

Derechos reservados de El Colegio de Sonora, ISSN 0188-7408

Jesús Armando Haro
Benno de Keijzer (coords.) 1998,
**Participación comunitaria en salud:
evaluación de experiencias y tareas para el futuro**
El Colegio de Sonora, Produssepe, A. C.,
Organización Mexicana para la Salud, Hermosillo, 304 pp.

Patricia L. Salido Araiza*
Manuel Alberto Santillana Macedo**

“... la participación comunitaria en salud no se otorga,
sino que se gana en la lucha.”

David Werner

Durante febrero de 1995 se llevó a cabo, en El Colegio de Sonora, un foro de análisis y revisión de experiencias sobre la participación comunitaria en salud en México. Uno de los importantes productos de este evento es el libro *Participación comunitaria en salud: evaluación de experiencias y tareas para el futuro*, recientemente publicado con el patrocinio de la Organización Panamericana de la Salud, la asociación civil Promoción de Servicios de Salud y Educación Popular (PRODUSSEP) y el propio Colegio de Sonora. Los compiladores, Armando Haro y Benno de Keijzer, se dieron a la difícil tarea

* Investigadora de la Dirección de Desarrollo Regional, del Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C., Se le puede enviar correspondencia a CIAD, A. C., km.0.6 Carretera a la Victoria. Correo electrónico: psalido@cascabel.ciad.mx

** Investigador Asociado, Unidad de Investigación en Epidemiología y Sistemas de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social, Hermosillo, Sonora. Se le puede enviar correspondencia a Av. de los Mayos 1271. Fracc. Camino Real, Hermosillo, Sonora. Teléfono 01(62) 19-60-89.

de integrar en un texto, tanto los trabajos de participantes que teorizaron, como Eduardo Menéndez, hicieron aportaciones metodológicas, como María Teresa Cerqueira y Daniel Mato, politizaron, como David Werner, o narraron experiencias de su quehacer cotidiano, como Rosendo García Pérez, Mercedes Ballesté y Pilar Muñedas, Carmen Castro y Marcia Contreras, Martín Pérez Cáceres, el mismo David Werner o, Alberto Ysunza Ogazón, entre otros. Todo en un complicado mosaico que es conveniente diseccionar.

Es cierto, como dicen los coordinadores, que existen al menos tres problemas básicos de inicio; uno conceptual: ¿qué es la participación social-comunitaria-pública en salud? (así utilizada por diversos autores en este texto), otro metodológico: ¿cómo, quién, cuándo se diseña y, más aún, se evalúan las experiencias de participación social en salud?, y ¿cuál es el objetivo de la participación social en salud? Los compiladores intentan en la parte final lanzar ejes orientadores sobre estas interrogantes, definiendo una posición autogestiva-democratizadora como eje de trabajo y, a la vez, medio y fin de la participación social en salud. Luego de la lectura del libro, esta serie de interrogantes quedan aún pendientes y, además, se les suman otras derivadas de las ponencias y mesas de trabajo de este seminario. Entre ellas, ¿cómo influyen los agentes externos económicos, sociales y políticos sobre la participación social en salud?, ¿es siempre el objetivo la autogestión?, ¿es la autogestión un medio y un fin simultáneo?, ¿qué es y cómo se mide la flexibilidad de la participación social en salud?, ¿cuáles pueden considerarse las metodologías de evaluación de la participación social en salud?, etcétera. Comencemos desde el principio. Es sin duda David Werner uno de los personajes centrales de este libro, tanto por su historia personal de más de treinta años en la experiencia cotidiana, recogida en este texto en el capítulo "Salud rural autogestiva: el proyecto Piaxtla" —escrito en coautoría con Roberto Fajardo—, como en la parte teórica reflexiva con su capítulo titulado a manera de interrogante "Participación comunitaria en salud". En este último capítulo, que abre las participaciones, Werner enfoca su crítica sobre el saber/poder logrado por las comunidades cuando se logra una efectiva participación comunitaria en salud que obtiene por tanto autogestión, democracia interna de la comunidad y cambios más allá del

ámbito de la salud. Por esto, dice Werner, “es necesario observar la forma en que las agencias financiadoras tratan de reducir la salud a criterios tecnológicos” (p. 19). Es decir, resumiendo a Werner, cuidar que la efectiva participación en salud, como práctica de la libertad comunitaria —diría Paulo Freire—, tiene los riesgos de una despolitización, una apropiación de los términos y conceptos por parte de las instituciones oficiales de salud y, además, con los riesgos siempre crecientes, de la modificación de las estrategias de participación comunitaria en función del poder político y social alcanzado.

El siguiente trabajo, de María Teresa Cerqueira y Daniel Mato, de la OPS, nos muestra un excelente esfuerzo de sistematización. Típico de los textos de la OPS y OMS de los últimos años, este capítulo centra su energía en los aspectos metodológicos. De hecho, todo el capítulo es una guía conceptual y metodológica de cómo evaluar y considerar los logros y desaciertos del trabajo comunitario en salud. Si bien, los lineamientos de este capítulo se ubican en la evaluación de la participación comunitaria, es tal vez el único de todos los capítulos del libro que toma una posición clara ante/con las instituciones de salud: “para que haya apertura a la evaluación participativa y no frenen las posibilidades de que ésta se logre” (p. 29). Aun así, es de rigor metodológico reconocer este punto cardinal y como tal, los autores lo expresan al inicio de este capítulo, es un modelo para armar, no es una metodología acabada, ni libre de sesgos teóricos, conceptuales y, en fin, ideológicos. Desde nuestra perspectiva, este capítulo ofrece a los lectores y todos aquellos que se dedican al trabajo comunitario, una poderosa guía de trabajo, evaluación y análisis del mismo.

Eduardo L. Menéndez en “Saber local y toma de decisiones” elabora uno de sus artículos menos densos, sin perder profundidad conceptual ni teórica, de los últimos años. Así, parte de discriminar tanto la confusión de términos, conceptos, propuestas, metodologías y experiencias que se han utilizado en varios años de trabajo comunitario-social-público en salud, conceptos utilizados indistintamente en este libro por los diversos autores. Los otros dos ejes de su trabajo son el reconocimiento de que mucho con lo que se trabaja en salud comunitaria es, por un lado, marcos conceptuales e ideológicos ya utilizados por la antropología médica y culturalista o la

sociología, como por la reutilización de técnicas y saberes de las experiencias de grupos marxistas, sindicales o incluso cristianos-sociales desde hace casi un siglo en su trabajo comunitario y de promoción de la participación social. El asunto clave, señala Menéndez de inicio, es que "la ahistoricidad dominante tiende constantemente a anular" esta vinculación técnica, política y académica. Otros dos elementos básicos en este trabajo son el reconocimiento de los factores externos políticos y económicos y sus repercusiones en el trabajo comunitario y participación social en salud. Así, no es lo mismo considerar el trabajo comunitario y participación social con crisis económica o política nacional que sin ella, y cómo esto incide en la evaluación del trabajo, cómo se afecta por estos factores o cómo se modifica. Por otro lado, el reconocimiento del papel e interpretación-construcción de la realidad de los actores sociales, o sea, que no es posible concebir el desarrollo y evaluación de la participación social sin la opinión, interpretación, toma de poder y evaluación de los propios actores, que es la comunidad o población donde se trabaja.

La estructura del libro incluye una serie de experiencias de participación comunitaria en salud, llevadas a cabo en diversas regiones de México. En su mayor parte, estos casos se ubican en el marco rural y pese a mostrar una problemática común, a cada uno corresponden aquellas peculiaridades que tienen que ver con su localización geográfica y condiciones de existencia, entre otros aspectos. "Salud rural autogestiva: El Proyecto Piaxtla", de Roberto Fajardo y David Werner, muestra de qué manera es posible lograr la participación de los actores sociales, más allá del campo de la salud, la participación de la gente en la defensa de sus derechos. El Proyecto Piaxtla nace hace más de veinte años, en la sierra de Ajoya, del estado de Sinaloa, una región aislada y en condiciones de pobreza, de desigualdad social. Desde su inicio, se sientan las bases cooperativas del proyecto, donde el cuidado de la salud se entiende no sólo como un derecho de todos, sino también como la responsabilidad de cada persona. Destaca, entre las características de este proyecto que es dirigido por campesinos locales, su programa de capacitación. Se trata de difundir el concepto de optimización de recursos mediante el uso de tecnologías alternativas, tanto en lo relacionado con la curación de las enfermedades como con la alimentación

y la producción (p. 95). También, su metodología, cuyas técnicas se orientan a la transmisión adecuada de conocimientos. Entre sus actividades, deben notarse aquellas relacionadas con el mejoramiento del nivel de vida en la comunidad, como lo son la creación de un banco de maíz y la habilitación de tierras para riego. Pese a los problemas observados a lo largo de esta experiencia de participación popular en salud —tanto internos como aquellos derivados del contexto regional más amplio—, su alcance ha traspasado las fronteras nacionales, al constituirse en una referencia obligada en cualquier proyecto que contemple la salud rural autogestiva. Entre sus productos se incluye la creación de otros proyectos y programas, como “Prójimo” y “Niño-a-niño”; también la publicación y distribución de reportes y un libro (*Donde no hay doctor* de Werner), así como la participación de promotores del Proyecto Piaxtla en eventos de enseñanza a promotores de salud rural fuera de la región.

Rosendo García Pérez expone el caso de la organización de médicos indígenas en el estado de Chiapas (OMIECH), como una forma de lucha del movimiento indígena ante los embates de las políticas de aniquilamiento y modernización. A mediados de los ochenta, esta organización surge tras fallidos proyectos de salud institucionales, ante el esfuerzo y la perseverancia de un pequeño grupo de técnicos promotores bilingües, comprometidos con la medicina tradicional y la salud indígena. La OMIECH tenía como objetivos el fortalecer y desarrollar la organización indígena independiente y la medicina indígena tradicional y herbolaria de la región (p.113). Su esfuerzo en la promoción de la medicina tradicional se cristaliza en el Primer Encuentro de la organización, en noviembre de 1986. Este evento despertó gran interés entre los participantes, se crearon nuevos proyectos y se expandió el número de socios de la OMIECH (de 30 miembros que la componían inicialmente, pasaron a 700 a mediados de 1988). Esta organización ha desarrollado programas específicos diversos, los cuales pueden ser solicitados por las comunidades de acuerdo con sus necesidades, bajo una premisa consensual. Destaca el Programa de Capacitación Continua a Parteras Tradicionales, en atención a la problemática de la mujer indígena y, especialmente, a las necesidades de capacitación de las parteras “para capacitar a su vez a las mujeres en las comunidades” (p.119).

La experiencia del Proyecto CRISE (Centro Rural Integrador de Salud y Educación), es particularmente reveladora del proceso de integración de un equipo de trabajo conformado por un pequeño grupo de personas provenientes de fuera de la Sierra de Huimanguillo, Tabasco, con esta comunidad, con el objetivo de buscar y trabajar conjuntamente en soluciones a las apremiantes necesidades de la región. Las actividades del proyecto CRISE inician a finales de los ochenta, con el apoyo de las secretarías de educación y la de salud, a dos aspectos básicos: educación y atención a la salud. Los principios que guían el quehacer de este equipo son organización, educación y gestión, desde una perspectiva integradora, con la comunidad. Aunque al parecer, el proyecto se encuentra aún dirigido por agentes "externos", la meta a alcanzar permanece: "depositar en manos de los grupos organizados de la región su autonomía y destino" (p.187). Destacan entre sus logros en el área de la salud, además de cubrir el vacío de un registro de datos epidemiológicos y formar grupos de salud con miembros de la comunidad, la erradicación de algunas enfermedades y el control y la prevención de otras, así como la disminución de los niveles de desnutrición.

Alberto Ysunza Ogazón presenta la experiencia del Centro de Capacitación Integral para Promotores Comunitarios (CECIPROC), en zonas rurales indígenas de la Sierra Norte de Oaxaca. El modelo de capacitación seguido toma en cuenta una metodología participativa, donde los capacitandos interactúan "en todas las áreas y fases de la capacitación con el propósito de que toda acción se haga con investigación" (p.197). El programa, que va dirigido a los promotores comunitarios en salud pertenecientes a varios grupos étnicos, se basa en un componente teórico, realizado en las instalaciones del centro, y otro práctico, efectuado en la región. Entre otras actividades del CECIPROC, llama la atención el impulso a programas de desarrollo comunitario derivados del modelo de capacitación, mismos que toman como eje de trabajo la salud y su impacto social, así como el reforzar los propios programas de capacitación de los promotores. A diferencia de otros proyectos/programas que involucran la participación de la comunidad, CECIPROC incluye un modelo de evaluación y la intención de diseñar un sistema de monitoreo para la medición de efectos a mediano y largo plazo.

Castro y Contreras, por su parte, describen en forma histórica el proceso de participación en salud de un grupo de mujeres, en una colonia popular de Hermosillo, Sonora. El Comité de Desarrollo Comunitario de la Colonia Eusebio Kino, A.C., inicia a mediados de los ochenta bajo la tutela y patrocinio del Patronato de Medicina Social Comunitaria A.C., de Tijuana, con un grupo de promotoras de salud, capacitadas y coordinadas por un médico de ese patronato. Muy pronto —al retirarse la institución patrocinadora— este grupo mostraría una gran capacidad de organización, autogestión, y su tenacidad para desempeñar su trabajo comunitario, donde el liderazgo ha jugado un papel central (p.142). Las acciones del grupo se hallan fundamentalmente orientadas al área de la salud, aunque incluyen también otros proyectos como el de la cocina popular, el de crédito para la autoconstrucción de vivienda y el Proyecto productivo de la lavandería. Con todo y los problemas afrontados a más de una década de su integración, el Comité se ha desenvuelto exitosamente en su cometido y consolidación.

En “Autogestión en salud con perspectiva de género”, Ballesté y Muriedas analizan el desempeño de SIPAM (Salud Integral para la Mujer, A.C.), organización que se establece en 1987. Su actividad se encuentra dirigida a la mujer y su salud, con un amplio radio de acción que abarca a mujeres de muy diversos sectores “y experiencias personales y organizativas” (p.128). Entre sus acciones destacan, entre otras, la conformación de la Red por la Salud de las Mujeres y la inclusión de algunas de sus propuestas en instituciones del sector salud. Es de reconocerse merecidamente el esfuerzo que este puñado de mujeres ha iniciado y consolidado en apenas una década, contribuyendo al fortalecimiento del movimiento de mujeres y feminista a un nivel más amplio.

En otra parte teórica-narrativa de experiencias del libro, Benno de Keijzer, Emma María Reyes y Gerardo Ayala exponen en “Salud mental y participación social” uno de los nudos gordanos de la salud y la participación social. Esto es, porque si con saberes técnicos sencillos y no ambiguos como los de rehidratación oral existen problemas de evaluación y ejercicio empírico, más aún en los ambiguos, pero tanto más necesarios, de la salud mental. “Hablar de salud mental” dicen los autores, “es hablar de un proceso no lineal de cons-

trucción cotidiana individual y colectiva del ser humano en relación con sus sentimientos, su cuerpo y su medio". De esta forma, sí es posible entenderse, porque se definen una posición y concepto de entrada. Ante esta propuesta se aclara que ha habido una ausencia o mínima participación en salud de las instituciones oficiales, universitarias e incluso de las ONG's en la promoción de la salud mental. En este capítulo, uno de los más ricos por su reflexión y autocrítica, se distingue entre los procesos o problemas "macros" y "micros" de la salud mental, sin descartar su interrelación. Macros, como el proceso de alcoholización, la violencia y los problemas psicossomáticos derivados de una crisis socio-política-económica y, los micros como es la disfuncionalidad familiar, las adicciones individuales —en especial el alcoholismo—, el componente psicológico de las enfermedades y el complejo angustia-ansiedad-depresión derivados de una problemática económica familiar e individual. Esta distinción es un brillante punto aportado, ya que permite orientar los esfuerzos de promoción en varios ejes de trabajo, así como su avance, evaluación y límites entre el trabajo individual, el familiar, grupal, comunitario y el social. Por otro lado, la única consideración hacia los autores es que no contemplan la necesidad de que los participantes de un grupo de trabajo comunitario en salud mental, deban estar en constante revisión de su propia integridad y salud mental. Ello, para evitar en lo posible contaminaciones o "contratransferencias nocivas", por así decirlo dentro de una escuela de pensamiento psicológico.

El siguiente capítulo, de Catalina Denman, Francisco Lara y Jill de Zapién es un mosaico dentro de otro mosaico. En efecto, "Salud pública, medio ambiente y participación social en el contexto fronterizo" narra las experiencias y teoriza sobre ellas, además, de tres ejes de trabajo sobre el campo de la frontera Sonora-Arizona de ambos Nogales. Aunque no siempre están relacionados estos ejes de trabajo en el capítulo de Denman y colaboradores, el mismo es un magnífico intento de integración de trabajo participativo de las poblaciones fronterizas nogalenses. Esto, en un espacio donde coinciden una de las economías más desarrolladas de fin de siglo y la economía de un país con mucho menor desarrollo, que no acaba nunca de reiniciarse, merece reconocimiento. Empero, lo que se narra

en este capítulo son tres trabajos en uno solo. Por ejemplo, en la primera parte se describen las experiencias de trabajo de participación pública en salud en la defensa del medio ambiente, después se describe el trabajo de la Revisión de la Atención primaria en Salud realizado en Nogales durante cerca de ocho años y, por último, se expone la experiencia del proyecto conocido como "Ambos Nogales". Cabe señalar que, pese a lo complejo de este capítulo existen un par de propuestas clave. Una de ellas es la necesidad de reconocer los puntos comunes, espacios e interrelaciones, como tolerar las disensiones, distancias o francas diferencias culturales-sociales-políticas y económicas a nivel micro y macro de poblaciones con un espacio común. Esto no sólo en el campo de los espacios fronterizos binacionales sino también en los intrarregionales de un país, e interétnicos. La otra propuesta es la de considerar independencias. Los autores del capítulo insisten en reiteradas ocasiones en la necesidad que hubo de conformar comités —de diversa índole, salud o no— en cada lado de la frontera. Así, con cierta tautología de por medio, si se persigue un "éxito razonable" como señalan los autores (p.272), es porque en estos comités se consigue y logra llevar a cabo "una lista de temas de discusión clara y si de ésta resulta una agenda de trabajo con acciones concretas y transparentes" (p.275).

En su parte final, el libro abre, sin agotar, una serie de reflexiones sobre el seminario y las mesas de trabajo obtenidas del foro de donde deriva la obra. Nos centraremos en tres. La primera es la uniformidad en las experiencias, que no tanto en las aportaciones teóricas, de la necesidad y participación activa de los líderes. Uno se cuestiona, dado que tal parece ser la necesaria conclusión de los compiladores, cómo se logra un "líder con ciertas características como el carisma, la capacidad de convocatoria, de saber crear respeto y tener capacidad de escucha" (p.286). El siguiente aspecto es el financiamiento. Tal vez porque tiene el doble vínculo de oportunidad y desventaja, este aspecto ha regulado, con mucho la participación de las ONG's. Es indudable que constituye un nudo de difícil salida, con todo y haber logrado capacidad de autogestión en los grupos donde se experimentó la participación y promoción de/en la salud. Aunque a nuestro juicio, la participación comunitaria en salud no debiera pararse o suspenderse por falta de financiamiento, es inne-

gable que en los tiempos actuales de crisis económica el dinero para trabajar y hacer las cosas, es simplemente necesario. Queda sólo por reflexionar que un aspecto, tocado tangencialmente en este libro, pero sin duda vigente en la actualidad, es la "competencia" por financiamiento a proyectos comunitarios. Esto ha tocado visos de "carnibalismo" entre ONG's, académicos y grupos políticos o comunitarios ante agencias de financiamiento gubernamentales, civiles o de otro origen. Punto cuya trascendencia no es trivial y sería urgente ahondar. Por último, la relación y experiencia con las instituciones oficiales. Esto parece ser un aspecto pantanoso. Casi todas las experiencias narradas en este libro hablan de relaciones conflictivas o difíciles con el sector oficial de la salud. Aquí quedan muchas dudas: ¿ha sido siempre así?, ¿existen experiencias exitosas del sector o alguna institución u hospital de la salud pública o seguridad social mexicanas? ¿si no ha sido así, por qué? ¿cómo mira la institucionalidad oficial en salud y seguridad social al trabajo comunitario en salud? Aspectos dignos de tocarse en un próximo texto que invitamos a los compiladores a realizar.

Por último, no queda sino invitar de nuevo a la lectura del libro —un verdadero aporte colectivo—, cuya importancia y valor hemos querido patentizar en estos comentarios.

