver más adelante sus objetivos son de orden espiritual, y alguna de ellas destaca sus representantes para "vigilar" si los objetivos del Programa son de planificación familiar. Al concebir la salud como la atención al enfermo y visitarlo en su casa como una obra misericordiosa, existen dudas sobre la efectividad de su participación en este trabajo colectivo.

(171) Antioquia, Secretaría de Obras Públicas. Normas jurídicas para la organización de juntas de Acción Comunal. Medellín. 1976

Los Clubes Juveniles y las Asociaciones de Padres de Familia representan un total de 8 Organizaciones. No se conoce aún su potencialidad.

Finalmente merece destacarse la Defensa Civil. Creada en 1965. Organiza la población civil para afrontar situaciones como la delincuencia. Algunos de sus socios son militares en retiro. Desde 1970 tiene dependencia directa del Ministerio de Defensa Nacional.

Se verá ahora el funcionamiento interno de las Organizaciones en lo que respecta a tiempo de la junta actual en la dirección, su relación con período estatutarios, periodicidad de reuniones con el criterio que determina las mismas, y por último las realizaciones más importantes.

Se encuentra que 11 organizaciones tienen un año como período de la Junta en la dirección, dos con duración de dos años, una con tres años; ocho no han fijado aún el período de la Junta y por último dos de ellas lo tienen de meses.

Cuadro No. 53: Tiempo de la Junta actual en la dirección de la Organización

Tiempo en la dirección	No.	%
Menos de un año	10	41.6
Con 1 año	8	33.3
Con 2 años	3	12.5
Con 3 años	1	4.2
Con 6 años	1	4.2
Con 7 años*	1	4.2
Total	24	100.0

* Nadie quiere reemplazar al Presidente.

Se observan 10 Juntas (41.6%) con menos de un año en la dirección. Las Acciones Comunes aumentaron por estatutos a partir de 1979, el período de la Junta a dos años, por considerar que uno era muy poco tiempo para realizar alguna labor.

Cuadro No. 54: Periodicidad y criterio de las reuniones de la Junta Directiva de las Organizaciones.

Reuniones fijas 22 (91.7%)	Reuniones no fijas 2 (8.3%)
Cada cuanto:	Cada cuanto:
Cada 8 días 13	
Cada 15 días 5	- Realización de actividad
Cada 30 días 4	- Cosas extraordinarias

No se preguntó el cumplimiento de los miembros de la Junta en las reuniones, pero ellos lo responden en forma indirecta, en los datos que fueron consignados en el Cuadro No. 11.

Cuadro No. 55: Realizaciones más importantes de la Junta Directiva, según la opinión de uno de sus directivos.

Realizaciones	No.	%
A. Servicios Públicos. Pavimentación de pasaje. Teléfono público. Arreglo de calles. Alumbrado. Limpieza de alcantarillado. Pintar caseta. Hacer puente. Limpieza de Barrio. Denuncia de inseguridad. Construcción del Centro de Salud. Puesto de Policía. Conseguir ambulancia. Campañas. Vacunación masiva.	19	32.8
B. Deportivas. Culturales y Recreativas. Participación en Juegos. Construcción y arreglo de canchas. Semana cultural y de recreación. Actividad recreativa a niños. Serenatas. Celebración de cumpleaños. Días de Madre y de Niño. Apoyo al deporte. Teatro: Reinados.	17	29.3
C. Educativas. Planos de escuela. Construcción. Reinado pro-Escuela. Equipo de sonido. Adecuación. Continuación de curso.	8	13.3
D. Fortalecimiento de la Organización. Sostenimiento de periódico. Impulso al Programa de Participación de la Comunidad en Salud. Organización de la Asociación de Clubes Juveniles. Fundación de Junta de Acción Comunal. Estructurarse. Dar servicio a los socios. Creación de Comités.	8	13.8
E. Actividad Religiosa. Primeras Comuniones. Aplicación de sacramentos. Realización de matrimonios. Conversiones. Evangelización. Marcha. Catequesis.	6	10.3
Total	58	100.0

Las realizaciones en el área de los servicios públicos y en general en aquellas actividades que necesitan recursos económicos, implican una gran inversión de tiempo de los encargados, en el trámite de la conversación con el funcionario, de la presentación de documentos, de la

búsqueda de la palanca política. Tal vez por eso mencionaba uno de los directivos que para poder desempeñar en forma cabal el puesto de directivo de la Acción Comunal, debería estar desempleado.

Se afirmó antes, la concesión de auxilios económicos, como fuente de poder político. El Cuadro No. 55 aporta elementos en ese sentido.

El numeral C, no tiene un contenido educativo como tal, más bien se refiere a la infraestructura de un servicio público.

Se verá ahora la existencia y modalidades de la relación de las Organizaciones de la Comunidad entre sí.

Ante el interrogante de si existen otras Organizaciones en el Barrio, 21 directivos lo afirmaron, pero cuando se constata el conocimiento se encuentra que ninguno de ellos, mencionó la totalidad de las existentes en el barrio respectivo.

Cuadro No. 56: Relación entre las Organizaciones de la Comunidad, motivo que la impulsó, y resultado de la misma.

No ha establecido relación con las otras Organizaciones:		13 (54.1%)		
Ha establecido relación con otras Organizaciones:		11 (45.9%)		
Con cuales organizaciones se relaciona	No.	Motivo de la relación	No.	Resultado
Junta de Acción Comunal	5	- Realizar en forma conjunta alguna actividad	3	Positivo 6
		- Invitar a alguna actividad	3	
Club Juvenil	4	- Año Internacional del Niño	2	Negativo 4
Asc. de Padres de Flia.	1	- El actual Programa	1	Regular 1
Todas	1	- Préstamo de caseta	1	
		- Conocer su funcionamiento.		

Las causas de no haber establecido relación 13 Organizaciones entre sí, se especifican así: tres de ellas, informan que sus objetivos son distintos, dos dicen que no tienen entendimiento hace mucho tiempo a causa de celos institucionales, otras dos no se conocen, tres responden respectivamente que no hay más organizaciones; una no sabe el por qué no tiene relación y por último dos no dan ninguna respuesta a esta situación.

La conclusión de los resultados del Cuadro No. 56 y la explicación posterior permite afirmar el alto nivel de aislamiento, la debilidad organizativa, el recelo, la oposición, los celos, la creencia en sus propias fuerzas que tiene como resultado el trabajo atomizado que parece se considera más útil que la unión.

Cuadro No. 57: Existencia de comités de trabajo y de salud en las Organizaciones.

No tienen las Organizaciones Comités de Trabajo:		15 (62.5%)	
Tienen las Organizaciones Comités de Trabajo:		9 (37.5%)	
Existencia de Comités de Salud en las 9 Organizaciones que tienen Comités de Trabajo.			
Actividades:			
	Venta de droga	1	
	Colaboración con el Programa de Participación de la Comunidad en Salud	1	
Tiene Comité de Salud	6	Recién fundado	1
No tiene Comité de Salud	3	Recolección de fondos y colaboración con el Programa	1
		Desintegrado	1
		Ninguna	1

En las actividades que realizan seis Comités de Salud, puede apreciarse el enfoque de las acciones. De estos seis, cinco pertenecen a las Acciones Comunales que los deben tener por estatutos, uno de ellos en plena desintegración. Aparece la creación de un comité como consecuencia del Programa.

Se encuentra que tres Organizaciones, todas ellas de origen religioso, sin tener Comité de Salud como tal, realizan acciones en salud.

Una parroquia tiene un botiquín para personas pobres, otra organización tiene contratado un médico que atiende dos veces a la semana cuatro horas, la última presta primeros auxilios.

Toda esta información permite plantear en general la afirmación de que

salud no constituye un frente de lucha de las Organizaciones.

A excepción de dos Organizaciones que se encontraron al azar al realizar la investigación, 22 de ellas obtuvieron la información de la existencia del Programa a través del trabajo realizado por el Equipo.

Por información de algunos de ellos al Comité Coordinador del Programa, se encontró dificultad en algunas Organizaciones a entender y aceptar sus objetivos. Esta situación se quiso explorar.

Cuadro No. 58: Opinión de los directivos de las Organizaciones sobre posibles propósitos ocultos del Programa.

No parece tener objetivos diferentes a Salud	19 (79.2%)
Si puede tener objetivos diferentes a Salud	5 (20.8%)
Cuales:	
No se ven los de salud concretos (1)	
Es pura política (1)	
Es de planificación familiar y por eso se rechaza (1)	
Poner la gente a trabajar y aparentar muchas acciones de salud (1)	
No sabe (1)	

Se interrogó a los directivos sobre su conocimiento de la opinión de la Comunidad sobre los servicios de salud.

Cuadro No. 59: Conocimiento de los directivos de las Organizaciones sobre la opinión de la Comunidad acerca de los servicios de Salud.

No conoce lo que piensa la Comunidad	5 (20.8%)
Si conoce lo que piensa la Comunidad	19 (79.2%)
Que piensa:	
A. Buenos servicios (8)	
B. Malos servicios (8)	
Pésimos. Demora. Mala atención de un médico. Nunca hay fichos. No los atienden a tiempo. La secretaria es desatenta y ofuscada.	
C. Regulares (3)	
Unas veces obtienen servicios y otras no.	

Finalmente el Cuadro No.60, facilita más elementos para sustentar la afirmación de la atomización que mencionábamos a nivel de las Organizaciones, y del aislamiento del Centro de Salud de la Comunidad.

Cuadro No. 60: Relación entre las Organizaciones de la Comunidad y el Centro de Salud.

Relación	Relación entre las Organizaciones y el Centro de Salud.	Relación entre el Centro de Salud y las Organizaciones.
Motivo		
No existe	18 (75.0%)	7 (29.1%)
Si existe	6 (25.0%)	17 (70.9%)
Motivo	El actual Programa (5) Muerte de un paciente (1)	Información del Programa (15) Para todo lo que necesitan (1) Invitación a la inauguración de la Unidad Intermedia Hospitalaria (1)

El Programa de Participación de la Comunidad en Salud aparece como

el motivo que aún fuera en forma transitoria, logró el rompimiento de la separación entre el Centro de Salud y las Organizaciones de la Comunidad.

La forma como se realizó el contacto con las Organizaciones de la Comunidad, no permitió detectar otras que es posible que existan, cuyo funcionamiento, objetivos y posición ante el Programa, se desconoce. Son las denominadas "informales".

En este campo no hay conocimiento suficiente, y se presenta como necesidad en urgencia de ser estudiada.

Llama la atención la ausencia de los Sindicatos como organización, sólo existen a través de los socios, los cuales en caso de participar en el Programa, lo hacen a título individual y no como sus representantes.

3. GRUPO DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD

"La burguesía ha despojado de su aureola a todas las profesiones que hasta entonces se tenían por venerables y dignas de piadoso respeto. Al médico, al jurisconsulto, al sacerdote, al poeta, al hombre de ciencia, los ha convertido en sus servidores asalariados".

El Manifiesto Comunista

Por último el grupo de los Trabajadores de la Salud para terminar la verificación empírica del proceso de Participación de la Comunidad en Salud.

Los datos más generales que permiten apreciar sus características son: la división en dos categorías, el tiempo de término de sus estudios y de trabajo en el Centro de Salud.

Cuadro No. 61: Clasificación de 38 Trabajadores de la Salud, según nivel

Nivel Profesional	No. %	Nivel Auxiliar	No. %
Médico	9	Auxiliar de Enfermería	17
Enfermera	2	Auxiliar de Laboratorio	2
Bacterióloga	2	Auxiliar de Odontología	2
Odontóloga	1	Higienista Dental	1
Socióloga	1	Promotor de Saneamiento	1
Total	15 39.5	Total	23 60.5

Cuadro No. 62: Tiempo transcurrido del término de los estudios de los Trabajadores de la Salud

Tiempo	No.	%
Recién egresados (1979)	2	5.2
De 2 a 5 años de práctica	9	23.7
De 6 a 10 años	9	23.7
De 11 a 15 años	12	31.6
Más de 15 años	6	15.8
Total	38	100.0

Cuadro No. 63: Tiempo de trabajo en el Centro de Salud, de los Trabajadores de la Salud.

Tiempo	No.	%
De 1 a 6 meses	29	76.3
De 7 meses a 1 año	-	-
Con más de 1 año	9	23.7
Total	38	100.0

Caracteriza este grupo el hecho de ser muy nuevo en su ingreso al Centro de Salud, el 76.3% con 29 personas, sólo tiene de uno a seis meses de permanencia en el Centro de Salud, se explica por el hecho del personal que fue vinculado al ponerse en funcionamiento la Unidad Intermedia Hospitalaria de Salud.

Respecto al tiempo de egreso de la entidad formadora, 21 Trabajadores de la Salud que representan el 55.3%, tienen entre 6 y 15 años de haber terminado sus estudios.

Es importante recordar que los datos de este grupo para su tabulación y análisis, se dividieron en tres sub-grupos, el primero se conformó por el que denominamos nivel profesional y estuvo compuesto por 15 unidades, el segundo por 17 auxiliares de enfermería y el último por seis auxiliares de odontología, laboratorio y el promotor de saneamiento ambiental.

La razón de esta separación obedeció a que se suponían respuestas diferentes según la ubicación de cada sub-grupo ante el proceso de prestación de servicios, basado en la división del trabajo, el peso de la autoridad, el reparto del poder, la cuota disponible de conocimientos.

En su gran generalidad, los tres sectores conformaron un relativo bloque homogéneo de consenso lo cual no dejó de llamar poderosamente la atención, se señalan sólo en la explicación, los aspectos que mostraron una marcada diferenciación.

Constituyendo un punto de interés central la existencia de Organizaciones y la pertenencia a ellas, se consultó también en este grupo la forma como se presentaba la situación.

Cuadro No. 64: Pertenencia a Organizaciones por parte de los Trabajadores de la Salud o sus familiares.

No pertenece a Organizaciones		22 (57.9%)
Si pertenece a Organizaciones		16 (42.1%)
Organización a que pertenecen 14 Trabajadores de la Salud.	Organización a que pertenecen 2 familiares del Trabajador de la Salud.	
Tipo	Tipo	
Gremial (13) Asociación de Padres de Familia (1)	Sindical (1) Asociación Religiosa (1)	

El hecho de que 13 trabajadores tengan pertenencia a una Organización gremial es importante; esta tercera parte del total, vinculada a los Or-

ganismos que defienden sus intereses, combinado con la participación en las tareas, puede contener implícita la aceptación de esta forma de agrupación social.

Sin embargo los factores que interesaría destacar y los cuales no se pudo desarrollar ampliamente, se refieren al tipo de actividades que desarrolla la organización, los objetivos que persigue, sus formas y experiencia de lucha, la formación de sus dirigentes y asociados, si dentro de las formas de lucha, el enfoque económico persiste o ya se ha pasado a otras, en vista de las condiciones históricas por las cuales se atraviesa en defensa de los intereses gremiales en el País.

El enfoque, importancia, tiempo asignado a la preparación durante el pre-grado se considera que tiene influencia en la actitud del Trabajador de la Salud hacia el trabajo de la Comunidad.

Se necesitaba conocer si hubo o no enseñanza, su duración, si su enfoque fue teórico o hubo oportunidad de practicar lo aprendido.

Cuadro No. 65: Duración y enseñanza de trabajo con la Comunidad durante la preparación básica de los Trabajadores de la Salud.

No hubo enseñanza	18 (47.3%)
Si hubo enseñanza	20 (52.7%)
Duración:	Tipo:
Un mes (9)	Visitas y charlas: como hacerlas.
De 2 a 3 meses (5)	Vacunación. Seguir una familia. Consulta
Un semestre (2)	Pre-natal. en el Centro de Salud. Teoría
No recuerda (2)	sobre Juntas de Acción Comunal. En Pe-
Sin respuesta (2)	diatría Social. En Salud Pública y Medicina Preventiva.

De los 20 Trabajadores de la Salud que tuvieron enseñanza, no todos pudieron practicar lo aprendido, dos de ellos sólo tuvieron la teoría.

Acerca de la importancia asignada a la práctica, 14 declararon que no fue especial, uno de ellos dice que en cuanto la profesora la hizo importante y otro no respondió. Los cuatro restantes le conceden una importancia relativa, en cuanto se buscaba ponerlos en contacto con la Comunidad o simplemente que elaboraran un censo de viviendas, o como relleno en la cátedra de medicina preventiva.

La concepción de lo que es trabajo de Comunidad se refleja en el tipo de experiencias de aprendizaje, la mayoría de ellas, según puede apreciarse en el Cuadro No. 65, tienen lugar dentro de los servicios de salud: Consulta, vacunación, charlas educativas.

Respecto a la duración ésta no puede ser tomada como dedicación exclusiva puesto que si así fuera, indicaría un total de 132 horas en el caso de que fuera un mes la duración. Sólo la Escuela de Enfermería de la Universidad de Antioquia ha logrado a la fecha, un total de 90 horas, dedicadas a trabajo con la Comunidad mediante una reforma curricular que se está implementando (172).

La Facultad de Medicina de la misma Universidad tuvo hasta 1977 la

(172) Universidad de Antioquia. Escuela de Enfermería. Nuevo Currículum. Medellín. 1979.

formación del médico en pre y post grado casi exclusivamente en el Hospital. Algunas experiencias realizadas, no lograron sistematizarse de manera efectiva. En el mismo año a raíz del cierre de camas, se sale a los Centros de Salud a realizar las prácticas.

La característica general que tenían estas actividades era llenar las necesidades de los estudiantes; en cierta forma la parte docente establecía a su manera las experiencias de aprendizaje necesarias al alumno, las cuales se realizaban dentro de la Unidad de Salud.

En la actualidad en nuevo curriculum que se va a establecer, contempla un trabajo más extenso en la Comunidad, a la vez que su paso por los Centros de Salud, ofrece la posibilidad de conocer la manera como se realiza el Programa de Participación de la Comunidad en Salud, donde estuviere implementado.

Con la expedición del Decreto Presidencial No. 1210 de 1978 que organiza las actividades docentes-asistenciales en el Sistema Nacional de Salud, se espera que se faciliten las condiciones para lograr la integración.

Cuadro No. 66: Oportunidad posterior a la preparación básica, de adquirir el conocimiento en trabajo de Comunidad, en los Trabajadores de la Salud.

Terminó estudios en el presente año	2 (5.3%)
No ha tenido oportunidad	17 (44.7%)
Sí ha tenido oportunidad	19 (50.0%)
a* El Programa actual (7). a* Curso en la Escuela Nacional de Salud Pública (4). a* Programa Iopaa (2). a* Campamentos Universitarios (1). a* Pedriatría Social (1). a* En la Universidad (1). Trabajo en barrios (2). Grupo Religioso (1).	

a* Vínculo con la Universidad Oficial.

En alguna forma el Programa está en su desarrollo, ofreciendo una experiencia de post-grado al personal del Centro y cubriendo deficiencias en la preparación básica.

Se presenta la Universidad brindando a 16 personas oportunidades de aprendizaje y complementación a través de seis formas diferentes.

Se entiende así el planteamiento que señala nuevas posibilidades a la Universidad, y aunque estemos aún muy lejos de lograrlo, es interesante contemplar su planteamiento (173).

"La Universidad escenario vital del estudio y exámen de las grandes contradicciones de todo tipo, el labo-

(173) Umaña, Eduardo. La Universidad de verdad. Alternativa, Bogotá, (171): 15, 1978.

ratorio de análisis de los problemas esenciales, el gran escenario de la investigación no comprometida por bastardos intereses, el receptáculo de las nuevas inquietudes, la forja de equipos conscientes y preparados para afrontar los grandes cambios futuros".

La característica formal que tuvo el Programa a su presentación por parte del Jefe de Atención Médica de la Secretaría de Salud Municipal frente a los funcionarios del Centro, fué su carácter oficial que reflejaba una política de la Secretaría Municipal de Salud, sin embargo la vinculación se mencionó de naturaleza voluntaria.

Cuadro No. 67: Integración al Programa por parte de los Trabajadores de la Salud.

Si está integrado	19 (50.0%)
No está integrado	19 (50.0%)
Razón:	
Prefiere el trabajo intra-mural o de hospitalización (6).	
Por los turnos de trabajo (4).	
Nueva en el Centro de Salud (3).	
Sólo trabaja medio tiempo (2).	
Nombramiento en el Equipo, sin información (1).	
No fue requerida su presencia (1).	
Sin respuesta (2).	

Las causas de no integración al Programa pueden verse bajo diferentes perspectivas.

Los turnos de trabajo nocturno constituyen un real obstáculo. No es posible pensar que el tiempo necesario que debe dedicarse al descanso, puede invertirse en reuniones con la Comunidad, las cuales por su especial característica deben realizarse cuando ésta pueda. Así tenemos que son en la noche, coincidiendo con el trabajo.

La preferencia por el trabajo intra-mural o de hospitalización presenta la frecuencia más alta, factores determinantes en la elección son la orientación en pre-grado, el temor a un tipo de trabajo desconocido y la relativa seguridad que brinda la Unidad de Salud.

La no vinculación del personal del salud al Programa dió lugar a que en el Acta No. 12 de Mayo 31, del Comité Coordinador (174) se mencionara esta situación como problema, y se discutiera la conducta a seguir.

Representa una información de particular importancia conocer de 19 Trabajadores de la Salud las dificultades a las cuales se ha visto enfrentado el Programa.

(174) /
Actas del Comité Coordinador del programa de participación de la Comunidad en Salud. Centro de Salud del Barrio Castilla, 1979.

Cuadro No. 68: Origen de las dificultades encontradas en la marcha del Programa, según opinión de 19 Trabajadores de la Salud.

- | | | | |
|-----|---|-------|----------|
| A. | En los Trabajadores de la Salud | 15. | (53.6%) |
| A1. | Falta de colaboración | (9). | |
| | Trabas a salir al terreno, poca voluntad, no asistencia a las reuniones, falta de interés, no dan tiempo libre. | | |
| A2. | Cambios de personal | (3). | |
| | Rotación. | | |
| A3. | Desconocimiento del trabajo con la Comunidad | (2). | |
| | No saben. | | |
| A4. | Aumento de trabajo | (1). | |
| | Se acumula, al restar tiempo a la parte asistencial. | | |
| B. | En la estructuración y marcha del Programa | (10). | (35.7%). |
| B1. | Los Equipos de Trabajo | (3). | |
| | No tienen agilidad, no dan servicio, anarquía en dirección. | | |
| B2. | Falta de recursos | (2). | |
| | Falta de transporte. Falta de material didáctico. | | |
| B3. | Por la naturaleza del Programa | (1). | |
| | Se dice voluntario, pero no lo es. | | |
| B4. | Sin respuesta | (4). | |
| | Poco tiempo en el Programa. | | |
| C. | En la Comunidad misma | 3. | (10.7%). |
| C1. | Ignorancia | (2). | |
| | Falta de preparación, de motivación. | | |
| C2. | Oposición de líderes de la Comunidad | (1). | |
| | No están de acuerdo con el Programa. | | |

En el Cuadro No. 68 están consignadas las opiniones de los Trabajadores de la Salud que están integrados al Programa.

El personal profesional (médico, odontólogo) puede disponer no sólo del trabajo en el Centro de Salud, sino de unas horas con el Instituto de Seguros Sociales, además de su consultorio particular; o sea que la incapacidad de trabajar con la comunidad en las especiales condiciones que

este trabajo requiere, queda así formalmente justificado.

El trabajo en el Centro de Salud es cómodo, no presenta problemas, no hay que desplazarse, es de tipo clínico lo cual dá experiencia en clínica, con favorables repercusiones en la consulta privada.

Sería interesante investigar la reacción del nivel profesional de los trabajadores de la salud, ante la posibilidad de que el trabajo con la comunidad fuera muy bien remunerado, hasta que punto este factor le haría olvidar sus temores y convertirse en gratificante.

El nivel auxiliar (enfermería, odontología) no tiene la justificación del otro trabajo para integrarse al Programa, el Centro de Salud, constituye en general, su única fuente de sostenimiento.

Es común encontrar aún en planteamientos con carácter innovador, el énfasis a la labor del personal auxiliar como el más indicado para el trabajo con la comunidad. Existe toda una tradición de que los programas extra-murales son para este personal. Se le señala su facilidad de comunicación, y otros importantes atributos que en el fondo sólo están justificando la división social del trabajo, que asigna a un sector social ciertas actividades que otro, o no quiere hacer, o considera que no están de acuerdo con sus atributos.

Llama la atención la ausencia total de crítica no sólo a la asesoría

sino a la intervención directa del personal de la Escuela Nacional de Salud Pública. Un total de 19 profesores conformaron en el mes de Marzo de 1979 un Comité Interdepartamental de Participación de la Comunidad y algunos de ellos hicieron parte de los Equipos de Trabajo. Este Comité desapareció como tal, luego de tres reuniones; la participación en los Equipos fué irregular con razones de la mayoría de las veces apoyada en responsabilidades docentes o de otra índole.

La deficiente participación del personal de la Escuela queda plasmada en las Actas Nos. 9 y 13 de Mayo y Junio 7 del Comité Coordinador del Programa. (175).

_____/ (175) Actas del Comité Coordinador del programa... Op. Cit.

Cuadro No. 69: Calificación que hacen los Trabajadores de la Salud de su actitud hacia el Programa.

Rechazo	4 (10.5%)	Por la ignorancia de la gente (1). El pueblo no debe darse salud. Es responsabilidad del Gobierno pues existe el recurso formado (1). No le gusta trabajar con la Comunidad (1). Cansancio (1).
Indiferencia	2 (5.3%)	Ni le gusta, no trabajaría, ni conoce (2).
Condicionado	1 (2.6%)	Que la capacitación la haga el Sena (1).
Desconocimiento	1 (2.6%)	
No tiene actitud	3 (7.9%)	
Aceptación	27 (71.1%)	<p>A. El Programa de Participación de la Comunidad en Salud como apoyo 9. Por los buenos resultados que trae (6). Mejor uso de los servicios del Centro de Salud (2). El médico sólo no puede trabajar (1).</p> <p>B. Aspectos positivos para los Trabajadores de la Salud 9. Le gusta la labor educativa (4). Quiere aprender (3). Por estar de acuerdo con la profesión (2).</p> <p>C. Por los aspectos benéficos del Programa 6. Por la acogida que le dió la Comunidad (3). Vá en beneficio de la población (2). Es medio de crear conciencia de Salud (1).</p> <p>D. Otros 3. Dependiendo de la buena selección del personal (2). Para que la Comunidad aprenda lo que sabe el Personal de Salud (1).</p>

Es evidente el criterio pragmático de "uso" de la Comunidad y este factor puede condicionar la aceptación.

Si bien en lo que respecta a los resultados de un Programa de este tipo, no sólo se producen éstos, sino muchos mejores efectos que repercuten en el buen funcionamiento del servicio de salud, el hecho de que prime el elemento uso como condicionante puede ser captado por la Comunidad y determinante de su aceptación.

Cuadro No. 70: Opinión de los Trabajadores de la Salud sobre la necesidad de la participación de la comunidad en un servicio de Salud.

No debe existir	2(5.3%)
Si debe existir	36(94.7%)
Carácter:	Necesaria (20)
	Indispensable (8)
	Opcional (8)

Cuadro No. 71: Opinión y razones en que apoyan los Trabajadores de la Salud su creencia en la capacidad de la Comunidad para trabajar en Salud.

No tiene capacidad	8 (21.1%)
<hr/> Por que: Por ignorancia (5). No les gusta a todos (1). Por constituir un peligro para la vida de las personas (1). No tiene tiempo de trabajar en Salud por problemas económicos (1).	
Sí tiene capacidad	30 (78.9%)
<hr/> Por qué: A. Condicionado al nivel de conocimiento 14. Los de mayor nivel. Con limitación de funciones. Dando la instrucción. B. Porque el conocimiento en la Comunidad ya existe 8. Ahora se sabe más que antes. Todos tienen algún conocimiento. La experiencia lo indica. C. Por las características demostradas 6. Interés. Receptividad. Capacidad de pensar. D. Por la perspectiva que ofrece 1. Al conocer los problemas, se lucha por la salud. E. Otras razones 1.	

Se ha visto en los Trabajadores de la Salud en lo que respecta a la participación de la Comunidad en Salud, su actitud, necesidad de su existencia, capacidad en la Comunidad de intervenir.

Se verá ahora si piensan que esta intervención podría aportar elementos de análisis al Centro de Salud, y cuales podrían ser.

Cuadro No. 72: Opinión de los Trabajadores de la Salud sobre el aporte que podría dar la Comunidad al Centro de Salud.

No aportaría la Comunidad	2	(5.3%)
Dudoso que aportara la Comunidad	1	(2.6%)
Sin respuesta	4	(10.5%)
Sí aportaría la Comunidad	31	(81.6%)

Como:		
A. Informadora (18). Sobre enfermedades, problemas, condiciones de saneamiento, necesidades. Daría respuestas que hoy no se tienen.		
B. Mejora en servicios (6). Mejorar atención, remitir pacientes, hacer sugerencias, opinión y crítica de servicios.		
C. Ayuda en el trabajo (3). Ahorro de tiempo, disminución de trabajo.		
D. Condicionado el aporte (3). A la iniciativa, cuando el Programa marche, a la Comunidad.		
E. Sin explicación (1).		

Las respuestas negativas se fundamentan en el bajo nivel educativo de la población como obstáculo. Las razones que aducen los 31 que creen en los elementos de análisis que podría aportar la Comunidad, fijan claramente su papel de complementación subordinada.

Un argumento frecuentemente aducido por el personal de Salud, es el temor a que al dar el conocimiento, se esté contribuyendo a la formación de teguas.

Cuadro No. 73: Opinión y razones en que apoyan los Trabajadores de la Salud la posibilidad de que el Programa contribuya o no a formar teguas.

No formaría teguas	19 (50.0%)
Por qué: Por el nivel elemental de los conocimientos (6). Porque es educativo (5). Por la correcta orientación del Programa (4). Por ser solo orientación al uso adecuado de los servicios del Centro (3). Sin explicación (1).	
Sí formaría teguas	17 (44.7%)
Por qué: La posesión del conocimiento daría lugar a su aplicación (11). Por necesidad económica (4). A menor preparación, mayor irresponsabilidad (1). Porque el Programa es divulgación irresponsable de conocimientos. (1).	
Sin respuesta	2 (5.3%)

A más de conseguir esta pregunta el objetivo, señala áreas interesantes. Al afirmar la no formación de teguas, se justifica por la razón de ser sólo orientación al uso adecuado de los servicios, que si se une al factor educativo representa un total de 8 respuestas sobre 19.

Se supone el peso de la constante labor informativa que el personal de salud debe hacer a la población sobre la reglamentación y condiciones en la recepción del servicio; independientemente de que estén escritas, la información vuelve a ser solicitada verbalmente una y otra vez hasta formar la imagen de que el problema se reduce sólo al factor de uso adecuado e información.

De alguna manera han percibido los Trabajadores de la Salud el bajo nivel de conocimiento en salud por la población, la ignorancia en muchos casos absoluta sobre los aspectos más elementales, son testigos de la diaria devolución de pacientes por incapacidad de ser atendidos, a la vez que aún sin confesárselo, saben que en la mayoría de los casos se trata de afecciones simples, o de la limitación de la atención médica frente a problemas que escapan a su control.

El nivel elemental de los conocimientos que para los que no temen la formación de teguas tiene el mayor número de frecuencias, se constituye en problema para aquellos que opinan lo contrario.

El temor que expresan acerca de que el conocimiento en salud que reciben los Responsables si formaría teguas al dar lugar a su aplicación, es real. Todo indica y la experiencia así lo ha demostrado -en otro lugar-, que en busca de un medio de subsistencia, el Responsable de Salud cobra por los servicios que presta.

Cuadro No. 74: Opinión de los Trabajadores de la Salud sobre el tener en cuenta en el Programa, las Organizaciones de la Comunidad

Inadecuado	2 (5.3%)	No les interesa salud, sino política.
Sin respuesta	20 (52.6%)	
Adecuado	16 (42.1%)	Coinciden en su capacidad de influencia y conocimiento del Barrio. Anotan su potencial de colaboración, aceptación y motivación. Opinan que a través de ellas, se llega más fácil, por estar en ellas personas de avanzada, que saben seleccionar el personal.

Se presenta un total de 20 Trabajadores de la Salud que no dan respuesta, en parte por lo que veíamos en el Cuadro No. 63 de la poca antigüedad que llevan muchos de ellos en el Centro de Salud, pero más que todo por la no integración al Programa.

En estas condiciones era muy difícil dar una opinión que debía ser sustentada.

Cuadro No. 75: Opinión de los Trabajadores de la Salud sobre otras posibles formas de selección de los Responsables de Salud.

Sin respuesta	20 (52.6%)
No deben existir los Responsables de Salud	1 (2.6%)
No hay otra forma más adecuada	9 (23.7%)
Si hay otra forma más adecuada	8 (21.1%)
Como:	
Espontáneo de las personas (3)	
Abierto y voluntario (2)	
Por los padres de familia (1)	
Que un grupo del Centro de Salud seleccione los Candidatos (1)	
Con estudiantes del área de biológicas (1)	

Se aprecia aquí lo que se afirmó en el marco teórico, la tendencia a la formación por parte de salud de una organización paralela, o el desconocimiento de lo ya existente en la Comunidad.

Se presenta también un factor que es atribuible a desconocimiento del Programa. De las ocho respuestas que afirman la posibilidad de formas diferentes a contar con las Organizaciones de la Comunidad, cinco opinan de que sea abierta y voluntaria, o sea, espontánea la inscripción de los candidatos.

Este hecho también aparece en el grupo de las Organizaciones de la Comunidad en el Cuadro No. 12.

Las perspectivas de cambio que el Programa podría traer se investigó a través de 4 aspectos.

1. Cambios en la forma de prestar los servicios de salud.
2. Cambios en la forma como la población mira el personal de salud.
3. Cambios en la forma como el personal de salud mira la población.
4. Cambios en la concepción de salud-enfermedad.

Cuadro No. 76: Posibles cambios en la forma de prestar los servicios de Salud, ocasionado por el Programa, según los Trabajadores de la Salud.

No plantearía cambios		9 (23.7%)
Nivel Profesional 4		Nivel Auxiliar 5
Por qué: Sustanciales no (1) No hay forma de conseguir la fórmula recetada (1) Los servicios se prestan favorables al personal de salud (horario) y no a las necesidades de la población (1) Sin explicación (1).		Por qué: Ya están establecidas por el Jefe. (1). Sin explicación (4).
Si plantearía cambios		24 (63.2%)
Cuales:		
A. Uso correcto de los servicios (16) Agilidad. Disminución o aumento de la demanda. Desaparece consulta innecesaria. Adecuación a necesidades del Barrio. Mejoramiento. Organización distinta. Aporte de ideas. Cambio de horario.		
B. Exigencia de la Comunidad (3) Pedirían lo que ellos necesitan. Que se tenga en cuenta su opinión.		
C. Aumento de cobertura (2).		
D. Aumento de prevención (1)		
E. Desplazamiento del personal de salud de la Comunidad (1)		
F. Sin respuesta (1)		
Ojalá los planteara		1 (2.6%)
Sin respuesta		4 (10.5%)

Otra vez aparece en diferente dimensión el correcto uso de los servi -

cios, como problema principal, agrupando 16 de las 24 respuestas y susceptible de ser solucionado por influencia del Programa.

No se demerita el alcance que en este aspecto podría aportar, pero existen determinaciones más profundas, de múltiples causas que no son solucionables sólo por una correcta y adecuada información a los usuarios. El sólo hecho de la consulta denominada por ellos de innecesaria plantea interrogantes no resueltos, del por qué y cómo se expresa otro tipo de problemas en la atención médica.

El cambio de horario del personal de salud dentro de las actuales formas y condiciones de la atención por parte del Estado, no parece susceptible de modificación.

En el mismo nivel de imposibilidad se anota la prestación de servicios a la población con base en sus necesidades y opiniones.

Un breve resumen de este punto que se analiza, podría ser la ausencia de planteamientos sustanciales de cambio, no aparece cuestionada su modalidad de trabajo, esperan eso sí, que sea el usuario quien cambie.

Los cambios que prevén sólo son en los aspectos formales y externos.

Cuadro No. 77: Posibles cambios en la forma como la población mira el personal de salud, ocasionado por el Programa, según los Trabajadores de la Salud.

No plantearía cambios		8 (21.1%)
Nivel Profesional 1		Nivel Auxiliar 7
Sin explicación (1)		Por qué: No lo miran distinto (1). Entiende más el funcionamiento del Centro (1). Sin explicación (5).
Si plantearía cambios		23 (60.5%)
Cuales:		
A. Mejoramiento en la forma de ser visto (12). Mayor aceptación. La Comunidad se daría cuenta de su preocupación por ella. Los vé más cerca. Por el diálogo. Lo vería mejor. Más confianza y armonía.		
B. Desmitificación (4) Terminar con el mito de que el médico es distinto a los demás. Término de tabú. Saber que es lo que realmente hace.		
C. Solicitud de servicios (2). Más consciente. Mayor motivación al uso.		
D. Aceptación de limitaciones (1).		
E. Observación de calidad (1).		
F. Otros (1). Como no se ha estado con la gente, no se sabe que dicen o piensan. El personal de salud, vive encerrado en el Centro.		
G. Sin respuesta (2).		
Sin respuesta		7 (18.4%)

El averiguar si el Programa podría constituir un cierto peligro para el Personal de Salud en cuanto contribuyera a cambiar la imagen que la población tiene de él, se averiguó a través de dos ocasiones. Si bien no presenta discrepancias fundamentales, se eliminaron los aspectos repetidos y sólo se destacaron aquellos nuevos que quedaron registrados en

la segunda aproximación.

Destacan los Trabajadores de la Salud el factor de igualdad con la Comunidad y lo expresan afirmando que "al transmitir el conocimiento y hacer lo mismo, ésta lo vería igual"; cambiaría también la visión sobre quien es el personal de salud, que se convertiría "no en la persona que está en el Centro, sino en aquella que le da conocimientos, que es un medio de instrucción, que le permite apreciar que no sólo el que ha estudiado sabe". Una sola respuesta enfoca el cambio en el necesario y no existente agradecimiento que debería tener la población al no apreciar lo que tiene.

La totalidad de respuestas pone de presente la existencia de problemas que se perciben como el resultado del enfrentamiento, o mejor tal vez, de la relación opuesta entre dos partes de la misma unidad.

Llama la atención lo que se denominó desmitificación. El Trabajador de la Salud lo percibe, y es real pero si bien existe evidencia de que este tipo de Programa algo realiza en ese sentido, muchos de los factores que hacen posible esta imagen ficticia, permanecen inmodificables. Nos referimos al tipo del lenguaje, al tecnicismo verbal, posesión y usufructo del conocimiento científico, posición de clase de los Trabajadores de la Salud, barreras casi infranqueables en la comunicación entre el pueblo y el personal de salud en una organización social clasista.

Cuadro No. 78: Posibles cambios en la forma como el personal de salud mira la población, ocasionado por el Programa, según los Trabajadores de la Salud.

No plantearían cambios		8 (21.1%)
Nivel Profesional 3	Nivel Auxiliar 5	
Por qué: Lo mira como debe ser (1) Mucho personal de salud trabaja en el Programa por imposición(1) Sin explicación (1)	Por qué: Sin respuesta (5)	
Si plantearía cambios		27 (71.1%)
<p>Cuales:</p> <p>A. Favorables a la Comunidad (14) Sienten que se les va a colaborar. Mayor interés del Personal de Salud en la Comunidad. Daría mejor trato. El personal de salud sería más amable. Le tendría más confianza. Le daría importancia. Se tendría en cuenta la familia. La Comunidad lo miraría menos encumbrado. Se convierte en fiscal.</p> <p>B. Favorables al Personal de Salud (9) Entendería mejor las personas. Mayor relación con la Comunidad. Sabría llegar a la Comunidad. Entendería la razón de hacer cosas elementales pero necesarias (información). Sería consciente de la problemática de la Comunidad. Estaría más al tanto de las necesidades de los pacientes. Haría el trabajo con mayor conciencia. Mejoraría sus relaciones humanas.</p> <p>C. Favorable a ambas (4) Cambio de actitudes. Se ubican ambas. Hay distanciamiento, se podría disminuir. Serían compañeros de trabajo.</p>		
Sin respuesta		3 (7.8%)

La observación que puede hacerse a estas respuestas es repetitiva de los cambios analizados antes, sin ser el objetivo, pusieron de presente reales problemas existentes.

Cuadro No. 79: Posibles cambios en la concepción de salud-enfermedad, ocasionados por el Programa, según los Trabajadores de la Salud.

No cambiaría la concepción		7 (18.4%)
Nivel Profesional 2	Nivel Auxiliar 5	
Sin explicación (2).	Por qué: Habría más conciencia acerca de salud (1). Sería lo mismo (1). Sin respuesta (3).	
Si cambiaría la concepción		26 (68.4%)
Cuales:		
A. En función del conocimiento que recibirán (16). Cambio de opinión. Van a saber lo que es. Desmitificación. Abandono de causalidad religiosa. Reconocer las diferencias entre una y otra. Saber enfrentarla.		
B. Por la toma de conciencia sobre los problemas (7) Porque son enfermedades fácilmente prevenibles. Porque no son culpa de las personas. Hay conceptos errados. Aumento de conciencia. Comprensión del sentido de cada término. Entendimiento de como la salud es el bienestar físico-mental y social.		
C. Aumento de prevención (3) Actuar a tiempo. Considerarla necesaria.		
Sin respuesta		5 (13.2%)

Hay un elemento común en las respuestas y es el énfasis en la educación, lo cual es parcialmente cierto. Sin embargo, se vio según Cardaci (176), el cuestionamiento que debe hacerse a la educación como el instrumento que va a llenar el vacío; porque el punto fundamental del análisis es el condicionamiento de la clase o fracción de ella a que se pertenezca, para no sólo determinar la concepción de salud y

(176) Cardaci, Dora. Educación para la salud... Op. Cit. p. 5

enfermedad sino todos los aspectos que de ello se derivan.

Cuadro No. 80: Opinión de los Trabajadores de la Salud sobre cuál es el principal problema de la zona de influencia del Centro de Salud.

Principal Problema	No.	%
Cual:		
A. Condiciones ambientales. Saneamiento. Infraestructura. Servicios públicos. Contaminación. Basura.	17	44.7
B. Condiciones de vida Hambre. Desnutrición. Pobreza. De - sempleo.	6	15.8
C. Condiciones personales. Ignorancia. Descuido.	2	5.3
D. No sabe	4	10.5
E. Sin respuesta	9	23.7
Total	38	100.0

El 34% de los Trabajadores de la Salud, ignoran las características de la zona en la cual trabajan. Su aislamiento en relación a la forma de vida de los usuarios, condicionada por las condiciones en que tiene lugar su trabajo, así lo determina.

Cuadro No. 81: Opinión de los Trabajadores de la Salud sobre el principal problema de salud en la zona de influencia del Centro de Salud.

Principal Problema de Salud	No.	%
Cual:		
A. Enfermedades. Infecciosas e intestinales. Venéreas. Parasitarias. Hipertensión. Cerebro- vasculares.	22	45.9
B. En relación con las condiciones de vida. Miseria. Desnutrición. Pobreza. De- sempleo.	13	27.0
C. Ligado a condiciones ambientales. Saneamiento. Higiene.	4	8.4
D. Condiciones personales. Descuido de las madres. Desconoci - miento de servicios.	2	4.1
E. No sabe.	7	14.6
Total	48	100.0

En el Cuadro No. 81 hay un número mayor de respuestas que de entrevistados por ser de escogencia múltiple. Es importante destacar el señalamiento que 17 (35.4%) de ellas hacen al indicar como problema de salud las condiciones de vida y de ambiente, se refiere a los numerales B y C, o sea que es en su concepto lo que en última instancia hace recurrir a los servicios de salud.

Cuadro No. 82: Opinión de los Trabajadores de la Salud sobre la atención que recibe la población en sus necesidades de Salud.

Está bien atendida la población		11 (28.9%)
Nivel Profesional	5	Nivel Auxiliar 6
Por qué: Se atiende bien (2). Los servicios de salud del Municipio de Medellín son muy buenos (1). Se atiende toda la demanda (1). El volumen de demanda, así lo confirma (1).		Por qué: Los que vienen se atienden (1). De acuerdo con los recursos (1). Se les prestan todos los servicios (1). Por los servicios que tiene el Centro (1). Tienen recurso médico suficiente y cerca (1). Se le da buena atención a la gente (1).
No está bien atendida la población		25 (65.8%)
Nivel Profesional	10	Nivel Auxiliar 15
Por qué: Recursos limitados (3). La demanda supera la oferta (2). No hay adecuada cobertura (2). La Comunidad está engañada, no se hace medicina (1). No hay atención integral (1). Énfasis en cantidad, no en calidad (1).		Por qué: Faltan recursos (6). Desconocimiento de servicios (3). No se atiende demanda (2). No pueden pagar los servicios (2). No se hace nada por la Comunidad (1). Falta de interés por los pacientes (1).
Sin respuesta		2 (5.3%)

VIII. CONCLUSIONES

Candidatos a Responsables de Salud: El programa de participación de la comunidad en salud, recibió en general por parte de la población una respuesta que se puede calificar de positiva.

Se encontró la presencia de muchos estudiantes interesados en adquirir conocimientos en salud, este hecho se explica por la ausencia de esta base en su formación. Se duda del aporte que como Responsable de Salud puedan realizar al no disponer del tiempo necesario que deben dedicar a sus estudios, además su juventud se constituye en obstáculo frente a las experiencias de amas de casa que llevan mucho tiempo aplicando lo que en su concepto consideran adecuado.

Más bien el Programa debe considerar el grupo de los estudiantes, propiciando actividades que les den conocimientos.

Se encontró la necesidad urgente de saber las cosas más elementales en el cuidado de la salud y en la atención a la enfermedad, es una de las razones de la presencia de la automedicación.

La causalidad de la enfermedad presentó tanto la influencia del ambiente externo como la atribución de causas personales o de tipo ideológico.

Respecto a los trabajadores de la salud se vio que en parte hay aparición de la crítica sobre su quehacer, en otro sentido se considera que

el desempeño de sus funciones es adecuado, con primacía de lo curativo. Apareció el mito del médico. Consideraron que se debe desplazar a la comunidad, educar.

La salud no apareció como necesidad prioritaria al reconocer como problemas más importantes las situaciones de saneamiento ambiental.

La metodología de enseñanza a través de conferencias sobre la causalidad social de la enfermedad queda cuestionada. Se interrogan técnicas, expositor, contenido, proceso de comunicación, metodología.

Hay coincidencia entre los tres grupos estudiados respecto a la necesidad de que el Programa de conocimientos en salud, lo que difiere es el uso del mismo.

Las Organizaciones de la Comunidad declararon el desconocimiento de la situación de salud del área, con aprecio lo curativo.

Los candidatos a Responsables de Salud quieren conocer y manejar el poder milagroso de la droga.

Los Trabajadores de la Salud en la ayuda que este nuevo personal puede prestar en el Centro de Salud, no consideraron la posibilidad de la realización de acciones de tipo curativo.

Organizaciones de la Comunidad: Las encontradas en el trabajo tie -

nen la característica de no ser masivas, en algunas de ellas su origen las determina y esto condiciona la falta de respuesta popular a lo interno y externo de su funcionamiento.

El objetivo político y religioso es mayoritario, no dieron al Programa la respuesta que se esperaba de delegar sus representantes por temor a una baja o inadecuada respuesta que las comprometa.

Débiles y atomizadas representan toda una experiencia que no puede ser desconocida, constituyen la esperanza de continuación en el momento en que una decisión oficial en conocimiento o sin él de las enormes posibilidades del Programa, decida terminarlo.

Los candidatos a Responsables de Salud como voceros de la población señalaron la organización como medio de enfrentar los problemas colectivos, pero no sienten que las actuales organizaciones sean las más adecuadas para conseguirlo, por eso no pertenecen a ellas. Sus realizaciones más importantes se refieren a la satisfacción de carencias cuyo cumplimiento les concede justificación de su existencia ante la población. La relación entre ellas se presenta poco significativa en un clima de recelo a abierto enfrentamiento.

Coinciden con los candidatos a Responsables y con los Trabajadores de la Salud, en señalar como requisito del Programa la necesidad de dar conocimientos en salud a la población.

La verificación de sus atributos no implica la aceptación de la tendencia bastante generalizada, de no contar con ellas y establecer otra organización creada por salud a través de, o en función de la salud entendida sólo como atención médica. Como propuesta que debe ser analizada en forma cuidadosa se puede considerar la posibilidad de propiciar una organización de la población que provenga de la institución de salud ante el franco deterioro, inexistencia o enfrentamiento de las organizaciones de la comunidad, siempre que se entienda como una medida de tipo coyuntural y no se circunscriba sólo a la enseñanza de técnicas.

La baja respuesta de las organizaciones de la comunidad al Programa no permite afirmar que el tema de la salud de la población no les interese, puede ser que el contenido tradicional enfocado a la simple atención médica no se entienda como importante. Tampoco es posible creer que provicne del reconocimiento político del puesto secundario que guarda salud frente a la problemática básica de una comunidad.

Más bien el reto se plantea a los Trabajadores de la Salud, a su capacidad de llegar hasta las Organizaciones, trabajar con ellas y demostrarles con suficiente propiedad y conocimientos, que si bien el tema de la salud de la población es secundario, aporta suficientes elementos de análisis en relación a otros niveles del funcionamiento social.

Los Trabajadores de la Salud: La investigación demostró la falta de conocimientos que tiene sobre el trabajo con la comunidad, lo cual viene desde su formación, ahí radica una de las causas del temor.

No se encontró abierta oposición al Programa, pero tampoco hay integración a sus actividades. Significa un cambio en la segura rutina.

Cuando se aceptó el Programa se encuentra que las razones sustentan un cierto criterio utilitarista de la comunidad, como informadora, como ayuda o como elemento que puede mejorar los servicios, o sea que la comunidad haga lo que ellos no quieren hacer.

Al mismo tiempo expresaron el temor a que el Programa contribuya a la formación de teguas, o se salga de su particular control.

No conocen la forma de trabajar con las Organizaciones. Hicieron muy alta atribución de responsabilidad al factor educativo, como componente del proceso salud-enfermedad.

Tal vez haya una respuesta para los Trabajadores de la Salud que se pregunten sobre la trascendencia e importancia de su tarea diaria, cuando se acepte que las soluciones para una mejor salud de la población, no se encuentran en el perfeccionamiento administrativo, ni en la difusión de innovaciones, sólo en la práctica diaria comprometida con las condiciones de vida de un sector muy definido de la población.

Los Trabajadores de la Salud tarde que temprano por iniciativa individual gremial o política, llegarán a despojar de su actuar el componente técnico del lugar privilegiado en que se encuentra, y a revestir su quehacer de los componentes sociales de los que se encuentra tan alejado.

Hay unos logros que percibimos como potencial para el personal de salud, se refiere al concepto de lo que es la buena o regular medicina, es decir, de primera, de segunda o tercera clase. Cuando se explica a la población las condiciones que contribuyen a la enfermedad, como se defiende la salud, o a una madre afligida que esa muerte pudo evitarse se está haciendo verdadera medicina y de primera clase.

La situación se plantea a la manera de Berlinguer (177) como una "alternativa entre administrar honestamente los negocios de un Estado que por cierto no es neutral e introducir en sus actividades elementos de renovación general".

Al iniciarse la presentación de los datos de este grupo, se anotó la extrañeza que causó el no encontrar diferencias fundamentales en la tabulación de los tres sub-grupos en los cuales fueron divididos.

La información completa permite afirmar que ante el supuesto "peligro

(177) Berlinguer, Giovanni. Medicina y Política. Op. Cit. p.73

o amenaza" que puede representar la participación de la Comunidad al ser introducida en los servicios de salud, se borran situaciones anteriores creadas por las jerarquías artificiales de una organización formal, y se presenta un bloque relativamente homogéneo.

El calificativo de peligro se basa en la introducción de un componente que no se adivina fácilmente manejable, que traerá cambios en la segura rutina de lo conocido, cuyas modalidades de acción se desconocen.

El programa de Participación de la Comunidad en Salud deberá tener sustanciales modificaciones si se quiere que subsista dentro del lineamiento conceptual que anima esta metodología y aún otras más sencillas o elementales en sus planteamientos.

Necesita una estructura administrativa propia para que no sea mirado con rechazo por el nuevo trabajo que se suma al habitual. Debe considerar esta nueva estructura: personal con dedicación exclusiva, recursos físicos, presupuesto, transporte. En el momento actual no hay forma de demostrar con las estadísticas usuales, cual es la inversión de tiempo que el personal de salud hace en el trabajo con la comunidad, por lo tanto no se contabiliza, lo que quiere decir que no existe.

La estructura administrativa propia por lo menos contribuye a crear las condiciones que harían posible la discusión conceptual y el diseño de metodologías innovadoras.

El Programa no puede depender para su permanencia, de las características individuales de los Trabajadores de la Salud a quienes les gusta trabajar en la Comunidad.

La introducción de un nuevo personaje, el Responsable de Salud, no da resultado sino hay una reformulación global de la concepción y formas de prestar los servicios de salud a la población.

Se considera que un verdadero programa de Participación de la Comunidad en Salud debe contener un replanteamiento de lo que es salud, enfermedad, atención médica, que es un Centro de Salud, quien es y hasta donde puede actuar el personal de salud.

Debería considerar estos puntos:

1. Determinantes o causalidad social de la enfermedad y la muerte.
Este punto propone la necesidad de la teoría, la práctica sola no produce el milagro de la conciencia.
2. Concepto de atención de salud integral que rebase los artificiales límites de la atención médica de tipo curativo, y que tenga en cuenta los aspectos cualitativos.
3. Obligaciones del Estado con la población.
4. La salud como un derecho de la población.
5. Distribución diferencial de la enfermedad y la muerte según el sector social de que se trate.

6. Amplia difusión del conocimiento científico, entendimiento y aceptación del saber popular. Conti (178) señala al respecto de las aplicaciones de la medicina científica:

"Una humanidad cualitativamente diversa: menos diarréica y menos febril, lo cual significa que tolera menos el hambre, más impaciente por huír de la carestía, más capaz de lucha. Es este un momento susceptible de introducir transformaciones en la escena del mundo. Desde este punto de vista, la expansión de la medicina científica comporta la exasperación de las contradicciones".

- 7. Democratización de la salud. Significa bajar del pedestal a los Trabajadores de la Salud, eliminar en su justa medida el misterio que rodea procesos simples para hacerlos manejables al acceso de los otros mortales.
- 8. Planteamiento de la relación entre la forma de organización social y su expresión en las causas de la enfermedad y muerte.
- 9. Análisis de las relaciones entre la forma de vida y la salud a nivel individual y colectivo.
- 10. Facilitar los elementos de la realidad que contribuyan a la creación y fortalecimiento de una conciencia crítica y científica. Al respecto de la toma de conciencia, Conti dice (179).

(178) Conti, Laura. Estructura social y medicina. Op. Cit. p.306
 (179) Ibid. p. 299

"Pero si creo que se hace necesaria una toma de conciencia, aunque no albergó la ilusión de que ésta sea suficiente para cambiar el curso de la historia".

Como otros aspectos importantes con los cuales el Programa de Participación de la Comunidad en Salud puede tener relación, se encuentran:

- Contribución a las condiciones que presionen las reformas curriculares en las entidades que forman el personal de salud.
- La posible extensión del ámbito participativo en salud a otras esferas de la vida. Sólo por la fuerza se renuncia o se priva del ejercicio de los espacios conquistados.
- Apertura de un espacio democrático que defienda la representación popular.
- Contribución al cambio de la percepción de la comunidad como objeto de los servicios de salud, a reconocerla como un recurso potencial, lo que cambia su función tradicional de receptora.

1. COMENTARIOS FINALES

Al terminar el corte temporal de este trabajo se puede afirmar que el número y profundidad de los interrogantes ha aumentado y crecido en complejidad. Unos iniciales desaparecieron como tales, ya se tiene una aproximación a su contenido, otros aparecieron buscando respues-

tas que aún no se tienen, los más significativos se encuentran en la búsqueda del mecanismo que haga posible su implementación.

La satisfacción a la demanda del derecho a la salud se entiende en un contexto reivindicativo que exige el cumplimiento de las condiciones sociales de las cuales depende.

Reivindicación tendrá entonces el contenido de acción, de que ésta logre por lo menos interrogar lo existente, lo que se acepta o se obliga a aceptar sin cuestionamiento.

Molina (180) dice:

"La salud -como dijera Goethe de la libertad- se conquista cada día y por cada uno, exigiendo y practicando condiciones satisfactorias de vivienda, alimentación, trabajo, educación, recreación".

Pero estas condiciones no se producen por simple deseo individual, sólo la práctica y a través de ella la acción transformadora puede conseguirlo:

"El pueblo toma conciencia de su poder y de su fuerza en la medida en que lucha unido, cuando a través de acciones concretas prueba su fuerza en las batallas diarias". (181)

(180) Molina, Gustavo. Introducción a la Salud Pública. Op. Cit. p.11

(181) Por la democracia y el socialismo. Ediciones Suramericana. Bogotá. 1977. p.7

El tema de la salud puede llegar a constituirse en apertura o ampliación de la forma como se mira el mundo.

Estrella (182) afirma:

"El estado de salud depende del grado de desarrollo de la sociedad, pero también incluyendo la temática de la salud como parte de las reivindicaciones sociales se puede ayudar a la transformación de la sociedad".

Ferrara, Acebal y Paganini (183) reconocen la parcialización que el abordaje de salud representa pero afirman:

"Sin embargo esta parcialización puede convertirse en un momento determinado, en el elemento desencadenante de la acción reivindicadora que pueden ejecutar los pueblos, ello se debe a que cada uno de esos componentes tiene carga suficiente de injusticia concentrada como para generar con su simple expectativa una explosión de esperanza".

Así concebida la participación de la comunidad en salud, se presenta como un instrumento de lucha que conseguirá los fines de la defensa de la vida en la medida en que sepa utilizarse.

La participación total no circunscrita a salud sólo es posible con la propiedad, es en el campo del poder donde deben buscarse las soluciones.

(182) Estrella, Eduardo. Medicina Aborigen. Editorial Epoca. Quito. 1977
p. 27

(183) Ferrara, Floreal. Acebal, Eduardo. Paganini, José. Medicina de la

BIBLIOGRAFIA

- Abad, Héctor. Concepto ecológico de enfermedad. Asociación Colombiana de Médicos de Salud Pública. Acomsap. 1973
- Actas del Comité Coordinador del programa de participación de la comunidad en salud. Centro de Salud del Barrio Castilla. 1979
- Acuña, Héctor. El ayudante médico. Boletín O P S. 1977
- Acuña, Héctor. Participación de la Comunidad en el desarrollo de los servicios primarios de salud. Boletín O P S. 1977
- Andrade, Jorge. Papel prospectivo de las universidades latinoamericanas en la formación de recursos humanos para la salud. IX Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina en América Latina. La Habana. 1976
- Antioquia. Secretaría de Obras Públicas. Normas jurídicas para la organización de juntas de Acción Comunal. Medellín. 1976
- Arrubla, Mario. La democracia como mito. Alternativa, Bogotá. 1979-80
- Atención médica primaria en Cuba. Conferencia internacional sobre atención primaria de salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de diciembre de 1978
- Bannerman, R. H. La medicina tradicional en el programa de la O. M. S. Crónica de la O M S. 1978
- Bejarano, Jesús Antonio. El nuevo país económico. Alternativa, Bogotá, 1979
- Berlinguer, Giovanni. Medicina y Política. México, Ediciones Círculo de Estudios, 1977
- Bohórquez, Alix.Z. et al. Análisis de la morbi-mortalidad por enfermedades transmisibles en la ciudad de Medellín durante el período comprendido entre la semana epidemiológica No. 33 de 1977 y la semana epidemiológica No. 32 de 1978. Trabajo de investigación. Medellín. Escuela Nacional de Salud Pública. 1978

- Boltanski, Luc. El descubrimiento de la enfermedad. La difusión del saber médico. París, Centro Europeo de Sociología, 1968. En mimeógrafo.
- Boltanski, Luc. Puericultura y moral de clase. Barcelona, Laia, 1974
- Breilh, Jaime. Medicina de la comunidad en el imperialismo: una nueva policía médica. Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud. 1977
- Bryant, John. Los agentes de salud de la comunidad. Crónica de la O M S. 1978
- Buenaventura, Nicolás. Por la democracia y el socialismo. Bogotá, Suramérica. 1977
- Cardaci, Dora. Educación para la salud en el área materno-infantil. Tesis de grado. México, Universidad Autónoma Metropolitana. 1979
- Carta de Punta del Este. Washington, Oficina Sanitaria Panamericana. 1961. Publicación Varia 68
- Castillo, Gonzalo. Origen, naturaleza y desarrollo del subdesarrollo en América Latina. Medellín, Escuela Nacional de Salud Pública, 1971. (M-1891)
- Colombia. Ministerio de Salud. Componente de participación de la comunidad en el Sistema Nacional de Salud. Niveles de atención. Bogotá, 1979
- Colombia. Ministerio de Salud. Extensión de cobertura de los servicios de salud con base en atención primaria. Bogotá, 1978
- Colombia. Ministerio de Salud. Informe al Honorable Congreso de la República de Colombia. 1972-1973. Bogotá, 1974
- Colombia. Ministerio de Salud. Informe al Honorable Congreso de la República de Colombia. 1970-1974, Bogotá, 1975
- Colombia. Ministerio de Salud. Informe al Honorable Congreso de la República de Colombia. 1976-1977, 1974-1978. Bogotá

- Colombia. Ministerio de Salud. Manual general de organización: Volumen V Modelo normativo para unidad operativa local, Bogotá 1976
- Colombia. Ministerio de Salud. Manual operativo para el desarrollo del componente de participación de la comunidad en salud. Bogotá, 1978
- Colombia. Ministerio de Salud. Programa de integración de servicios y participación comunitaria en zonas urbanas. Bogotá, 1978
- Colombia. Ministerio de Salud. Sistema Nacional de Salud: guión de ponencia. Bogotá, 1979
- Consejo Político Nacional de Firmes. Puntos de Programa. Firmes 1979
- Consideraciones generales de la medicina comunitaria: Resumen final. Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud No. 2. 1975
- Conti, Laura. Estructura social y medicina. En Medicina y Sociedad, Barcelona, Fontanella, 1972
- Conferencia de Escuelas de Salud Pública en América Latina 9. Informe final. Educación Médica y Salud. 1977
- Comité de Trabajo para el estudio del impacto de la planificación familiar sobre la estructura demográfica económica y social de Colombia. Descenso de la fecundidad y la planificación familiar en Colombia 1964-1975. Corporación Centro Regional de Población, 1976
- Cuba. Constitución. Constitución de la República de Cuba: Tesis y Resolución. La Habana, 1976
- De los Ríos, Rebeca. Proceso de participación popular en la gestión de salud pública. Tesis de Grado. México, Universidad Autónoma Metropolitana, 1978
- Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, 1978
- Decreto-Ley 621 del 10 de abril de 1974 por el cual se revisa la organización administrativa del Ministerio de Salud. Bogotá, 1975

- Decreto número 1210 de 1978 (junio 26). Por el cual se reglamenta el artículo 4 de la Ley 14 de 1962 y el artículo 7 del Decreto-Ley 356 de 1975 con el fin de organizar las actividades docente-asistenciales en el Sistema Nacional de Salud. 1978
- Decreto reglamentario número 421 de 1979 (9 de agosto) por medio del cual se reglamenta el funcionamiento de las Unidades Intermedias Hospitalarias. Bogotá, Ministerio de Salud, 1979
- Decreto 350 del 4 de marzo de 1975 por el cual se determina la organización y funcionamiento de los Servicios Seccionales de Salud y de las Unidades Regionales. Bogotá, Ministerio de Salud. 1975
- Discusiones Técnicas. Desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud frente a la necesidad de la extensión de la cobertura. Boletín O P S. 1977
- Doronzynski, Alexander. Medicina sin doctores. Bogotá, Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo. Oficina Regional para América Latina y el Caribe. 1977
- Echavarría, R. y Castillo, E. Elementos para una teoría de la ideología. Cuadernos de la Realidad Nacional. Marzo 1971. Citado en Análisis Crítico del enfoque funcionalista en la salud. s.p.i.
- El Estado para quien lo trabaja. Alternativa, Bogotá 14:13 1977
- El médico general una respuesta al futuro. Bogotá. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. 1979
- El transporte otra tortura. Alternativa, Bogotá, 1977
- Empleo y desempleo en Colombia, Seric Anif, Bogotá, 1978
- Enseñanza de la medicina preventiva y social en las Escuelas de Medicina de la América Latina. Informe del comité del programa de libros de texto de la OPS/OMS. Educación Médica y Salud. 1975
- Estrella, Eduardo. Medicina Aborigen. Quito, Epoca. 1977
- Estudio descriptivo de la participación popular en la atención sanitaria primaria en un área rural de Cuba. La Habana. Ministerio de Salud Pública. Instituto de Desarrollo de la Salud. 1978

- Extensión de cobertura de los servicios de salud con las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad. Boletín de la OPS. 1977
- Fassler, Clara. Hacia un enfoque crítico de la investigación en servicios de salud. México, 1978. En mimeógrafo.
- Fergusson, Guillermo. Esquema crítico de la medicina en Colombia. Bogotá. Coocentros, 1979
- Ferrara, Floreal. Acebal, Eduardo. Paganini, José. Medicina de la Comunidad. Buenos Aires, Intermedica, 1972
- Fundamentos de filosofía marxista-leninista. Moscú, Academia de Ciencias de la URSS.
- Gandra, Domingo. El concepto de comunidad y su relación con los programas de salud. Educación Médica y Salud. 1977
- Gramsci, Antonio. Los intelectuales y la organización de la cultura. México. Editor Juan Pablos, 1975
- Henao, Samuel. Análisis de los accidentes de trabajo mortales ocurridos a los afiliados al ISS. Caja Seccional de Antioquia, Julio 1 de 1965 a Diciembre 31 de 1978. Medellín, 1979. Inédito.
- Hernández, Augusto. Situación de salud. Medellín, Escuela Nacional de Salud Pública. 1979. (M-2473)
- Hevia, Patricio. La participación de la comunidad en los programas de salud. Educación Médica y Salud. 1977
- Inventario de plantas medicinales. Crónica de la O M S. 1979
- La formación integral de los profesionales de la salud. Mesa Redonda de la IX Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina. La Habana. 1976
- La O M S en la encrucijada. Informe del Director General de la 30 Asamblea Mundial de la Salud. Crónica de la O M S. 1977
- Laurell, Asa Cristina. Investigación en sociología médica. Salud Problema. México, 1978
- Lerma, Carlos. Investigación docente-asistencial. Ponencia presentada en el seminario nacional sobre integración docente-asistencial. Rionegro, 1980.

- Lukacs, Georg. Historia y conciencia de clase. México, Editorial Grijalbo, 1969
- Llorens, José. Combinación del estudio y el trabajo en la formación de los profesionales de la salud. En: la formación integral de los profesionales de la salud. IX Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina, La Habana, 1976.
- Mahler, Halfdan. La medicina y los médicos del mañana. Educación Médica y Salud. 1977
- Mejía, Rodrigo y Suárez, Jorge Eliécer. Situación de salud en Colombia. Medellín. Escuela Nacional de Salud Pública. 1977 (M-2440)
- Molina, Gustavo et al. Community participation in primary health care: A Colombian experience world health forum. 1979
- Molina, Gustavo et al. El responsable de salud y la participación de la comunidad. Boletín O P S. 1977
- Molina, Gustavo. Introducción a la salud pública. Medellín. Universidad de Antioquia. 1979
- Molina, Gustavo et al. Teoría y práctica de la participación de la comunidad y de la integración docente-asistencial. Medellín, Escuela Nacional de Salud Pública. 1978. (M-2476)
- Newell, Kenneth. La salud por el pueblo. Ginebra, O M S, 1975
- Ortiz, Ricardo, Estrella Gorky y Sempertegui, Fernando. Coordinación del estudio y el trabajo en la formación de los profesionales de la salud. La Habana. 1976
- Periódico El Colombiano, Medellín, Enero 15 de 1980.
- Periódico El Mundo, Medellín, Diciembre 3 de 1979.
- Políticas de Salud de los Candidatos a la Presidencia de la República. 1978-1982. Medellín, Universidad de Antioquia. 1978
- Por la democracia y el socialismo. Ediciones Suramericana. Bogotá, 1977
- Plan Decenal de Salud para las Américas. Informe Final de la III Reunión especial de Ministros de Salud de las Américas. Chile, 1972

- Primeras Jornadas Departamentales de Médicos de Salud Pública. La Pintada, Antioquia, Relato General.
- Programas locales integrados de salud y bienestar en Antioquia: génesis, bases, contenido y organización de la integración operacional de abajo hacia arriba. IOPAA (1) Documento 3 abril 18 de 1975.
- Qué es y por qué lucha el partido comunista. Editorial Colombia Nueva, Bogotá, 1978
- Rajs, Danuta y Mercer, Hugo. Notas sobre el manejo de la información cuantitativa en la investigación social aplicada a la salud. México, UAM, 1975
- Ramírez, Hernán y Vasco, Alberto. Rediseño del Sistema Nacional de Salud: Participación de la Comunidad en los programas y actividades del Sector Salud. Bogotá, Ministerio de Salud. 1973
- Reunión de Ministros de Salud del área Andina. Santa Cruz. Bolivia. 1978
- Saborío, Flory et al. Medicina comunitaria: Un ensayo de interpretación. Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud. 1975
- Seminario. Utilización de auxiliares y líderes comunitarios en programas de salud en el área rural. Washington, Oficina Sanitaria Panamericana, 1975. Publicación Científica 296
- Sigerist, Henry. Historia y sociología de la medicina: Selecciones. Bogotá, Editor Gustavo Molina, 1974
- Silva, Julio. Curso sobre coyuntura electoral. 1978. En mimeógrafo.
- Silva, C., Julio. Los verdaderos dueños del país. Bogotá, Editorial Colombia Nueva, 1977
- Silva, C., Julio. Todos tributamos al Imperialismo. s.p.i.
- Torres, Jorge. La participación popular en los programas de salud. Revista Cubana de Administración de Salud. 1976
- Umaña, Eduardo. La Universidad de verdad. Alternativa, Bogotá. 1978

Universidad de Antioquia. Escuela de Enfermería. Nuevo Currículo. Medellín. 1979

Vargas, Fortunato. Extensión de la cobertura. Atención primaria de salud y participación de la comunidad: definiciones y conceptos operativos. Boletín O P S. 1977

Vasco, Alberto. Salud medicina y clases sociales. Medellín, La Pulga. 1975

Villar, Alvaro. El límite de lo racional. Alternativa, Bogotá. 1979

Villegas, Hugo. Recursos humanos y participación de la comunidad en los servicios de salud en el medio rural. Boletín. O P S, 1978

Watson, E. J. Necesidades sanitarias de la colectividad función del personal auxiliar de salud. Crónica O M S, 1976

Weinstein, Luis. Salud y democratización. Madrid. Villalar, 1977.

UNIDAD INTERMEDIA HOSPITALARIA DE CASTILLA

PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN SALUD

CANDIDATOS A RESPONSABLES DE SALUD

Barrio _____

No. _____ Fecha _____

A. IDENTIFICACION:

1. Nombre _____

2. Edad _____ 3. Sexo _____ 4. Escolaridad _____

_____ 5. Ocupación _____

_____ 6. Estado Civil _____

B. PERTENENCIA A ORGANIZACIONES:

7. Representa alguna organización del barrio _____ (si la respuesta es No, pasar a pregunta 11) 8. Cual _____

9. Tipo de vinculación _____

10. Tiempo de pertenencia _____

11. Peretenece usted o su familia a otras organizaciones _____

12. Cuales _____

C. CONOCIMIENTO DE LOS PROBLEMAS Y ACCION FRENTE A ELLOS.

13. En orden de importancia cuales son los principales problemas que tiene su barrio _____

14. Cual es la causa de ellos _____

15. De quien es la responsabilidad en la solución de estos problemas _____

16. Por qué _____

17. Hay alguna cosa que pueda hacerse para solucionar los problemas de su barrio _____

D. EXPECTATIVAS.

18. Por que desea ser Responsable de Salud _____

19. Que espera usted obtener al participar en este programa _____

20. Que efectos puede tener en la salud de las personas del barrio, el trabajo colectivo que se va a emprender _____

E. DETERMINACION DE LA ENFERMEDAD O LA SALUD.

21. Por qué se enferman las personas del barrio _____

22. Se enferman menos algunas personas del barrio _____

23. Por qué _____

24. Se enferman de las mismas cosas todas las personas que viven en los diferentes barrios de la ciudad _____

25. Por qué _____

F. CONOCIMIENTO EN SALUD.

26. Que es tener salud _____

27. Que es estar enfermo _____

28. Que hace usted frente a una enfermedad: Va al Centro de Salud _____
_____ Va al Hospital _____ Va al médico particular
_____ Recurre a la farmacia _____ Espera ver la evolución de
la enfermedad _____ Consulta a alguna persona _____
Relación con ella _____
Por qué la consulta _____

29. Que cosas sabe hacer o atender usted frente a una enfermedad o emer-
gencia _____

30. Como aprendió _____

31. Que cosas no sabe usted hacer frente a una enfermedad o emergencia

32. Sabe usted:
- . Poner inyecciones _____
 - . Que es una vacuna _____
 - . Para que sirve _____
 - . Atender un niño con diarrea _____
 - . Que se debe hacer _____

 - . Atender un niño con bronquitis _____
 - . Que se debe hacer _____

 - . Atender un niño con fiebre _____

 - . Que se debe hacer _____
- _____

- . Que es una citología _____
- . A quien se le debe hacer _____
- . Para que sirve el control prenatal _____

G. VISION ACERCA DEL PERSONAL DE SALUD.

33. Que funciones piensa usted que deberían desempeñar los trabajadores de la salud _____

34. Como desempeñan ellos esta función en relación a los habitantes de su barrio _____

35. Que facilita o impide el desempeño de las funciones que ellos deben realizar _____

36. Piensa usted que deberían hacer otras cosas _____
Cuales _____

H. VISION ACERCA DEL CENTRO DE SALUD.

37. Utiliza usted los servicios del Centro de Salud _____

38. Cuantas veces en este año _____ 39. Cuales servicios utilizó _____

40. Por que no utiliza los servicios de salud del Centro _____

UNIDAD INTERMEDIA HOSPITALARIA DE CASTILLA

PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN SALUD

PERSONAL DE SALUD

Trabajo: _____

Fecha: _____ No. _____

A. IDENTIFICACION.

1. Nombre _____

2. Año en que terminó sus estudios _____ 3. Tiempo en el Centro

de Salud No. 18 _____ 4. Pertenecen usted o su familia a algu-

na Organización Si _____ No _____ Cual _____

B. PREPARACION Y EXPERIENCIA EN EL TRABAJO CON LA COMUNIDAD.

5. Durante la preparación para el trabajo que desempeña, tuvo ense-
ñanza sobre el trabajo con la comunidad Si _____ No _____

Cual fué la duración _____ En que consistió _____

Hubo práctica Si _____ No _____ Cual fué la importancia
asignada _____

6. Posterior a su preparación básica, ha tenido oportunidad de ad-
quirir conocimiento Si _____ No _____ A través de que me-
dio: Teórico _____ Práctico _____ Explicación _____

7. Ha tenido experiencia en trabajo con la comunidad Si _____

No _____ Tipo _____

C. ACTITUD FRENTE A LA PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN SALUD.

8. Está integrado a los Equipos de Trabajo Si _____ No _____

Asiste a las reuniones con la comunidad _____ A las ordinarias

_____ 9. Por qué no se integró _____

10. Cree usted que el Programa contribuye a la formación de teguas

Si _____ No _____ Por qué _____

11. Cómo calificaría su actitud frente al Programa de Participación de la Comunidad en Salud:

Indiferencia _____ Aceptación _____ Rechazo _____

Explicación de la actitud _____

D. ORGANIZACIONES DE LA COMUNIDAD U ORGANIZACION PROPICIADA POR SALUD.

12. El contar con las organizaciones de la comunidad es: Adecuado _____

_____ Inadecuado _____ Por qué _____

13. Piensa que hay otras formas más adecuadas para la selección de los Responsables de Salud Si _____ No _____ Cuales _____

E. CAPACIDAD DE LA COMUNIDAD EN SALUD.

14. Cree que debe existir participación de la comunidad en un servicio de salud Si _____ No _____

15. Cómo considera que debe ser la participación de la comunidad. Necesaria _____

Indispensable _____ Opcional _____

16. Cree que la comunidad tiene capacidad de trabajar en aspectos de salud Si _____

No _____ Por qué _____

17. En que campos debería ser la participación de la comunidad en salud _____

Por qué _____

18. Cree que la intervención de la comunidad aportaría elementos de análisis al Centro de Salud Si _____ No _____ Cuáles _____

19. Cree que la participación de la Comunidad podría hacer que esta

mire en forma diferente al personal de salud _____

F. DIFICULTADES ENCONTRADAS EN EL PROGRAMA DE PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD.

(Con respuesta positiva en Pregunta No. 8)

20. Cuáles son las dificultades más importantes encontradas en la marcha del Programa, en lo que a usted respecta _____

G. PERSPECTIVAS DEL PROGRAMA DE PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD.

21. Cree que el programa de participación de la comunidad en salud plantearía cambios:

A). En la forma de prestar los servicios de salud. Si _____ No _____

_____ Cuales _____

B. En la forma como la población mira el personal de salud Si _____

No _____ Por qué _____

C. En la forma como el personal de salud mira la comunidad Si _____

No _____ Por qué _____

D. En la concepción que la población tiene acerca de la salud y la

enfermedad Si _____ No _____ Por que _____

H. CONOCIMIENTO ACERCA DE LOS PROBLEMAS DE LA ZONA DE INFLUENCIA DEL CENTRO DE SALUD Y DE LA ATENCION A LA POBLACION.

22. Cual cree que sea el principal problema que tiene la zona de influencia del Centro de Salud _____

Por qué _____

23. Cual es el principal problema de salud _____

24. Piensa que la Comunidad está bien atendida en sus necesidades de salud Si _____ No _____ Por que _____

UNIDAD INTERMEDIA HOSPITALARIA DE CASTILLA

PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN SALUD

ORGANIZACIONES DE LA COMUNIDAD

Barrio _____

Fecha _____ No. _____

A. IDENTIFICACION Y FUNCIONAMIENTO DE LA ORGANIZACION.

1. Nombre de la Organización _____

2. Tiempo de funcionamiento _____ Razones de surgimiento _____

3. Número de miembros activos _____ No. de habitantes _____

4. Cuánto tiempo lleva la Junta actual _____ Período de tiempo de cada Junta _____

5. Periodicidad de reuniones: Fijas _____ Cada cuanto _____
No fijas _____ Criterio _____

6. Dificultades para la realización del trabajo. Internas a la Organización _____

Externas a la Organización _____

Otros: _____

7. Realizaciones de la Junta actual _____

B. CONOCIMIENTO DE OTRAS ORGANIZACIONES DEL BARRIO.

8. Existen otras Organizaciones en el barrio. Si _____ No _____
Cuales son _____

9. Ha tenido oportunidad de establecer relación con las otras Organizaciones del barrio. Si _____ No _____ Con cual _____
Resultado _____

Cual considera usted que sea la causa de que no exista relación entre las Organizaciones del mismo barrio _____

C. PERCEPCION DE SALUD COMO AREA DE INTERES Y TRABAJO DE LA ORGANIZACION

10. Tiene la Organización establecidos Comités de Trabajo. Si _____
 No _____ Hay Comités de Salud _____ Funciones _____

Actividades realizadas: _____

Resultado de las mismas _____

D. VINCULACION O NO AL PROGRAMA DE PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN SALUD

11. Sabe que el Centro de Salud tiene el Programa de Participación de la Comunidad. Si _____ No _____ A través de que medio obtuvo la información _____

12. La Organización seleccionó sus representantes para ser Responsables de Salud. Si _____ No _____ Cuales son ellos.

Por qué no seleccionó sus representantes _____

13. Seleccione la posibilidad que considere más efectiva: vinculación personal y voluntaria para ser Responsable de Salud _____

Delegación de las Organizaciones de la Comunidad _____

Por qué _____

14. En qué aspectos podría darse la Participación de la Comunidad en Salud _____

15. Piensa que este Programa tenga otros propósitos diferentes a los de salud _____

E. ACTITUD DE LA COMUNIDAD FRENTE A LOS SERVICIOS DE SALUD.

16. Conoce que piensa la Comunidad acerca de los servicios de salud. Si _____ No _____ Qué ha expresado la Comunidad _____

