

EL CONOCIMIENTO Y LA CONFIANZA COMO BASE DEL TRABAJO CON LAS COMUNIDADES: UNA EXPERIENCIA CON HABITANTES DEL BARRIO EL PARAÍSO BOGOTÁ

María Claudia Duque Páramo Ph.D*

Resumen

Desde 1999 hemos venido desarrollando una experiencia comunidad-universidad entre personas del barrio “El Paraíso”, en Bogotá, y la facultad de Enfermería de la Universidad Javeriana. Utilizando un modelo participativo, y con recursos limitados, a través de nuestro trabajo conjunto logramos desarrollar, entre 1999 y 2001, programas comunitarios de atención en salud a la población infantil en escuelas y guarderías, programas de promoción de la salud con grupos de adultos, e investigaciones sobre conocimientos y prácticas en el cuidado de la salud y sobre itinerarios terapéuticos en el cuidado de la salud de los infantes. Esta experiencia muestra las ventajas de los enfoques participativos, y el papel que juegan en la construcción de asociaciones basadas en el conocimiento mutuo y la confianza. Los programas de salud han sido diseñados integrando el capital social acumulado por las personas del barrio a través de su larga historia de participación comunitaria y activismo social, así como otros recursos e instituciones de la comunidad, y los conocimientos y capacidades de las enfermeras que

* Profesora Titular. Facultad de Enfermería. Pontificia Universidad Javeriana. Ph.D. en Antropología, MSc en Psicología Comunitaria. Esp. en Enfermería Pediátrica

actuamos como asesoras. Finalmente, se concluye con una discusión sobre las ventajas, obstáculos y limitaciones de los enfoques participativos.

Palabras Clave: Participación comunitaria en salud – Proyectos basados en la comunidad – Investigación participativa – Itinerarios terapéuticos – Barrio el Paraíso – Bogotá – Salud infantil.

Abstract

Since 1999, a campus-community partnership experience, linking the school of Nursing of the Universidad Javeriana with people from a neighborhood in Bogotá, Colombia, has been in operation. Using a participatory approach, and with much very limited financial resources, the partnership has developed child and community health programs, health education, and research on health care practices, therapeutic itineraries in infant health care, and the history of the neighborhood. This experience demonstrates the advantages of participatory approaches in building partnership through mutual knowledge and trust. Health programs have been designed, integrating community's social capital based on a long history of participation and activism, community's resources as well as nurses' knowledge and skills as advisors. Advantages, obstacles, and limitations of participatory approach are discussed.

Introducción

Desde la Declaración de Alma Ata en 1978 (1), la Participación Comunitaria en Salud (PCS) ha sido propuesta como una estrategia para mejorar el nivel de vida y de salud de las personas y de los colectivos. Sin embargo, no existe una única concepción, sino que, por el contrario, la PCS se ha entendido y expresado de diversas maneras y modalidades. Algunas experiencias de la década del setenta y del ochenta muestran a la PCS como una estrategia a través de la cual los grupos de menores ingresos trabajaron de manera gratuita, produciendo las obras y los servicios que el Estado no les ofrecía. Así, mientras los dineros públicos se utilizaban en la construcción de obras de infraestructura en las zonas donde habitaban las clases altas y medias, los pobres debían participar con su tiempo, mano de obra, y, algunas veces, con dinero en la construcción de servicios básicos como los puestos de salud y los acueductos (2).

Otro tipo de experiencias, durante las décadas del ochenta y del noventa, se centraron en utilizar la participación comunitaria como una opción política alternativa que promoviera el cambio social (3), y en el empoderamiento de las comunidades marginales generando, en algunos casos, verdaderos procesos de participación política y desarrollo comunitario. Sin embargo, muchos de estos proyectos se vieron truncados por su mismo éxito ya que fueron vistos por las autoridades como una amenaza al poder hegemónico (4).

Las reformas de salud en América Latina, implementadas desde los noventa, han propiciado una nueva modalidad de participación en la que el empoderamiento de las comunidades se deja casi de lado y el propósito de la participación es mejorar la eficiencia institucional (3). Aunque en el contexto colombiano la reforma de salud ha promovido más este último tipo de participación en la que los usuarios se convierten en vigilantes de las instituciones de salud, en los programas de enfermería en salud colectiva de la Universidad Javeriana, hemos continuado desarrollando experiencias participativas a través de proyectos diseñados y ejecutados de manera conjunta entre personas de la comunidad, estudiantes de pregrado y docentes del Departamento de Salud Colectiva. En este artículo presentamos una experiencia del trabajo conjunto desarrollada desde 1999 hasta 2001 con personas del barrio “El Paraíso” en Bogotá.

Razones y motivos de la experiencia

El barrio “El Paraíso”, fundado en 1945, está localizado en las montañas orientales de Bogotá, a un costado de la Universidad Javeriana. La mayoría de sus 2.452 habitantes (271 familias) están dentro de la clasificación 1 y 2 de estrato socioeconómico (5). “El Paraíso” tiene 10.22 hectáreas, de las cuales el 80% tiene un uso habitacional y el 20% se usa con fines recreativos. En el año 2000 el 91.6% de las personas económicamente activas se encontraban empleadas o subempleadas desempeñando oficios como chofer de bus, albañil, mecánico, pintor y cuidadore de carros. La mayoría de las viviendas tienen los servicios públicos básicos, y 147 hogares carecen de servicio telefónico.

Desde los inicios del barrio, sus habitantes han tenido muchas y variadas experiencias de participación comunitaria y de procesos de negociación con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, a través de las cuales han logrado obtener y mejorar su acceso a los servicios públicos y a los servicios de salud (6). En el año 2000, cuando trabajamos la mayor parte de la experiencia referida, además de la Junta de Acción Comunal, había siete diferentes organizaciones comunitarias conformadas tanto por personas de la comunidad en general, como por mujeres, jóvenes y adultos mayores.

La relación entre “El Paraíso” y la Universidad Javeriana ha sido bastante cercana. De hecho, los primeros habitantes del barrio vivieron en lo que actualmente es la zona de Cataluña en la Universidad (donde actualmente se encuentra la Facultad de Artes) y de allí salieron hacia su nuevo barrio, cuando la dueña de los terrenos los vendió a la universidad. Puesto que la Javeriana queda en el camino hacia la carrera séptima y otras vías de acceso a la ciudad, las personas del barrio acostumbran a pasar por la universidad en su camino

desde y hacia el trabajo o el estudio. Asimismo, desde los años sesenta, y de manera discontinua, ha habido diversas experiencias de intervención social y de trabajo de conjunto entre algunas facultades de la Universidad con grupos del barrio.

En el primer semestre de 1999 la Facultad de Enfermería, a través de Análida Garavito, entonces directora del departamento de Salud Colectiva, fue invitada unirse a la Facultad de Odontología para realizar, de manera conjunta, un programa de salud comunitaria en “El Paraíso”. En esa época había estudiantes de odontología que además de realizar tratamientos curativos en el puesto de salud, contribuían con acciones de promoción de la salud oral en las escuelas y los Hogares de Bienestar Familiar (Hobis). En el Departamento estuvimos muy interesadas en trabajar con esta comunidad porque nos parecía un muy buen sitio para lograr diferentes propósitos educativos y de servicio que son, para nosotras, prioritarios: servir a una comunidad cercana a la universidad, y en la que al mismo tiempo que estudiantes de diferentes semestres dieran cuidado de enfermería, con un enfoque participativo en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad a los diversos grupos poblacionales, lograran sus objetivos de formación en el marco de un proyecto continuo que incluyera la investigación aplicada. Puesto que nuestro plan de estudios se basa en el ciclo vital, a través de los ocho semestres de la carrera, las estudiantes van adquiriendo experiencias de aprendizaje al dar cuidado de enfermería a individuos y grupos de niños, mujeres, adultos y ancianos tanto en hospitales como en comunidades.

Algunas de nosotras compartíamos de tiempo atrás el sueño de un proyecto continuo con una comunidad, en la que estudiantes y profesoras de diferentes semestres atenderíamos sus necesidades de salud en cuanto a la promoción y a la prevención, al mismo tiempo que realizaríamos investigaciones surgidas de los problemas de la población con el fin de que el cuidado de enfermería mantuviera una relación directa con los hallazgos investigativos. “El Paraíso”, por lo tanto, parecía en ese momento el lugar ideal para comenzar un proyecto a largo plazo que, eventualmente, pudiera obtener financiación externa.

Cuando conocí a don Juan¹, el presidente de la Junta de Acción Comunal, en mayo de 1999, me encontré con que también él tenía sus propios sueños. Me expresó su deseo de tener estudiantes trabajando como enfermeras en el puesto de salud, prestando servicios curativos tales como formular medicamentos, atender heridos y personas accidentadas y “tal vez también atender partos, como lo hicieron algunas señoras de la comunidad que fueron entrenadas por médicos y enfermeras hace algunos años.” Él también se veía orgulloso cuando me explicó que, a diferencia de otros barrios de Bogotá, la comunidad de “El Paraíso” seguía siendo la dueña del puesto de salud, que ellos mismos construyeron en los años setenta a base de trabajo comunitario voluntario y de bazares. Me contó que cada vez que habían solicitado a la Secretaría de Salud de Bogotá que les enviaran profesionales o técnicos de salud, de allí les habían respondido que les podrían enviar personal bajo la condición de que el puesto de salud pasara a ser propiedad de la Secretaría de Salud, y luego don Juan afirmó seriamente: “no queremos que ellos nos roben nuestro puesto de salud, como la Secretaria de Educación hizo con las escuelas que también construimos nosotros.” Mientras conversábamos y me mostraba la planta física del puesto de salud, me

¹ Seudónimo.

contó varias historias de una época en la que el puesto de salud era como un “pequeño hospital” en el que señoras de la comunidad, entrenadas y apoyadas por médicos y enfermeras voluntarias, atendían 24 horas.

Empecé, pues, a pensar que tal vez él esperaba revivir ese pasado con la ayuda de nuestras estudiantes de enfermería. También entendí que nuestro sueño de una comunidad ansiosa y feliz de recibir nuestros servicios de prevención y promoción de la salud, no se iba a realizar. Además, yo tenía bastante claro lo mucho que habían cambiado las políticas de salud en los últimos años en Colombia. Situaciones como las que él me planteaba acerca de las señoras de la comunidad entrenadas para atender enfermos en el puesto de salud, podrían haberse dado de manera fácil en los setentas, pero en 1999 era algo simplemente imposible. Me hubiera gustado decirle que tal vez podríamos hacer algo de lo que él estaba pidiendo, y así satisfacer sus deseos, pero sabía que simplemente no era posible. He aprendido de otras experiencias con comunidades urbanas y rurales la importancia de la sinceridad y la necesidad de evitar un uso ambiguo del lenguaje, de forma tal que las personas con quienes esperamos trabajar no tengan expectativas que luego no podrán realizarse.

En este contexto, le planteé la posibilidad de que una estudiante de octavo semestre (¡casi una profesional!) pudiera trabajar, asesorada directamente por mí, durante la semana prestando servicios de promoción de la salud y de prevención de las enfermedades tanto en el puesto de salud como en otros sitios de la comunidad. Le expliqué en qué consistían estos servicios y le dije que las políticas nacionales de salud sólo permitían que las enfermeras formularan algunas pocas medicinas y sólo bajo el marco de programas como el de Infección Respiratoria Aguda (IRA) e hipertensión arterial. Cuando le dije que de ninguna manera podríamos atender partos en el puesto de salud, su expresión pareció de desilusión completa, pero creo que él como yo también pensó que todavía podríamos intentar trabajar de manera conjunta. Para animarlo, le dije que ellos obtendrían servicios de enfermería gratis y de muy buena calidad, y que nosotros también ganábamos al encontrar una comunidad en la que las estudiantes pudiesen aprender al tiempo que daban cuidado de enfermería.

Creo que antes de conocernos la imagen que él tenía era la de un puesto de salud atendido por médicos y enfermeras realizando acciones curativas. Mi imagen previa era la de una comunidad activa y participativa, interesada en sus problemas, que, con nuestro apoyo, iba a organizar reuniones para discutir sobre sus necesidades de salud, mientras las estudiantes y yo recorríamos el barrio invitando a la gente a participar, con el fin de diseñar de manera conjunta un programa de promoción de la salud para los niños en los Hobis y en las escuelas, o con los grupos que ellos definieran como prioritarios. En este contexto de sueños, desilusiones e interés de trabajar conjuntamente, y un mes después de mi primera reunión con don Juan, una estudiante de octavo semestre empezó su práctica pre-profesional en “El Paraíso”.

Lo que acordamos para comenzar fue que la estudiante atendería personas en el puesto de salud durante un par de horas al día, y el resto del tiempo se dedicaría a valorar niños en las escuelas y en los Hobis. Además de realizar acciones de promoción y educación en salud, la estudiante podría resolver algunos problemas siguiendo los lineamientos de los programas nacionales, y remitiría a las personas que no estuviera en capacidad de atender. Siento que

este fue un acuerdo basado no en sueños e ilusiones, sino en circunstancias reales en el que las dos partes obtendríamos algo que considerábamos valioso, al mismo tiempo que brindábamos servicios de salud a la comunidad.

Un año más tarde, la demanda de los servicios de enfermería había aumentado, por ello en julio de 2000 asignamos otra estudiante para realizar la práctica pre-profesional en “El Paraíso”. A través de contactos con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) tanto en Washington como en Bogotá, obtuvimos materiales y asesoría, y fue así como las estudiantes además de tener entrenamiento en el manejo de las enfermedades prevalentes en los diferentes grupos poblacionales, también fueron capacitadas en el programa de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (Aiepi)².

Una vez que he narrado algunos elementos del contexto, así como las razones y los motivos de algunos de los actores de esta experiencia, quisiera describir algunos elementos sobre cómo fue el proceso durante esos dos primeros años, y comentar algunos de los logros de nuestro trabajo conjunto con la comunidad de “El Paraíso”.

Participación significa “todos ponemos y todos ganamos”

Aunque el proyecto aún está funcionando, presento las actividades desarrolladas durante dos años, desde 1999 hasta 2001, época en la cual estuve como profesora a cargo de la práctica de las estudiantes en “El Paraíso”. Desde entonces, otras profesoras y estudiantes del Departamento de Salud Colectiva se han vinculado al proyecto y han desarrollado nuevos programas junto con los grupos del barrio.

Programas comunitarios de atención a la niñez y educación en salud

Cuando la primera estudiante comenzó su práctica, ella permanecía una o dos horas en el puesto de salud y el tiempo restante se dedicaba a visitar y atender a la población infantil en los Hobis y las escuelas. También se dedicó a caminar por el barrio, a conocer a la gente y a darse a conocer, en algunos casos visitando a personas enfermas a quienes los líderes de la comunidad le pedían visitar. La idea básica era que tanto ella como yo nos diéramos el tiempo y la oportunidad de conocer al barrio y a las personas que lo habitan, y también que ellos pudieran irnos conociendo.

² Aiepi es una estrategia integral de atención a la infancia diseñada por Unicef y la Organización Mundial de la Salud (OMS) y promovida por la OMS, cuyas metas son reducir la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) y la Tasa de Mortalidad de Menores de Cinco Años (TMM5). La estrategia se focaliza en las causas de enfermedad y muerte prevalentes en cada país. En Colombia, Aiepi incluye las siguientes patologías y problemas: Infección Respiratoria Aguda (IRA), Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), violencia y maltrato infantil, enfermedades parasitarias, sarampión, malaria, dengue y desnutrición. Aiepi también contempla como elementos centrales para el logro de las metas propuestas, la participación activa tanto de los proveedores de servicios de salud, como de miembros de la comunidad y de la familia de los niños y niñas.

En estas caminatas conocimos a muchas y diversas personas, tanto a los antiguos habitantes y fundadores del barrio, como a nuevas familias provenientes de muchas regiones del país, algunas de ellas desplazadas por la violencia. En la medida en que los íbamos conociendo, les ofrecíamos nuestros servicios y hablábamos con ellos sobre sus intereses, necesidades y problemas de salud. Puesto que la estudiante era una auxiliar de enfermería que había trabajado durante varios años en una unidad de cuidado intensivo neonatal, estaba más acostumbrada a resolver problemas de manera rápida e inmediata sin contar con la opinión del paciente, que a darse el tiempo que requiere escuchar a las personas y conocer su realidad hablando con ellos. Por esta razón, a pesar de la gran disponibilidad que ella tenía de trabajar con un enfoque participativo, le costó trabajo desarrollar la paciencia y el interés de conocer que se requiere para escuchar a las personas sin imponer sus propias ideas. Sin embargo, al final del primer semestre, su agenda de trabajo incluía actividades y programas de salud que fueron diseñados con base en las necesidades, intereses y problemas de salud de las personas de la comunidad.

A partir de estas primeras actividades, estudiantes, líderes y otras personas de la comunidad, junto con nosotras las profesoras, desarrollamos otras. Al menos una vez por semestre las estudiantes valoraron cerca de 300 niños menores de siete años en los Hobis y las escuelas del barrio. Además de la valoración de crecimiento y desarrollo, esta actividad incluyó una evaluación de la situación de vacunas, y la detección temprana de IRA, EDA, maltrato infantil o negligencia del cuidado, y desnutrición.

Las profesoras en las escuelas y las madres comunitarias en los Hobis participaron en las valoraciones de los niños y, con base en los materiales de Aiepi, fueron entrenadas en promoción de la salud infantil y en prevención, detección temprana, identificación de signos de alarma, y manejo casero las enfermedades comunes de la infancia como IRA, EDA y maltrato infantil. Con base en los hallazgos de la valoración, la estudiante y la madre comunitaria o la profesora, enviaban a los padres una carta en la que le informaban sobre la valoración realizada, los hallazgos y las recomendaciones pertinentes de acuerdo a la situación identificada. Si la situación del niño lo ameritaba la estudiante realizaba una entrevista personal con los padres o la madre y en algunos casos hacía visita domiciliaria y seguimiento del hogar. Adicionalmente, la estudiante participaba en las reuniones mensuales en los Hobis con el fin de orientar a los padres respondiendo a sus inquietudes y problemas en relación a la salud de sus hijos. Asimismo, cuando algunos jóvenes solicitaron cursos de primeros auxilios, estos fueron dictados por las estudiantes de enfermería.

Las estudiantes y profesoras nos integramos como participantes en el Grupo de Tejedoras –un grupo de mujeres que se reúnen dos veces a la semana a realizar actividades manuales y otras actividades que promuevan su salud y bienestar. Como resultado de las conversaciones y negociaciones con las señoras del grupo, las estudiantes de octavo semestre desarrollaron actividades de promoción de la salud, detección temprana y prevención de enfermedades como hipertensión arterial y osteoporosis. Además del control semanal de la tensión arterial y de charlas sobre diversos temas de salud seleccionados de manera conjunta, se han realizado acciones que promueven la actividad física en sesiones de gimnasia y con algunos paseos fuera de Bogotá.

Las estudiantes y las profesoras también participamos en el Grupo de Madres que se reúne semanalmente para discutir temas relacionados con el bienestar y la salud infantil y familiar. Al igual que con el Grupo de Tejedoras, las participantes del grupo, junto con las enfermeras, escogieron los temas para tratar en las siguientes sesiones.

Finalmente, quiero subrayar que todas las actividades mencionadas no surgieron de la teoría o de la invención de las enfermeras, sino que surgieron de los mismos grupos de la comunidad y que todos los programas fueron conceptualizados, diseñados y desarrollados de manera conjunta entre las enfermeras y las personas de la comunidad que participan en los diferentes grupos. A diferencia de otros programas comunitarios en los que la coordinación con la comunidad se centra en los líderes y en las jerarquías existentes, nosotras hicimos la coordinación inicial con ellos, pero para el desarrollo posterior hemos venido trabajando con la participación de los actores a quienes les interesa cada programa, ya sean madres comunitarias, o mujeres de los grupos comunitarios. En este sentido, seguimos el concepto de acción comunicativa propuesto por Habermas (7) quien propone que las acciones las decidan, no las autoridades externas, sino los mismos actores que se verán afectados por esas acciones.

Investigación sobre itinerarios terapéuticos

A medida que hablábamos con las madres y con otros cuidadores de los niños, como abuelas o padres, empezamos a identificar que la medicina casera y las prácticas tradicionales de cuidado de la salud en el hogar, no sólo eran muy comunes, sino que en muchos casos eran más consultados y confiables que los servicios de salud tradicionales o biomédicos. Puesto que desde 1992 he venido desarrollando y dirigiendo investigación sobre prácticas en el cuidado de la salud de la niñez con diferentes poblaciones colombianas como los indígenas, afrocolombianos, campesinos, y poblaciones marginales en Bogotá (11,12,13,14,15,16), se tenían ya avanzados elementos conceptuales y metodológicos. Entonces, casi al mismo tiempo que iniciamos nuestro trabajo en “El Paraíso”, las estudiantes empezaron a desarrollar investigaciones cualitativas que nos permitieron empezar a conocer y a documentar la gran diversidad y riqueza de las prácticas de salud y de medicina casera, las cuales generalmente integran elementos de tradición indígena y española con elementos de medicina biomédica (8,9,10).

Adicionalmente, desde 1999, junto con profesores de la Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales de la Universidad Javeriana, veníamos desarrollando una investigación sobre el impacto de las reformas de salud en la población de Bogotá (17). Durante el diseño del estudio uno de los puntos discutidos fue que debido a la crisis económica y a otros problemas de acceso a los servicios de salud, creíamos que las personas de bajos ingresos estaban incrementando el uso de la medicina casera y evitaban el uso de los costosos servicios biomédicos.

Fue así como en enero de 2001 la Universidad Javeriana aprobó la financiación de una investigación titulada “Itinerarios terapéuticos en el cuidado de la salud de los infantes en

un barrio de Bogotá". En un primer momento del estudio, nos propusimos obtener una comprensión amplia del contexto sociocultural del barrio y de sus habitantes, que incluía también los recursos de la comunidad y la historia del barrio. Cuando le presentamos la investigación a las mujeres de los grupos con quienes veníamos trabajando, ellas no sólo se mostraron muy interesadas, sino que nos dieron ideas para contactar informantes claves, y algunas de ellas, al ver que por ser madres de niños menores de cinco años cumplían los requisitos, se ofrecieron inmediatamente para ser entrevistadas. Fue así como muy rápidamente en la reunión con el Grupo de Madres pudimos hacer una lista de quiénes participarían en las entrevistas, y en la reunión del Grupo de Tejedoras acordamos la fecha para realizar un grupo focal sobre la historia del barrio. Lo que se había pensado inicialmente era recoger información general de la historia del barrio con uno o dos grupos focales con informantes claves (adultos y ancianos), y con una duración de una hora cada uno.

Pero las reuniones con los grupos de mujeres reorientaron nuestras acciones hacia mejores caminos. El primer grupo focal con el Grupo de Tejedoras duró tres horas. Ellas estaban felices y entusiasmadas recordando su niñez y su juventud, contaron muchas historias en las que se narraban las experiencias de trabajo comunitario como medio para obtener servicios públicos y superar la pobreza económica. También contaron sus vivencias personales, alegres y tristes, en medio de la pobreza económica y la gran riqueza proveniente de la solidaridad y el entusiasmo de los habitantes del barrio. Al narrar sus historias, algunas de ellas comentaron que les gustaría que los niños y los jóvenes del barrio conocieran esas experiencias de participación comunitaria y de cómo se apoyaban entre ellos. Entonces les propuse que publicáramos esas historias en un folleto con el fin de compartirlo luego con todas las personas de "El Paraíso".

Tuvimos varias reuniones más a las que, además de seguir hablando de sus experiencias, ellas llevaron fotografías y recortes de periódicos que documentaban eventos como la inauguración del acueducto y el apoyo que les dio la embajada de los Estados Unidos. Después de transcribir las grabaciones de esas reuniones y de hacer el análisis descriptivo del material, escribí un texto que fue discutido para, luego, reelaborarlo varias veces en reuniones posteriores. Finalmente, en mayo de 2002 imprimimos la versión final del folleto titulado "El Paraíso: Historias de trabajo comunitario" (18), del cual somos coautoras las mujeres que participaron en los grupos focales, las estudiantes de enfermería y yo. Cada una de nosotras escogió cómo quería ser reconocida: estudiante, mujer trabajadora y profesora.

Comentarios finales

Desde la década del setenta la participación comunitaria ha sido una herramienta promovida y utilizada como estrategia para mejorar el nivel de salud en las comunidades marginales y de bajos ingresos económicos. La literatura en el campo de la salud pública, así como la de desarrollo social y económico, reporta una gran variedad de experiencias exitosas y fallidas.

En el campo de la salud, los programas basados en participación comunitaria se han implementado utilizando diferentes modelos y concepciones sobre lo que significa participar, y sobre las formas de manejo del poder. Algunos programas han sido diseñados pensando en las comunidades como receptores obedientes a quienes, por lo tanto, hay que dirigir o manipular para que “participen” en los programas de salud que han sido diseñados previamente por agencias internacionales, organismos nacionales, instituciones locales o universidades. En este sentido, participar significa que las personas en las comunidades realicen lo que el personal del sector de salud les pide que hagan con el fin de cumplir las metas que fueron propuestas por agentes externos a las comunidades. Otra gama de proyectos han sido diseñados pensando que todo el poder en el diseño e implementación debe estar en las comunidades y por lo tanto sostienen que lo que se haga debe responder sólo a los intereses, necesidades y problemas definidos por ellas.

Nuestra experiencia se encuentra en el medio de las dos posturas expuestas. Creemos que la participación comunitaria es un elemento central para el desarrollo comunitario y para el desarrollo individual de las personas involucradas. También creemos que el poder y el saber no se encuentran concentrados ni en el personal de salud, ni en la comunidad solamente, sino que tanto ellos como nosotros poseemos saberes y poderes diferentes que usamos en nuestras interacciones. Así, a través de las interacciones y las negociaciones es posible construir, poco a poco, relaciones y alianzas basadas en la sinceridad y la confianza mutua.

Con base en esta y en otras experiencias quiero, finalmente, afirmar la utilidad de los enfoques participativos para construir alianzas basadas en el conocimiento mutuo y la confianza. Estos modelos nos permiten, de una parte, reconocer que tanto las personas de las comunidades como las personas del sector salud, tenemos conocimientos diferentes pero igualmente válidos; y, de otra parte, nos permiten reconocer que todos tenemos competencias y poderes que ponemos a funcionar en las interacciones. Los modelos participativos en los que “todos ponemos y todos ganamos” requieren que nos demos el tiempo de trabajar juntos, así como la expresión sincera de nuestras metas, la disposición de escuchar y reconocer las metas e intereses de los otros, y la flexibilidad para cambiar y redefinir los propósitos con base en lo que vamos encontrando y en las nuevas interpretaciones de la realidad que hacemos en el trabajo diario.

Luhman (19) plantea que la confianza es una apuesta que hacemos sobre un futuro incierto, en el trabajo comunitario la confianza la construimos a través de interacciones y procesos discontinuos. La confianza emerge en nuestras interacciones como resultado de la expresión sincera de los intereses, las limitaciones propias y de los otros, del compartir experiencias y conocimientos, y de reconocer, como lo plantea Habermas (20), que somos seres capaces de lenguaje y de acción y que tanto los otros como nosotros tenemos razones y motivos que subyacen a nuestras acciones. En este contexto, nuestro papel como enfermeras y personal de salud no es buscar manipular instrumentalmente a los otros para que cambien su conductas, sino más bien construir espacios de confianza a través de interacciones que nos permitan compartir conocimientos y experiencias, y desarrollar proyectos que, si bien generalmente surgen desde diferentes metas e intereses, podemos reorientar conjuntamente hacia propósitos comunes.

Puesto que en los procesos de negociación con las comunidades los diversos actores tienen diferentes intereses, valores y metas, los conflictos surgen generalmente a cada paso. En nuestra experiencia tuvimos algunos conflictos con personas, como el presidente de la JAC y la profesora de odontología, quienes manejaban modelos patriarcales de autoridad y desde allí pretendían, en algunos casos, imponer lo que ellos consideraban, desde su perspectiva, que era mejor para todos. Sin embargo, a través de la comunicación fuimos aclarando confusiones y pudimos construir espacios de confianza para continuar trabajando juntos. Esto fue posible porque para todos era claro que un valor esencial implicaba tener en cuenta tanto las necesidades, problemas e intereses de las personas de la comunidad, como nuestros propios intereses y metas. Otro elemento que contribuyó de manera importante es que nunca se ejerció presión sobre nadie para que participara en las actividades, ni evaluamos nuestro trabajo midiendo el número de asistentes, y todos estábamos disfrutando lo que hacíamos. Por ejemplo, además de las actividades cotidianas en los grupos focales, compartimos historias y comidas muy ricas y también fuimos de paseo a conocer cómo había sido construido el acueducto que traía el agua desde la parte alta de las montañas.

A diferencia de otros modelos en salud pública que se basan en presionar o persuadir de manera instrumental la participación de las personas de las comunidades, un modelo de participación basado en la confianza y el conocimiento requiere de nosotros que seamos pacientes y que toleremos la incertidumbre que conlleva trabajar con personas de diferentes intereses y necesidades.

Por ello se requiere que nos demos tiempo para conocer a las personas de la comunidad, y para que ellas nos conozcan. También es necesario tener tiempo de trabajar juntos, y habilidades para diseñar programas que sean en realidad el resultado y la expresión de las necesidades, los intereses y los problemas de los actores involucrados en los proyectos. Asimismo, es importante diseñar criterios de evaluación que correspondan no a modelos ideales, sino al proceso real que hemos desarrollado con la comunidad. El modelo también requiere, al mismo tiempo que nos enseña, cambiar nuestro rol de líderes a compañeros y socios en tareas comunes.

Sinceramente, descreo que nosotros le permitamos o no participar a la gente, porque pienso que todos los seres humanos tenemos poder y somos participantes y actores de la realidad social (20). Las preguntas que considero relevantes se orientan mejor hacia: ¿Cómo utilizamos el poder en nuestras interacciones? ¿Qué significan los otros para mí? ¿Son ellos medios e instrumentos para lograr mis propias metas e intereses o compañeros y socios con quienes puedo desarrollar proyectos comunes a partir de nuestras diferencias? Lo que considero relevante de esta experiencia es que nos enseña que sí es posible desarrollar proyectos de salud comunitarios basados en la comunicación, el conocimiento y la confianza.

Bibliografía

1. OMS / UNICEF Reunión Internacional de Atención Primaria Declaración de Alma-Ata. 1978 OMS: Ginebra, Suiza.

2. Ugalde, A. Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria en los programas de salud en América Latina. *Social Science and Medicine* 1985 21(1):41-53.
3. Gutiérrez, M.L., Duarte, M.B., and Duque, M.C. La participación de la comunidad en los sistemas locales de salud. *Memorias de International Conference: Community Health Centers: at the centre of health care reform*; 1995 Dic 3-5 Montreal, Canadá.
4. Smith-nonini, S. Primary health care and its unfulfilled promise of community participation: lessons from a Salvadoran war zone. *Human Organization* 1997 56(3): 364-374.
5. Córdoba, C.I., Duque, M.C. Itinerarios terapéuticos en el cuidado de la salud de los infantes en un barrio de Bogotá. 1992 Informe final. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá.
6. Duque, M.C. et al. El Paraíso: Historias de trabajo comunitario. 2001 Folleto.
7. Habermas, J. Teoría de la Acción Comunicativa. Tomo 2. 1989 Madrid: Taurus.
8. Camargo, M.A., GARZÓN, M.E., LEÓN, L.A. Conocimientos y prácticas que tienen algunas madres comunitarias acerca del cuidado de la salud y la enfermedad de los niños que asisten a los Hogares Comunitarios de Bienestar Familiar del Barrio el Paraíso. 2000 Tesis de grado de enfermería. Pontificia Universidad Javeriana: Bogotá.
9. Camargo, M., Trujillo, C. Conocimientos y prácticas de las madres acerca de los problemas de salud de los niños menores de un año. 2001. Tesis de grado de enfermería. Pontificia Universidad Javeriana: Bogotá.
10. Sierra, A.I., Cautiva, A. C. Situación de salud de los infantes en el Barrio Paraíso. 2001 Tesis de grado de enfermería. Pontificia Universidad Javeriana: Bogotá.
11. Duque, M.C., Salazar, E.. Cuidado de las personas en los procesos de salud y enfermedad en comunidades indígenas y negras aisladas de Colombia. Terrenos 2 de la Gran Expedición Humana. 1994 Universidad Javeriana. Bogotá: Javegraf.
12. Páez, M., Ruiz, O.P. Conocimientos y prácticas de las madres sobre el cuidado de la salud-enfermedad de sus hijos menores de cinco años que asisten a la consulta de crecimiento y desarrollo de la UPA del Quirigua. 2000 Tesis de grado de enfermería. Pontificia Universidad Javeriana: Bogotá.
13. Delgado, G.M. Conocimientos y prácticas de las madres comunitarias acerca de los problemas de salud de los niños de los Hogares Comunitarios de Bienestar Familiar del área del hospital de La Granja. 1994 Tesis de grado de enfermería. Pontificia Universidad Javeriana: Bogotá.
14. Huartos, S., Rojas, O.L. Conocimientos y prácticas de las madres acerca de los cuidados al neonato en el hospital de La Granja. 1994. Tesis de grado de enfermería. Pontificia Universidad Javeriana: Bogotá.
15. Rojas, B.C. Alimentación complementaria de niños menores de 1 año del subprograma de crecimiento y desarrollo del centro de salud del Quirigua. 1994. Tesis de grado de enfermería. Pontificia Universidad Javeriana: Bogotá.
16. Obando, M.P., Pulido Rueda, A.R., Prieto Rodríguez, C.M. Cuidado de los hijos de madres adolescentes. 1995. Tesis de grado de enfermería. Pontificia Universidad Javeriana: Bogotá.
17. Duque, M.C. Análisis de Algunos Indicadores de Salud. La Globalización y las Reformas Económicas y Sociales de los Noventa: Su Impacto en las Condiciones de Salud en Colombia: Un Estudio de Caso sobre Bogotá. 2001 Informe Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
18. Duque, M.C., Acero, M.L., Acero de Sastoque, M., Avendaño, M.C., Camacho, R., Camargo, M.E., et al. El Paraíso: Historias de trabajo comunitario. 2001 Folleto. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
19. Luhman, N. Confianza. 1996. Madrid: Anthropos.
20. Berger, P.I., Luckman, T. La construcción social de la realidad. 2003. Buenos Aires: Amorrortu.