

**ASPECTOS CLAVES DE LA  
PARTICIPACIÓN  
COMUNITARIA EN SALUD**

*María José Aguilar Idáñez*

**S**in duda, la participación comunitaria en salud constituye uno de los principales reto y desafíos de los actuales sistemas de salud en todo el mundo. Sin embargo, no son pocos los problemas que deben confrontarse a la hora de implementar adecuadamente las estrategias participativas. Con frecuencia, es más lo que se habla que lo que efectivamente se hace en el terreno de la participación en salud. En este artículo se intenta presentar una visión global que sistematiza las principales aportaciones teóricas acerca de aspectos operativos importantes en el ámbito de la participación comunitaria en salud.

El reconocimiento de que la política de salud debe integrarse en las políticas generales de desarrollo, junto con el escepticismo creciente acerca de las capacidades reales del sistema médico tradicional para mejorar el estado de salud de la mayoría de las personas, confluyeron y culminaron con la formulación del concepto y estrategia de atención primaria de Salud (APS). Previamente el establecimiento de esta estrategia, los expertos realizaban las siguientes reflexiones:

1. La eficacia y eficiencia del sistema sanitario dirigido básicamente al diagnóstico y al tratamiento de las enfermedades, son bajas en términos de salud colectiva conseguida.
2. Para conseguir y mantener un estado de salud juegan un papel fundamental otros factores sociales y económicos relacionados con la calidad de vida general y, por tanto, es imprescindible la participación de otros profesionales no sanitarios y de los

ciudadanos.

3. Las medidas de prevención y promoción de la salud son las que pueden tener un mayor grado de eficacia para modificar los hábitos y estilos de vida, que son la base causal de las enfermedades crónicas de importancia creciente en las sociedades desarrolladas.

El concepto de Atención Primaria de Salud, en relación con otras propuestas anteriores en el campo de la salud, incorpora tres aspectos totalmente nuevos e innovadores:

- Que las prácticas sanitarias sean socialmente aceptables (aceptadas por la comunidad en que se aplican).
- Debe hacerse con la plena participación de la comunidad (como medio fundamental para lograr la autoresponsabilidad de la comunidad en el estado de salud y su mejoramiento).
- Debe tender al logro de autogestión de la comunidad en materia de salud.

Es decir, el protagonismo y centralidad de la comunidad (como objeto y sujeto de atención) es indiscutible, siendo concebida la participación comunitaria tanto como un medio (para mejorar el estado de salud), como un fin (lograr una comunidad autogestiva en salud y una cobertura total de los servicios de salud).

#### EL CONCEPTO DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Sin lugar a dudas, pocos conceptos pueden ser considerados tan amplios y tan equívocos como el que nos ocupa. La multiplicidad de definiciones existentes en las diversas disciplinas de las ciencias sociales, pone de manifiesto que nos encontramos ante un concepto ambiguo, relativo y con fuertes connotaciones ideológicas. Además, esta expresión de amplio uso en los programas de acción social y de salud, tiene la desventaja de reunir dos términos igualmente vagos e imprecisos.

Reconocida esta circunstancia, y habida cuenta de la necesidad de delimitar conceptualmente la expresión el proceso a seguir consistirá en una serie de aproximaciones sucesivas que, esperamos, puedan servir de base a la definición operativa de "participación comunitaria

en atención primaria de Salud” que requerimos para este artículo.

Históricamente, las primeras preocupaciones e interés por promover la participación de la comunidad de forma sistemática, surgieron dentro de la propuesta de trabajo social denominada “Organización de la Comunidad” que tuvo su origen en los Estados Unidos en la década de los veinte. Dentro de esta corriente, se definieron por primera vez los principios que debían seguir esta modalidad de intervención social, otorgando una gran importancia al protagonismo de las personas afectadas, ciudadanos de las comunidades locales en que se trabajaba. A mediados del siglo xx, surgen propuestas de desarrollo social para los países del tercer mundo, centrados en la acción de tipo comunitario, y en la participación activa de las personas, como estrategias de abordaje de los problemas del subdesarrollo. Esta línea de acción, consolidada internacionalmente como movimiento de “Desarrollo de la Comunidad” e impulsada con gran aliento hasta fines de los sesenta por las Naciones Unidas, vuelve a llamar la atención sobre la necesidad de orientar las estrategias de intervención social sobre la base de la participación de la comunidad en los procesos de desarrollo que se estimulen y promuevan.

En España, tanto la influencia de estas dos corrientes de acción, como la de las Naciones Unidas, tuvo menos impacto que en otros países de similar nivel de desarrollo, y solo muy recientemente, se planteó la necesidad de una acción de base comunitaria en diferentes disciplinas sociales orientadas a la intervención sobre la realidad, entre las que podemos incluir la salud pública y la salud comunitaria.

Después de esta pequeña reseña histórica, estudiaremos brevemente los conceptos componentes de la expresión, centrándonos en las aportaciones teórico-metodológicas y prácticas más recientes dentro del campo de las ciencias sociales aplicadas. Ello nos parece necesario por un doble motivo: por una parte, se han publicado trabajos recientes (Siles, 1992 y Delgado y López, 1992) en el campo de la atención primaria de la salud donde se cuestiona la validez del concepto clásico de comunidad, en su aplicación concreta al caso español. Por otra, también se han iniciado algunos cuestionamientos de la efectividad y conveniencia de realizar o promover la participación comunitaria en

todas las acciones de salud, en sentido contrario a las recomendaciones internacionales sobre promoción de salud y atención primaria (OMS-UNICEF, 1978 y OMS, 1986).

### ***Qué entendemos por participación***

La palabra "Participación" procede del latín *participare* que está compuesta de la raíz *pars* (parte) y del derivado *capere* (tomar). Como lo indica la etimología del término, participar significa "tener parte". "tomar parte" de algo.

Habitualmente, la idea de participación aparece con mayor frecuencia en el ámbito de la ciencia política, ya que es un elemento básico de las constituciones contemporáneas, sobre todo de aquellos que se asientan en el principio de la soberanía popular. Según este tipo de definiciones la participación no es sino otro término para designar la democracia e incluso para hacer referencia a uno de los elementos o aspectos sustantivos. En este campo la literatura publicada -que es muy abundante- relaciona el concepto de participación con otros tales como autonomía, cooperación y descentralización (De Miguel, 1985). Sin embargo, adentrarnos por este camino nos apartaría demasiado de nuestro ámbito de estudio, razón por la cual consideraremos únicamente esta connotación como primera aproximación al concepto, desde una disciplina específica.

Para no adentrarnos excesivamente en el examen de ideas y definiciones, quizá pueda resultar útil intentar una reducción-aproximación matemática, que nos ayude a captar lo sustancial del mismo, y, en lo posible, a expresarlo mediante relaciones que nos sean de utilidad en el trabajo de investigación.

Desde el punto de vista matemático (Bunge, 1992), la participación requiere de un mínimo de dos conjuntos (A y B). Para que exista participación de A en B o de B en A, es imprescindible que haya algún tipo de intersección entre ambos conjuntos. Si ambos tienen algún elemento en común (hay intersección), existe algún grado de participación entre ambos y la medida de ese grado de participación vendría dada por el cociente  $\pi = \frac{A \cap B}{A \cup B}$  cuando  $\pi = 0$ , el numerador  $A \cap B$  es cero,

es decir no hay intersección entre los conjuntos, ninguno forma parte del otro en ninguna medida al no compartir ninguno de sus elementos, y la participación es por ello nula e inexistente. Siendo máximo el grado de participación cuando  $\pi = 1$ , es decir, cuando  $|A \cap B|$  es igual que  $|A \cup B|$  (ya sea porque  $A \cap B = A \cup B$ , luego  $A=B$ ; o porque  $A = B = A \subset B$ , luego  $A \subset B$ ).

Como es obvio, en los procesos de participación social (donde los elementos de al menos uno de los conjuntos son personas, sujetos sociales) estas dos últimas situaciones nunca se dan (y además, es conveniente que así sea, a fin de preservar la naturaleza específica y diferencial de cada conjunto - entidad. De lo contrario, solo existiría un conjunto englobando a un subconjunto). Por ello, aparejado el concepto de participación, tenemos que definir el de marginación como  $\mu = 1 - \pi$ . De la relación entre ambos conceptos (participación y marginación) se desprende que a medida que aumenta la participación de A en B, disminuye la marginación de A con respecto de B.

Sin embargo este tipo de medidas, no nos informan acerca de la bondad de esa participación, de ahí que debamos considerar no solo el nivel o cantidad de participación, sino también el grado de bondad de la misma. En este sentido podría establecerse que una determinada forma y/o nivel de participación es buena, en la medida en que contribuye a satisfacer necesidades y deseos legítimos de las personas: lo que se expresaría en el cociente  $\beta = \frac{n+d}{N+D}$ , siendo n+d las necesidades y deseos satisfechos y N+D las necesidades y deseos legítimos. Por consiguiente, el grado de bondad sería nulo ( $\beta=0$ ) cuando no se satisficiera ninguna necesidad o deseo legítimos ( $n + d = 0$ ); y máxima, al satisfacerse en su totalidad ( $n+d=N+D$ ; luego  $\beta = 1$ ).<sup>1</sup> Así pues, la "eficacia de la participación" será el producto entre  $\beta$  y  $\pi$ , es decir  $P_e = \beta \cdot \pi$ .

<sup>1</sup> Cada una de estas medidas (participación  $\pi$ , marginación:  $\mu$ , y bondad de la participación:  $\beta$ ) podrían tomar valores numéricos que oscilarían en el intervalo 0-1, esto es:  $0 \leq \pi \leq 1$ ;  $0 \leq \beta \leq 1$ ;  $0 \leq \mu \leq 1$ .

Ahora bien, el concepto de participación que -matemáticamente- es concreto y específico, trasladado al ámbito de lo social presenta algunas complejidades y dificultades derivadas de:

- *Problemas de delimitación de los conjuntos*, es decir, los problemas de definición precisa e inequívoca de los conjunto (comunidad y atención primaria de salud) y establecimiento de los elementos que los componen (enumeración y descripción específica);
- *Problemas de definición de necesidades*, esto es, conceptualización de las necesidades en sí referidas a participación comunitaria y determinación de los sujetos que las definan;
- *Problemas de legitimación* relacionados con los criterios -aceptados y aceptables- que acrediten la legitimidad o no de dichas necesidades ante la sociedad en su conjunto.

Por otra parte, hay que tener en cuenta que la participación social hace referencia a personas y no a objetos materiales, con lo cual, es preciso definir, asimismo, mecanismos o formas en que las personas pueden participar en algo. Dicho en otras palabras, necesitamos establecer una escala de grados de participación que nos permita determinar la naturaleza de la intersección/ participación de los conjuntos, y un listado preciso y amplio de las formas/mecanismos en que pueden desarrollarse esos grados de participación.

A estos desafíos y problemas intentaremos responder, tratando de elaborar un encuadre conceptual que nos permita delimitar el alcance de nuestro objeto de investigación.

### ***Qué entendemos por Comunidad***

El término "comunidad" denota la cualidad de lo "común" o "compartido", y según lo que se comparta (qué y cuánto) tendremos distintas concepciones de comunidad (Sánchez Vidal, 1991). Si examinamos las diferentes definiciones del concepto aparecidas en diccionarios lingüísticos, nos encontramos -entre otras- con:

"La cualidad de lo común (no privativo). Común (pueblo). Reunión de personas que viven juntas bajo ciertas reglas " (Diccionario VOX, 1983).

“Grupo social de cualquier tamaño, cuyos miembros residen en una localidad específica, comparten el gobierno y tienen una herencia e historia común. Un grupo social que comparte características o intereses comunes y es percibido o se percibe a sí mismo como distinto en algún aspecto de la sociedad mayor en la que existe” (Diccionario Random House, citado por Rappaport, 1977).

Esta segunda definición aporta gran cantidad de elementos acerca de las características básicas del concepto “comunidad” tal como suele emplearse en el ámbito de las ciencias sociales. En estas disciplinas, se suelen describir las comunidades como entidades sociales o agregaciones sociales intermedias, aunque la multiplicidad de significados y usos del término constituyen un serio obstáculo para su definición. Se explica de esta manera tanto la equivocidad como la elasticidad con que se utiliza la expresión.

Por lo que se refiere al campo de la sociología y la psicología social, varios autores han abordado el concepto de comunidad como nivel de agregación social intermedia. Así, por ejemplo, Seidman y Rappaport (1974) establecen la siguiente escala: individual, grupal, organizacional, institucional, comunitaria y social. También Fisher (1982) reconoce lo comunitario como una entidad funcional autónoma con propiedades específicas. Este autor distingue los siguientes niveles: individual, interpersonal, grupal, intergrupalo, organizacional, comunitario, social e internacional. Para Fisher, el nivel comunitario es muy complejo tanto si se entiende en términos geográficos, como sociales o culturales.

Ambos esquemas sitúan lo comunitario entre lo grupal y lo organizacional, por un lado y lo social por otro. Sin embargo, la escala de Seidman y Rappaport establece una importante diferencia entre lo comunitario y lo institucional, cuestión que nos parece importante para nuestra tesis. Esta distinción precisamente, entronca con la diferenciación ya clásica que hiciera Ferdinand Tonnies en 1887, entre comunidad (Gemeinschaft) y asociación (Gesellschaft). Para Tonnies (1947), la comunidad se caracteriza porque las relaciones sociales que se establecen en ella obedecen a una voluntad “natural”, son producto de vínculos naturales, que abarcan la familia, las tradiciones e incluso la

vida religiosa. Este tipo de relaciones son un bien en sí mismas, a diferencia de la asociación, que es una agrupación que surge por una voluntad deliberada y racional a través del consenso tácito o expreso de sus miembros, y que persigue fines utilitarios. ampliando y profundizando esta caracterización, Munné (1979) hace notar la diferencia entre agregación comunitaria y asociativa, en la finalidad afectiva, de base espontánea en la comunidad e interesada y según criterios de utilidad en asociación. De acuerdo a la tipología de Tonnies, las comunidades tenderían a seguir pautas organizativas microsociales, siendo relativamente tradicionales, con escasa movilidad geográfica, de estratificación simple, con predominio de los grupos primarios y las relaciones directas y duraderas con un número reducido y en general poco especializado, de roles. La asociación tendería, en cambio, a estructurarse según patrones opuestos: pautas organizativas macrosociales, basadas menos en vínculos familiares y tradicionales estables que en relaciones contractuales, movilidad geográfica y social mucho mayor, estratificación menos rígida y más flexible, y número de roles y pautas de comportamiento mayor y más especializadas. Las relaciones sociales serían más indirectas, temporales y superficiales con predominio de los grupos secundarios, en tanto que los grupos primarios verían muy limitadas sus funciones, tendiendo en parte a compensar las disfunciones inducidas por la excesiva preponderancia de los grupos secundarios, socialmente instrumentales (Sánchez Vidal, 1991)

Lo que Tonnies hizo, fue conceptualizar dos tipos ideales, dos modelos de análisis, pero no la definición de modelos reales y concretos (de ahí las críticas que recibió cuando describió con esta categorías períodos históricos). Esta clase de modelos dicotómicos ha seguido teniendo vigencia entre otros grandes sociólogos, tales como Durkheim -cuando habla de solidaridad mecánica y orgánica-, o Simmel. Los estudios posteriores de Robert Redfield retoman esta línea de pensamiento al establecer, a partir de sus trabajos de campo en comunidades mexicanas, los conceptos de "sociedad folk" y "sociedad urbana" en su célebre artículo *The folk society*. La caracterización aquí realizada denomina como "sociedad folk" a aquellas comunidades

pequeñas, homogéneas, religiosas, familiares, etc. Sociedades en las que se dan relaciones personalizadas, lo sagrado prevalece sobre lo secular y la economía es de posición y no de mercado. Por el contrario la "sociedad urbana" es descrita con los rasgos antitéticos de la "comunidad folk", es decir, heterogénea, secular, individualizada y despersonalizada (Malagón, 1989). Los trabajos posteriores en esas mismas comunidades que realizó Oscar Lewis, le hicieron concluir que la tipología de Redfield también era ideal. El descubrimiento de Lewis fue la existencia de conflictos y desarmonías en el seno de pequeñas comunidades. En esa misma línea de críticas, también Smith (1971) señala la "idealización" que se ha hecho de la comunidad tradicional, como fuente de enriquecimiento de la vida individual, a lo que el autor pone serios reparos. De acuerdo a todo ello, otros autores han planteado la existencia real de este tipo de comunidades solo en las sociedades pre-estatales, de banda o tribales (Krader, 1982).

Otro tipo de conceptualización de la comunidad en el campo de la sociología muy ligado a las anteriores, es la que la define como una "sociedad en pequeño", o "sociedad a escala reducida". Baste como ilustración de esta corriente el ejemplo de Fairchild (1949): "Subgrupo que tiene muchas características de la sociedad, pero en pequeña escala y con intereses comunes menos amplios y coordinados. Implícitos en el concepto de "comunidad" encontramos un área territorial y una cierta base especial de cohesión que la separa de los grupos vecinos. La comunidad disfruta de una autosuficiencia más limitada que la sociedad, pero dentro de dichos límites existe una asociación más íntima y una simpatía más profunda. En ella puede darse cierto nexo especial de unidad tal como la raza, el origen nacional o la afiliación religiosa" (p.53).

Es bueno notar que hoy en día, definiciones como las anteriores no encajarían en las agrupaciones sociales intermedias que denominamos "comunidades". En la sociedad actual, la interdependencia económica, política social y cultural tiene un carácter global del que muy pocas comunidades están exentas de influencia, incluyendo las comunidades rurales (Kroeber, 1946).

Ahora bien, para comprender la conceptualización de comunidad que realiza Tonnies (al igual que otras similares que han tenido vigencia), conviene tener en cuenta la transformación desde las sociedades rurales tradicionales o preindustriales (de base comunitaria), a las modernas, predominantemente asociativa y urbanas. A poco que se ahonde este proceso, se contrata lo que se ha dado en llamar, el “declive de la comunidad” que es, a su vez, efecto de los procesos de diferenciación y complejización social ligados al desarrollo de la industrialización, el crecimiento urbano, la decadencia de la vecindad geográfica y el aislamiento autosuficiente, característico de la comunidad rural tradicional. Estos procesos de “declive” de lo comunitario (desorganización social, pérdida de solidaridad, auge del individualismo, alienación y desarraigo psicológico), han sido bastante estudiados en el campo de las ciencias sociales. Así, Nisbet (1953) en el ámbito de la antropología y Sarason en el de la psicología, han analizado las determinaciones y consecuencias negativas de este proceso, reivindicando, aunque desde perspectivas diferentes, la necesidad de reconstrucción y búsqueda de la comunidad. Esta búsqueda de la comunidad (Nisbet, 1953 y Giner, 1983) representaría un retorno “homeostático” hacia formas de agrupación social mas humanas, psicológicamente mas significativas y socialmente mas estabilizadoras (Sánchez Vidal, 1991) <sup>2</sup>

Desde otra perspectiva, podemos examinar el concepto de comunidad atendiendo a las diversas circunstancias en las que se utiliza el término. De acuerdo a este criterio de definición podemos constatar que, según los casos, se enfatiza uno u otro aspecto. “A veces, cuando se habla de comunidad el término designa una *localidad o área geográfica*:

<sup>2</sup> En un artículo reciente A. Gurrutxaga plantea la confusión existente entre la necesidad del encuentro social con la persistencia de la comunidad. Para este autor, ni la escisión público privado, ni la esfera privada, ni los enclaves de vida, ni la sociedad íntima o el narcisismo colectivo parecen motivo suficiente para refundar valores comunitarios. Solo el mantenimiento de algún tipo de tradición es elemento significativo para crear comunidad, por lo que solo aquellos grupos sociales que aseguran su marco de referencia desde la memoria histórica son poseedores del discurso comunitario. (Vid. A. Gurrutxaga, “El redescubrimiento de la comunidad” en *Reis*, (56) 1991:55-60.

se trata de todas las definiciones que tienen primordialmente en cuenta los límites geográficos o la influencia de los factores físicos sobre las relaciones sociales. También se habla de comunidad para designar la *estructura social de un grupo*, estudiándose las instituciones del mismo y los problemas de los roles, status y clases sociales que se dan en su interior; en este caso, la comunidad es considerada, fundamentalmente, como un conjunto de relaciones sociales. Otras conceptualizaciones destacan el aspecto psicológico, considerando la comunidad como *sentimiento o conciencia de pertenencia*. Por último, -y este es el uso más frecuente- se emplea el término como *equivalente o sinónimo de sociedad*” (Ander - Egg, 1990:63).

A continuación vamos a centrarnos en definiciones más significativas y recientes, provenientes de la sociología aplicada a programas de intervención y desarrollo social, a fin de intentar una conceptualización útil y específica para nuestro trabajo. Antes, sin embargo, debemos recordar que Hillery examinó en 1954, un total de 24 definiciones del término, hallando en 69 de ellas tres elementos comunes:

- Una localidad geográfica
- Relaciones y lazos comunes
- Interacción social.

Considerando que estos tres elementos, siguen apareciendo en la literatura más reciente en la mayoría de las definiciones, conviene tenerlos en cuenta como parte significativa del concepto de comunidad. Examinaremos las definiciones de autores que han sido considerados expertos a nivel internacional, en materia de organización y de desarrollo de la comunidad. Sin duda uno de los pioneros en la materia y cuyos aportes -como dijimos en el capítulo anterior- han tenido más trascendencia ha sido Murray Ross: este autor canadiense, a mediados de la década del 50, identificaba dos sentidos del término comunidad, correspondientes a dos grupos principales de personas, “1). Puede ser toda la gente de una zona geográfica determinada; por ejemplo, de un pueblo, ciudad o vecindario, o de un distrito de ciudad. De la misma forma podría referirse también a toda la gente de una provincia o estado (...) 2). La palabra comunidad incluye también grupos de gente que comparten en común algún interés o función, tal como el bienestar, la

agricultura, la educación, la religión. Estos intereses no incluyen a todos los individuos de la comunidad geográfica, sino solamente a aquellos individuos o grupos que tienen un interés o función particular en común" (Ross, 1967:65-66). Vemos en estas definiciones una primera clasificación o tipos de comunidad: la territorial y la funcional, distinción a la que haremos referencia más adelante ya que puede resultar útil desde el punto de vista aplicado a la salud.

Posteriormente, en 1963, aparecen otras definiciones ligadas a programas iniciados en América Latina. En este continente, uno de los autores de mayor significación y trascendencia, Ezequiel Ander- Egg, definía la comunidad como "una agrupación organizada de personas que se perciben como unidad social, cuyos miembros participan de algún rasgo, interés, elemento objetivo o función común, con conciencia de pertenencia situados en una determinada área geográfica en la cual la pluralidad de personas interacciona más intensamente entre sí que en otro contexto" (Ander-Egg, 1963:45). Observamos en esta definición, además de los tres elementos comunes mencionados por Hillery, el elemento psicológico de sentimientos de pertenencia y otro de tipo sociológico-político de organización.

Entre los autores europeos que iniciaron actuaciones en programas comunitarios, destaca el italiano Marco Marchioni. Este autor, haciéndose eco de la definición de Angela Zucconi, define la comunidad como un conjunto de personas que habitan en un mismo territorio, con ciertos lazos y ciertos intereses en común. Analizando los factores estructurales de la comunidad, desde el punto de vista de intervención social, Marchioni establece cuatro elementos básicos del concepto operativo de comunidad: el territorio, la población, la demanda (los problemas que la población expresa) y los recursos de los que puede disponer (Marchioni, 1988:70-80). También entre los autores europeos que conceptualizan el término comunidad desde el punto de vista operativo de la intervención, podemos mencionar al belga Rudolf Rezsö, que caracteriza la comunidad con tres elementos principales: el espacio o territorio, el conjunto de personas que viven en él manteniendo relaciones múltiples e intereses en común, y el sentimiento de pertenencia a la misma. Para este autor, la comunidad se diferencia de

la asociación "no solo por su enraizamiento territorial sino también por la multiplicidad y la globalidad de las relaciones que allí se mantienen" (Rezsohazy, 1985:49-50).

Por último, y referido al ámbito de la salud comunitaria, la OMS, en el manual de educación sanitaria en atención primaria define una comunidad como: "las personas que comparten intereses comunes y que se sienten unidas. En una comunidad, la gente suele compartir valores comunes, una historia y unos antecedentes comunes y aceptan ciertas normas de conductas como normales para todos sus miembros. También podría decirse que la gente que pertenece a una cierta religión o que tiene las mismas creencias políticas forma una comunidad. Una comunidad, por tanto, no es lo mismo que una zona geográfica. La comunidad está formada por gente, no por tierras, aunque sus miembros suelen saber donde se encuentran los límites de las tierras que pertenecen a la comunidad" (OMS, 1989:172). Esta definición implica, que para delimitar una comunidad no basta el componente territorial: el conjunto de personas que tienen vivencia o sentimiento de pertenencia es clave. Una definición de este tipo permite, además, la existencia de varias comunidades en un mismo espacio geográfico.

La mayor parte de las definiciones examinadas hasta ahora, parecen considerar la comunidad como algo bastante homogéneo. En relación a este aspecto, "algunos investigadores han señalado y enseñado, la ingenua falacia de asumir que una 'comunidad' rural es una entidad homogénea, donde todas las personas comparten intereses comunes y orientados hacia la cooperación mutua (Madan, 1987; Foster, 1982; Stone, 1989). En algunos casos en que se han realizado esfuerzos para estructurar la implicación y la participación comunitaria en programas de salud (a través de comités locales de salud, agentes de salud comunitarios, etc.) se han enredado en la política local y en las luchas de poder entre facciones y grupos de interés competitivos" (Stone, 1992:412).

Sin embargo, y si bien es cierto que, -como escribe Canales (1991), la comunidad es una forma abstracta construida sobre la oposición dentro/fuera (categoría de exclusión de carácter discontinuo y artificial); que tiende a homogeneizar relaciones sociales y estructuras, excluyendo

el conflicto (en una visión un tanto "romántica" e "idílica"); o que se utiliza como representación de intereses profesionales (cuando se imagina una comunidad articulada alrededor de un conjunto de servicios); y que por ello solo tendría un valor simbólico; el hecho es que sigue siendo el concepto empleado para designar -en el ámbito de los programas de intervención social y de salud- el objeto de atención, el nivel de intervención o la estrategia de acción. Es más, hoy día, se vuelve a hablar de comunidad y lo comunitario, no solo desde disciplinas profesionales donde ello fue clásico (la antropología, la sociología o el trabajo social), sino en la educación, la salud y el desarrollo sanitario, la psicología y la psiquiatría, la pedagogía, etc. Ante este hecho, tratar de buscar nuevas denominaciones a algo previamente existente y previamente conceptualizado -aún con poca precisión o especificidad y univocidad- puede llevar a generar más confusión, allí donde ésta no es precisamente escasa.

A esta altura de la revisión y comentario bibliográfico, podemos constatar la complejidad del concepto y sus múltiples usos y acepciones. Si bien las provenientes del campo de la sociología aplicada o de la intervención social tienen elementos en común:

- El territorio geográfico
- La población que en él habita
- Interacción social y relaciones
- Sentimiento o conciencia de pertenencia
- Cierta problemática común y recursos, servicios

La definición de la OMS pone de manifiesto que no necesariamente han de darse todos y cada uno de estos elementos para hablar de una comunidad, y que no todos tienen la misma importancia operativa, como aspectos delimitadores e identificadores de una comunidad.

Teniendo en cuenta todas las consideraciones, observaciones y aportaciones precedentes, intentaremos realizar una definición operativa de la comunidad que, al menos sea de mayor utilidad que las examinadas para encuadrar nuestra investigación.

*Una comunidad es una agregación social o conjunto de personas que, en tanto que habitan en un espacio geográfico delimitado y delimitable, operan en redes de comunicación dentro de la misma, pueden compartir*

*equipamientos y servicios comunes, y desarrollan un sentimiento de pertenencia o identificación con algún símbolo local; y, como consecuencia de ello, pueden desempeñar funciones sociales a nivel local, de tipo económico (producción, distribución y/o consumo de bienes y servicios), de socialización, de control social, de participación social y de apoyo mutuo.*

Con esta definición de comunidad, pretendemos recoger los principales elementos sociológicos y psicológicos del concepto, a la vez que excluir los componentes “ideales” que pudieran llevarnos a la falta de concreción y especificidad de nuestro objeto de investigación. En cualquier caso, no excluimos la validez de otras definiciones, ya que no pretendemos estudiar la totalidad de las comunidades existentes, sino aquellas susceptibles de desarrollar la función de participación social, en el nivel local, referida al ámbito de la Atención Primaria de Salud. Veamos a continuación los alcances que le damos a cada elemento de esta definición operacional.

#### ***Habitan en un espacio geográfico, delimitado y delimitable***

El componente territorial de la definición de comunidad es importante, ya que es el compartir un espacio de asentamiento y hábitat común lo que puede configurar el hecho diferenciador con otras agregaciones similares. Por otra parte, en el ámbito de estudio que nos ocupa, las zonas básicas de salud -demarkadas territorialmente-, son el criterio establecido por la administración sanitaria para la gestión de los servicios de salud; nivel en que -como vimos en el capítulo anterior- puede llegar a inscribirse la posibilidad de desarrollar la función social de participación comunitaria en salud. Pero decimos delimitado y delimitable, ya que no se trata de definir una comunidad mediante un “tiralíneas” por parte de un gestor de servicios de salud: es preciso que ese espacio geográfico sea fácilmente delimitable, sobre todo por parte de las personas que integran la comunidad, ya sea por la coincidencia con límites político-administrativos, históricos o culturales, o demarcaciones municipales o barriales, o, simplemente porque por que coincide con los límites de los territorios y hábitat que son fácilmente reconocibles como propios por las personas de la comunidad.

### ***Operan en redes de comunicación dentro de la misma***

Es un hecho constatado empíricamente (Foster, 1982) que las comunidades no son homogéneas en su interior, ya que están formadas por individuos con diferencias de edad, sexo, clases sociales, razas, etc. y con intereses muchas veces contrapuestos y en lucha. Una visión de la comunidad como un "todo único", con un interés común y compartido por todos es demasiado funcionalista e ingenua, ya que lo que existe son comunidades con un equilibrio delicado de intereses y grupos contrapuestos (De Miguel, 1985). Por estas razones, necesitamos redefinir la forma operativa de acción de las personas que integran la comunidad, habida cuenta que: ni todos se conocen entre sí, ni todos se comunican con todos, ni los objetivos, intereses, expectativas y deseos no son comunes. Ahora bien, estas circunstancias no quieren decir que las personas de una comunidad sean antes aisladas o con menos relaciones sociales entre ellos que con otros individuos externos a la comunidad.

Tratando de compatibilizar estas situaciones con la necesidad de identificar el modo específico de operación de los miembros de una comunidad, consideramos que el concepto de red social, aportado por la antropología británica (Social Network) puede ser de utilidad. Una red social, se concibe formada por series de relaciones que un individuo configura en torno suyo con otras personas. Estas relaciones de cualidades muy diversas tanto en la frecuencia como en los contenidos -sean utilitarias o emocionales-, presentan diferentes niveles de densidad en unos sectores y otros de las redes sociales, identificando áreas donde se refuerzan valores o normas, permitiendo una mayor capacidad de acción. Si bien es cierto que esas áreas no tienen por qué tener una continuidad territorial, en el caso del concepto de comunidad que nos ocupa, interesan especialmente las áreas de refuerzo que aparecen en redes de comunicación cuya existencia se explica por la presencia de un mismo territorio de la mayoría de las personas que integran la red. Cada individuo es el centro de una o varias redes (según los diversos ámbitos en que discurra la vida cotidiana), pudiendo existir superposiciones e interconexiones entre diversas redes y personas, como puede no haber ninguna.

### ***Pueden compartir equipamientos y servicios comunes***

Estas características de la comunidad, se da cuando en ella existen equipamientos y servicios cuya cobertura se define territorialmente. Por ejemplo, los servicios públicos de salud a nivel primario, los centros públicos de enseñanza primaria, las instalaciones e infraestructura municipales, etc. son equipamientos y servicios que comparten -o pueden compartir- las personas de un pueblo, barrio, zona o comarca, por el hecho de habitar en ella.

Esta circunstancia -que en sí misma no sería muy significativa-, deriva o tiene consecuencias que, sin embargo, si serían importantes como elementos "comunitarios", a saber:

- Pueden permitir la creación y/o ampliación de redes de comunicación individuales.
- Pueden contribuir al proceso de identificación sectorial de necesidades, deseos y problemas comunes a los usuarios de un servicio (lo que -potencialmente- es importante para desarrollar la función de participación comunitaria), y
- Pueden ayudar a incrementar el sentimiento de pertenencia o aumentar el grado de identificación con símbolos locales.

### ***Desarrollan un sentimiento de pertenencia o identificación con algún símbolo local***

Este componente de tipo psico-social de la comunidad, constituye también un elemento clave del concepto: ha de existir una conciencia individual y colectiva de sentirse identificados con algún símbolo local, que -como mínimo- ha de ser el nombre o denominación de esa comunidad (Sanders, 1976). El hecho de poder definirse como miembro de un barrio o pueblo expresaría la existencia de este sentimiento. Dicho en otras palabras, cuando esta identificación de las personas como pertenecientes/miembros/habitantes de "algo con nombre o denominación compartida" no es posible en la mayoría de ellos, no existiría una "comunidad"

### ***Pueden desempeñar funciones sociales relevantes a nivel local***

Este elemento definitorio del concepto de comunidad, tomado de Warren (1965 y 1972), implica la posibilidad de que -como consecuencia

o a partir de las características antes mencionadas-, una comunidad pueda desarrollar, potencialmente, cinco tipos de funciones sociales relevantes para la vida local, a saber:

- a. **PRODUCCION, DISTRIBUCIÓN Y CONSUMO.** Esto es, la actividad económica relacionada con los bienes y servicios que forman parte de la vida diaria de la gente, y que, además, puedan considerarse como precisas y deseables en esa localidad.
- b. **SOCIALIZACIÓN.** En cuanto a transmisión de valores, conocimientos, pautas de conducta, etc. a los individuos integrantes de esa comunidad, por ser miembros de la misma.
- c. **CONTROL SOCIAL.** Es el proceso de influencia del grupo o de las instituciones de esa comunidad, tendiente a lograr un comportamiento de las personas, conforme a pautas y valores establecidos normativamente, a fin de asegurar el funcionamiento de la sociedad.
- d. **PARTICIPACIÓN SOCIAL.** El desarrollo de esta función social se concreta en la posibilidad que brinda la comunidad local para que, a través de la familia, el medio laboral, las organizaciones religiosas, las organizaciones voluntarias, las organizaciones políticas y sindicales, las asociaciones de base, etc. las personas integrantes de la misma, puedan desarrollar o realizar actividades de carácter social que permitan la satisfacción de necesidades (individuales o colectivas, emocionales o utilitarias) o la solución de problemas compartidos por algunos de ellos.
- e. **APOYO MUTUO** cuando éste es necesario. Este apoyo puede ser fomentado por mecanismos institucionales formales (agencias, instituciones de bienestar social, etc.), o por grupos primarios (familia, amigos, vecinos, etc.).

Pero hemos dicho que el desarrollo de estas funciones es "una potencialidad de la comunidad". Con esto, naturalmente, queremos advertir que no necesariamente ha de ser un proceso que se de siempre y, mucho menos, que sea posible adquirir un desarrollo paralelo de estas cinco funciones. Es más, dependiendo del grado de desarrollo o presencia de estas funciones o de alguna de ellas, podrán establecerse distintos tipos de comunidades, en lo que a funciones sociales

relevantes se refiere.

Por otra parte, el resto de los elementos que brindábamos en nuestra definición de comunidad, juega un papel importante a la hora de favorecer, potenciar o dificultar estos procesos de desarrollo de funciones sociales. Así, por ejemplo, la existencia de un mayor sentimiento de pertenencia o identificación puede contribuir a una mayor autonomía comunitaria en la función de socialización, control social o participación. Y, a su vez, una mayor autonomía de esta función, probablemente aumentará el grado de conciencia o pertenencia a la comunidad. Lo mismo podríamos decir de la existencia de más o menos redes sociales de comunicación con respecto a las funciones de control social, participación y apoyo mutuo, e incluso, las funciones económicas.

Para decirlo en breve, los elementos componentes del concepto de comunidad (espacio geográfico, operación de redes de comunicación, posibilidad de compartir servicios y equipamientos, y sentimiento de pertenencia o identificación), se retroalimentan con las funciones sociales relevantes que esa comunidad puede desarrollar en el plano local.

#### ALCANCES DEL CONCEPTO DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD

A partir de los conceptos de participación y comunidad que hemos examinado, y de las experiencias históricas recientes, podemos intentar definir la participación comunitaria como el proceso social en virtud del cual grupos específicos, que comparten alguna necesidad, problema o centro de interés y viven en una misma comunidad, tratan activamente de identificar esas necesidades, problemas o centros de interés, adoptan decisiones y establecen mecanismos para atenderlas. Aplicado al campo sanitario, la participación comunitaria puede entenderse con alcances diferentes:

- Como participación en los *beneficios* y mejora de las condiciones de vida que sean efecto de un programa.
- Como *esfuerzo o contribución* que la gente aporta a un programa concreto.

- Como participación en la *evaluación y control* de los servicios de salud.
- Como participación en la *planificación y programación* de las acciones y servicios.
- Como participación en la *toma de decisiones* sobre problemas y programas que les afectan.
- Como *co-gestión y autogestión* de programas y servicios.

Es decir, se pueden establecer diferentes niveles y, consecuentemente, formas, modalidades y mecanismos de participación comunitaria en un mismo proceso de desarrollo sanitario.

Sobre esta cuestión, tres han sido los aportes recientes mas significativos y esclarecedores, todos ellos vinculados de algún modo a los trabajos de la OMS: el trabajo de sistematización de Peter Oakley (1990), los de Susan Rifkin (1988, 1989 y 1990) y el grupo de Estudios Técnicos de la misma OMS (1991). En síntesis, sus reflexiones al respecto son las siguientes.

Oakley recoge tres formas de atender los alcances de la participación en salud:

1. "Participación significa... en su más amplio sentido, *sensibilizar* a la gente y, de ese modo, aumentar su receptividad y su actitud para responder a programas de desarrollo, así como estimular las iniciativas locales" (Lele, 1975).
2. "Con respecto al desarrollo... la participación comprende la intervención de la población en los procesos de *toma de decisiones, en la ejecución de programas...* su disfrute de los beneficios de los programas de desarrollo y su intervención en los esfuerzos encaminados a evaluar esos programas" (Lisk, 1981)
3. "La participación entraña... los esfuerzos organizados para incrementar el *control* de los recursos y de las instituciones de reglamentación, en determinadas situaciones sociales por parte de los grupos o movimientos de personas hasta la fecha excluidas de ese control" (Pearse y Steifel, 1979).

A la vista que este tipo de formulaciones no aclaran si la participación es un *medio o un fin*, Rifkin (1990) propone una significación funcional, a partir de preguntas sobre sus componentes concretos, método que

consideramos Útil. Para ella, las formas posibles de participación comunitaria en procesos de salud son:

1. Participación en los *beneficios* del programa, que puede considerarse como participación pasiva, donde la gente es mera receptora de acciones de salud.
2. Participación de la gente en las *actividades* de los programas, es decir, colaboran en la realización de ciertas tareas, pudiendo llegar a ser agentes de salud de la comunidad. Puede considerarse un tipo de participación activa, pero donde la comunidad no participa en la elección o toma de decisiones, que sigue siendo prerrogativa de los planificadores.
3. Participación en la *ejecución de programas* de salud, teniendo algunas pequeñas responsabilidades en materia de gestión pero sin intervenir en la determinación de prioridades ni la formulación de objetivos.
4. Participación en la *vigilancia y evaluación* de los programas, ayudando a los planificadores a enjuiciar el grado en que se han conseguido los objetivos del programa, aunque sin decidir en la elección de objetivos.
5. Participación de la población en la *planificación* de los programas, esto es, en la determinación de prioridades, formulación de objetivos, selección de programas, etc. Se trata del nivel en que la participación comunitaria es mayor, tanto en amplitud como en profundidad.

Por último el grupo de estudios de la OMS (1991), sugiere que la participación se interprete en tres vías diferentes:

- Participación como *contribución*: donde la comunidad participa en determinados programas y proyectos mediante contribuciones de trabajo, dinero o materiales.
- Participación como *organización*, que implica la creación de estructuras apropiadas para facilitar la participación.
- Participación como *dotación de poder, fortalecimiento o potenciación* (empowerment) de grupos y comunidades, particularmente de aquellas que son pobres y marginalizadas, desarrollando el poder de tomar decisiones efectivas concernientes a los servicios de

atención a la salud, ya sea teniendo voz y voto efectivos o teniendo el control sobre esos programas.

Como podemos apreciar, detrás de cada una de estas clasificaciones, y de cada alcance particular en el modo de entender la participación comunitaria en los programas de salud, subyacen diferentes concepciones tanto del desarrollo, como de entender el papel que le corresponde jugar a la población en la gestión de los servicios de salud. Las connotaciones ideológicas, son por ello, obvias e inevitables.

#### NIVELES DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD

Según se entienda la participación como proceso, programa, técnica o metodología, hablar de niveles de participación supondrá la elección de diversos criterios de nivelación. Al hablar de niveles, haremos referencia, principalmente a las formas concretas en que puede instrumentarse esa participación, para cada uno de los alcances mencionados en el párrafo anterior.

Oakley (1990), distingue entre la participación marginal, la sustantiva y la estructural, dependiendo de la fase en que se encuentre el proceso; y entre la participación espontánea inducida y obligatoria, atendiendo a la forma en que se inició dicho proceso. Ander-Egg (1992), por su parte, establece distintos grados de participación, o mecanismos de instrumentación, según la profundidad de la misma. Así, podrían establecerse seis niveles posibles de participación, a modo de continuo:

1. La participación como *oferta/invitación*. Es el grado o nivel más bajo, aunque en sentido estricto podría hablarse de una forma de pseudo-participación, ya que lo que se pretende es que las personas tomen parte en decisiones ya tomadas "desde arriba" que se ofrecen a los que están "abajo". Este tipo de participación impide la decisión sobre cuestiones sustanciales y mantiene intactas las relaciones de dependencia de unos con respecto a otros.
2. La participación como *consulta*. En este caso, los responsables de diseñar y ejecutar un programa consultan (cuando quieren) solicitando sugerencias o alentando a la gente a que exprese sus puntos de vista sobre lo que se va a hacer o se está haciendo. En

este grado o nivel de participación podemos distinguir la consulta *facultativa* (sólo se participa si así les parece a los responsables de la toma de decisiones), y la consulta *obligatoria* (cuando dentro de la organización existen disposiciones que obligan a la consulta).

3. Una forma más participativa es la llamada participación por *delegación*, que puede darse al interior de una organización (se delegan facultades de decisión), o bien delegando responsabilidades a las personas involucradas dentro de un programa que, en ciertos ámbitos o actividades, pueden tomar decisiones autónomamente. También esta modalidad se instrumenta cuando se tiene la posibilidad de integrar un órgano de decisión mediante la elección o el nombramiento de representantes.
4. Existe también la participación como *influencia/recomendación* que se expresa a través de la posibilidad y capacidad de influir mediante propuestas acerca de lo que conviene hacer, o presionando sobre los que, en última instancia, tienen poder de decisión.
5. Un mayor grado de participación es la *co-gestión* en donde se establecen mecanismos de co-decisión y de colegialidad por los cuales la participación se transforma en algo institucionalizado.
6. Y, por último, el grado más alto de participación sería la *autogestión*. En este nivel cada uno interviene directamente en la toma de decisiones conforme a los lineamientos generales establecidos conjuntamente por todas las personas involucradas (ya sea en un programa o en una organización). Este nivel de participación implica también el control operacional de todo cuanto se realiza. Se trata de “gestionar por uno mismo” (los miembros de la organización o los participantes de un programa), y “gestionar según las propias normas”, siempre que ello no afecte los legítimos intereses del conjunto de la sociedad.

#### FUNCIONES DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD

A pesar de las diferentes interpretaciones existentes en torno al concepto de participación comunitaria en salud, “todos coinciden en

que es preciso consultar a la gente en toda decisión sobre su desarrollo, permitiéndole el acceso a los recursos y conocimientos necesarios para ese desarrollo y el disfrute de los beneficios conseguidos” (Oakley, 1990:2), por ello cada vez que se ha acogido más favorablemente la idea de la participación en la política y en los servicios de salud. Las ventajas del enfoque de participación comunitaria sobre otros enfoques, han sido bien resumidas por MacCormak (1983):

1. El enfoque de la participación comunitaria es una manera económica de ampliar el sistema de atención sanitaria a la periferia geográfica y social de un país, aunque su costo no es insignificante.
2. Las comunidades que empiezan a comprender su estado de salud objetivamente y no de manera fatalista tal vez se animen a adoptar una serie de medidas preventivas.
3. Las comunidades que invierten trabajo, tiempo, dinero y materiales en actividades de fomento sanitario son más propensas a utilizar y mantener las instalaciones que van creando, por ejemplo, las de abastecimiento de agua.
4. La educación sanitaria es más eficaz cuando forma parte de las actividades de la localidad.
5. Los agentes de salud de la comunidad, cuando son bien elegidos, gozan de la confianza de la población...

En relación a la funcionalidad básica de la participación, la cuestión estriba en precisar si ésta se entiende como un medio o como un fin. La participación entendida como medio no es otra cosa que utilizar los recursos comunitarios (incluida la población) para alcanzar metas y objetivos preestablecidos. Los resultados, por tanto, son más importantes que el acto de la participación. Se trata de mejorar la eficiencia de los servicios, empleando la participación como técnica de gestión que beneficia tanto al prestador como al consumidor, quedando este último integrado al sistema de prestación y sometido a sus órdenes. Como bien señala Oakley (1990), técnicamente es representativo, pero la participación se limita a formular observaciones y consejos, sin ningún control directo; y, en general, la participación en los beneficios de las prestaciones es la forma de participar. En definitiva, “la participación como medio es principalmente una forma estática, pasiva y controlable,

de participación". siendo -además- la más frecuente.

*La participación como fin*, en cambio, conlleva a insistir más en la idea de proceso de crecimiento, dinámico, no cuantificable y no previsible. Es una forma activa de participación que se crea y configura por quienes participan, respondiendo a las necesidades y circunstancias cambiantes de cada lugar. Se considera, en esta perspectiva, que la participación es un proceso intrínseco al desarrollo que refuerza los programas y existe más allá de ellos, como intervención dinámica permanente. No se considera como una técnica de gestión, sino como base para que la gente pueda influir e intervenir desde la base en niveles superiores. Para ello la sensibilización y la creación de estructuras organizadas son elementos críticos e indispensables de una participación eficaz.

Sin embargo no se trata en estos casos de posiciones funcionales antagónicas extremas. La idea de continuo entre dos polos parece más acertada, y más cercana a la realidad existente. De hecho, la estrategia de Atención Primaria de Salud, no determina claramente una función exclusiva de la participación comunitaria. En la práctica las variaciones dependen de cómo se combinen los elementos de carácter instrumental (medio) o de carácter finalista (fin), otorgando mayor o menor importancia a cada uno de ellos en cada caso concreto.

#### FINALIDADES DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD

Hemos analizado cómo surge, por qué es necesaria, cómo y a qué niveles se puede plantear la participación comunitaria en los programas de Atención Primaria de Salud. Ahora examinaremos brevemente para qué sirve o puede servir esa participación. Para hacerlo, tomaremos como referencia algunas fuentes reconocidas en el campo internacional (Oakley, 1990; Fonaroff, 1983 y OMS, 1981 y 1983). Así, nos encontramos con algunas finalidades u objetivos básicos de la participación en salud.

En primer lugar, la participación es un derecho y un deber que la población debería ejercitar, interviniendo en las decisiones sobre actividades que afectan a su vida cotidiana. Esta intervención en las decisiones y medidas que afectan a su salud fomentan la autoestima y

la autorresponsabilidad, dando sentido a la idea de que la salud es un derecho humano y un elemento de la justicia social. Además, si se consigue que todos los sectores de la población participen en el mejoramiento de los servicios de salud, se habrá sentado un precedente para la participación de estos sectores en actividades comunitarias más amplias. En definitiva, y para resumir esta primera finalidad, la participación comunitaria como principio reviste un valor intrínseco en el desarrollo y debe favorecerse como criterio básico del desarrollo sanitario.

En segundo lugar, muchos servicios de salud funcionan con recursos limitados. La participación de la comunidad puede contribuir a la movilización de recursos que pueden utilizarse para hacer más accesible y aceptable la atención de salud, ampliando la cobertura asistencial. No se trata sólo del aporte material o financiero (cuestión que pudiera estar más justificada en ciertos países), sino -principalmente- el aporte humano, que -en muchos casos- puede ser más efectivos que los profesionales sanitarios, aún en países como España, con infraestructuras aceptables en materia de salud (Pangu y Van Lerberghe, 1990).

En tercer lugar, cada vez está más claro que, para mejorar la salud de la mayoría de la población, más eficaz que la tecnología médica es lo que las propias personas puedan hacer por sí mismas. Así, las medidas preventivas son más eficaces que las curativas para mejorar el estado de salud. Por ello, si la población puede adoptar hábitos de vida más saludables se logrará una mejora más rápida que si se realiza únicamente una inversión en los servicios.

Por otra parte, es un hecho generalizado, el que los servicios de salud se utilizan mal. Si quienes los necesitan participan en su planificación y aplicación, estarán en mejores condiciones de adaptarse y atender sus necesidades. En otras palabras, la participación comunitaria aumenta la probabilidad de que los programas y proyectos de salud sean apropiados y satisfactorios para atender las necesidades sanitarias definidas por la población local, frente a las necesidades médicas definidas por las autoridades sanitarias. Además, de este modo se aumentan las posibilidades de éxito de los programas (Brown, 1991;

Schelp, 1988; Kowli et al. 1990; Bang y Bang, 1991 y Buchner, 1989).

Por último, la participación comunitaria rompe los lazos de dependencia en que se desenvuelven las actividades de salud, pudiendo ser útil para despertar en la gente la conciencia política y el deseo de expresar su opinión sobre el desarrollo que desean para su país o su región (O'Neill, 1992; Minkler, 1992; Al-Mazroa y Al Shammari, 1991; Gott y Warren, 1991).

#### INSTRUMENTOS PARA LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD

Cuando hablamos de instrumentos de participación hacemos referencia a las formas, modos o mecanismos específicos que se utilizan para implementar la participación de la comunidad en los programas y servicios de Atención Primaria de Salud.

Desde el ámbito nacional e internacional, los diferentes autores y expertos de organizaciones, coinciden en señalar cuatro mecanismos de apoyo a la participación comunitaria: la descentralización administrativa de los servicios sanitarios, el establecimiento de estructuras locales apropiadas, la cooperación intersectorial, local y el apoyo de las organizaciones no gubernamentales (OMS, 1985), debiendo considerar, al menos otros tantos factores críticos que deben concurrir para que cada mecanismo de apoyo tenga éxito, a saber:

- La adhesión política a la participación comunitaria
- La reorientación de la burocracia en apoyo de la participación de la comunidad, cambiando procedimientos y modos de actuación.
- El aumento de capacidad de autogestión
- La existencia de una estructura sanitaria básica y cobertura mínima (Oakley, 1990).

Sin embargo, en el plano estrictamente local de las zonas básicas de salud, los instrumentos para la participación comunitaria son otros. En España, recientemente (Siles Román, 1992) parece existir un consenso generalizado acerca de la necesidad de contar con varios mecanismos de participación social:

- El sistema de sugerencias y reclamaciones en los centros y servicios de salud

- Las encuestas de opinión y satisfacción de los usuarios
- Los consejos de salud de Zona y de Area
- La posibilidad de elección de médico y personal de enfermería, o el horario y forma de consulta.

En otro orden de cosas, cabría mencionar, asimismo, otros instrumentos:

- La formación de agentes de salud comunitarios
- La formación de grupos de autoayuda
- La educación sanitaria realizada colectivamente y con carácter participativo

Todo ello, enmarcado dentro de la acción intersectorial (tanto entre sectores como entre niveles político/administrativos).

Ahora bien, en nuestra opinión, no todos estos mecanismos o instrumentos tienen la misma utilidad desde el punto de vista de fomentar o apoyar la participación comunitaria, ya que las "encuestas de opinión", por ejemplo, pueden permitir a los profesionales de la salud conocer ciertos aspectos de la opinión de los pacientes, pero ello no implica que dichos pacientes "participen" en la gestión de los servicios sanitarios.

Con respecto a los sistemas de sugerencias y reclamaciones, si bien constituyen un instrumento posible de participación de los usuarios -necesario y conveniente-, no debemos olvidar que son un instrumento de canalización individual de quejas y demandas de tipo unidireccional, que -cuando se contesta- se hace por la vía administrativa escrita, impidiendo el diálogo mínimo necesario como para poder hablar de participación comunitaria en salud. Lo mismo cabría decir de la posibilidad de elección de médico: son formas de democratización del sistema sanitario en sus efectos o beneficios, pero de carácter marcadamente individual y que no afectan a las formas de gestión y planificación de los servicios de salud y mucho menos, a las actuaciones de promoción de la salud.

Atendiendo a la observación continuada de números comunidades y sus correspondientes programas sanitarios, Agudelo (1983) distingue cuatro instrumentos:

- Los promotores o agentes de salud, si es que se han extraído y forman parte de la comunidad.
- Los comités de salud (consejos de salud), dedicados a actividades específicas en el campo de la salud.
- Otras organizaciones comunitarias, de tipo voluntario, tales como cooperativas, juntas comunales, asociación de vecinos, etc., siempre y cuando organicen, realicen o colaboren regularmente en las actividades de salud.
- La comunidad colectivamente, por medio de acciones de salud, respaldadas por un número considerable de habitantes.

Por todo ello, y teniendo en consideración que la realidad de las comunidades en España es diferente, socialmente y asociativamente hablando, de la observada por Agudelo, podemos concluir en señalar los siguientes instrumentos posibles de participación comunitaria en nuestro contexto.

- Los Consejos de Salud
- Los Agentes de Salud comunitarios
- Los grupos de autoayuda
- Las organizaciones voluntarias que trabajan en promoción de la salud de la comunidad
- La comunidad en general.

### ***Los Consejos de salud***

En general, se trata de un órgano legalmente constituido, a instancia de las autoridades sanitarias de cada comunidad autónoma y de las comunidades sanitarias nacionales, de carácter representativo, e integrado por:

- Representantes de la administración sanitaria y los profesionales del equipo de salud
- Representantes de las administraciones locales de la zona
- Representantes de otros organismos y servicios públicos, no sanitarios, existentes en la zona
- Representantes de organizaciones comunitarias (asociaciones de vecinos, de padres de alumnos, de jóvenes, de mujeres, de ancianos, etc.)

- Representantes de organizaciones sindicales y empresariales

Si bien cada comunidad autónoma regula la composición y funciones de estos consejos de mandar diversa, en general, les asigna funciones consultivas e informativas sobre aspectos administrativos de los servicios de salud, dejando abiertas las posibilidades de cooperación y colaboración con el equipo de salud.

Se trata del instrumento/mecanismo más formalizado de participación comunitaria, por parte de la administración pública de salud, aunque no necesariamente, por ello, deba ser el más importante.

### ***Los Agentes de Salud comunitarios***

Son personas integrantes de la comunidad que por sus intereses, nivel de inquietudes, actividad desarrollada en su medio social, o por captación del personal sanitario, reciben formación para realizar tareas de promoción de salud con sus conciudadanos, de manera voluntaria, no remunerada, y sin vinculación administrativa con el centro de salud local.

Generalmente, se trata de personas que participan en alguna actividad de promoción y/o educación para la salud, a través de la cual son "captadas" como posibles agentes de salud. El proceso de motivación y preparación es clave en este aspecto.

La utilización de agentes de salud de la misma comunidad se basa, principalmente, en el hecho comprobado de que una persona del mismo medio social (grupo, colectivo, vecindario, etc.) tiene mayor efectividad en la modificación de actitudes y comportamientos hacia hábitos y estilos de vida más saludables, que el personal sanitario que, generalmente, suele ser un agente externo a la comunidad.

### ***Los Grupos de Autoayuda***

Sin duda, constituyen una de las formas más antiguas, históricamente hablando, de participación comunitaria en salud, y son el resultado de "procesos de concientización individuales que llevaron actividades de autoayuda. Posteriormente éstos cristalizaron en grupos organizados con acciones de tipo sanitario" (De Miguel, 1985:220).

Conviene diferenciar, sin embargo, la autoayuda del autocuidado: éste último es anterior -incluso a la atención médica- y se refiere a actividades o actuaciones sanitarias no organizadas, relativamente espontáneas, que se han hecho siempre. La automedicación o los remedios caseros son buen ejemplo de ello. La autoayuda, por su parte, se refiere a “grupos que se han organizado con objetivos explícitamente sanitarios, que son de un tamaño reducido, los miembros participan voluntariamente, y su objetivo suele ser la ayuda mutua” (*idem*).

Actualmente, y en nuestra realidad social inmediata, nos encontramos con grupos de autoayuda que se han iniciado fuera del sistema sanitario, y otros que en su origen han tenido la presencia o intervención en tal sentido, de profesionales de la salud. Las asociaciones de ex-alcohólicos, de enfermos diabéticos, discapacitados, etc, son ejemplo de este tipo de grupos.

#### ***Las Organizaciones Voluntarias que trabajan en promoción de la salud de la comunidad***

A diferencia de los grupos de autoayuda, en este tipo de organizaciones, que no tienen por qué ser reducidas, pueden existir -y de hecho existen- otros objetivos aparte de los sanitarios. Se trata de organizaciones y asociaciones no lucrativas que se constituyen con fines sociales de diversa índole y que pueden colaborar, proponer, organizar, etc. actuaciones en el campo de la salud de la comunidad.

Las asociaciones de vecinos, de padres de alumnos, de mujeres, de jubilados, las asociaciones juveniles, de consumidores, de ayuda a minorías sociales, organizaciones sociales de heteroayuda, organizaciones no gubernamentales de desarrollo, etc. son ejemplo de este tipo de agentes sociales a que hacemos referencia, pero siempre y cuando realicen alguna tarea en materia de salud.

#### ***La Comunidad en General***

No debemos olvidar, por último, que la población en general, también puede desarrollar -colectivamente y de manera directas- acciones de participación comunitaria en salud. Para considerarlo un instrumento de participación, será necesario que un número significativo

de personas de la comunidad intervengan en alguna acción colectiva de salud, del tipo que sea (educativa, social, lúdica, de sensibilización, de consulta, etc.). No se trata de una modalidad de acción muy frecuente en nuestro medio, pero no por ello es inexistente o debe olvidarse.

#### BIBLIOGRAFÍA

- AGUDELO, C. A. (1983). "Participación comunitaria en salud. Conceptos y criterios de valoración", en *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 95(3):205-216.
- AL-MAZROA, Y. Y AL-SHAMMARI, S. (1991). "Community participation and attitudes of decision-makers towards community involvement in health development in Saudi Arabia", en *Bulletin of the World Health Organization*, 69(1) 43-50.
- ANDEK EGG, E. (1963). *Ayuda mutua*. Buenos Aires, CFI.
- (1965). *Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad*. Buenos Aires. Humanitas.
- (1978). *Idem*. 2da. Edición.
- (1992). *Introducción al trabajo social*. Madrid, Siglo XXI.
- (1992). *Reflexiones en torno a los métodos del trabajo social*. México, El Ateneo.
- BANG, A. T. Y BANG, R. A. (1991). "Participación comunitaria en la investigación y acción contra el alcoholismo", en *Foro Mundial de la Salud*, 12:111-117.
- BICHMANN, W., RIFKIN, S. B. Y SHRESTHA, M. (1989). "Como medir la participación de la comunidad", en *Foro Mundial de la Salud*, 10:482-488.
- BROWNLEE, A. (1987). "Participación: myths, realities and prognosis", en *Social Science and Medicine*, 25(6):605-614.
- BUCHNER, A. M. (1989). "Factors associates with participation in a community senior health promotion program: a pilot study", en *American Journal of Public Health*, 79(6): 775-777.
- BUNGE, M. (1975). *La investigación científica*. Barcelona, Ariel.
- (1992). *Comunicación oral particular*, Valencia, UIMP.
- CAMPOS JIMÉNEZ, C. (1956). *Organización y desarrollo de la comunidad para el bienestar social*, Guatemala.
- CANALS, J. (1991). "Comunidad y redes sociales: de las materias a los conceptos operativos", en *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 23:7-18.
- DE MIGUEL, J. (1985). *La salud pública del futuro*, Madrid, Ariel.
- Delgado, A. y López Fernández, L. A. (1992). "La participación comunitaria: una revisión necesaria", en *Atención Primaria*, 9 (8):457-459.
- FAIRCHILD, H. P. (Ed.) (1949). *Diccionario de sociología*. México, FCE.
- FINCHAM, S. (1992). "Community health promotion programs", en *Social Science and Medicine*, 35(3): 239-249.
- FISHER, R. J. (1982). *Social Psychology: An applied approach*, Nueva York, St. Martin's Press.

- FONAROFF, A. (1983). *Community involvement in health systems for primary health care*, OMS, documento inédito SHS/83.6; citado por Oakley, P. (1990).
- FOSTER, G. (1982). "Community development and primary health care: their conceptual similarities", en *Medical Anthropology*, 6(3): 183-195.
- GINER, S. (1983). *Comunidades sociales adultas*, Madrid, Mezquita.
- GOTT, M. Y WARREN, G. (1991). "Foros de salud vecinales: la democracia local en acción", en *Foro Mundial de la Salud*, 12:431-436.
- KOWLI, S.S. et al. (1990). "La participación comunitaria impulsa la cobertura vacunal", en *Foro Mundial de la Salud*, 11:169-172.
- KRADER, A. (1982). *Antropología política*, Barcelona, Anagrama.
- KRECH, D. ET AL. (1965). *Psicología social*, Madrid, Biblioteca nueva.
- CROEBER, G. (1946). *Antropología*, México. FCE.
- LELE, U. (1975). *The design of rural development*, Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- LISK, F. A. (1981). "Popular participation in basic needs-orientated development planning", en *Labour and Society*, 6:3-14.
- LÓPEZ FERNÁNDEZ, L. A. Y SILES ROMAN, D. (1993). "La participación comunitaria. Verdades y falacias", en *Centro de Salud*, 1(2): 103-113.
- MAC CORMACK, C. P. (1983). "Community participation in primary health care", en *Tropical Doctor*. 13(2):51-54.
- MADAN, T. N. (1987). "Community involvement in the health policy; socio-structural and dynamic aspects of health beliefs", en *Social Science and Medicine*, 25(6):615-620.
- MALAGON, J. L. (1989). "La idealización de la comunidad", en *Revista de Treball Social*, 116:6-10.
- MARCHIONI, M. (1988). *Planificación social y organización de la comunidad*, Madrid, Popular.
- MINKLER, M. (1992). "Community organizing among the elderly poor in the United States: a case study", en *International Journal of Health Services*. 22(2): 303-316.
- MUNNE, F. (1979). *Grupos, masas y sociedades*, Barcelona, Hispanoeuropea.
- NISBET, R. (1953). *The quest for community*, Nueva York, Oxford.
- OAKLEY, P. (1990). *Intervención de la comunidad en el desarrollo sanitario. Examen de los aspectos esenciales*, Ginebra, OMS.
- O'NEILL, M. (1992). "Community participation in Quebec's health system: a strategy to curtail community empowerment", en *International Journal of Health Services*, 22(2): 287-301.
- OMS+ NICEF (1978). *Alma Ata 1978. Atención Primaria de Salud*, Ginebra, OMS.
- OMS (1981) *Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000*, Ginebra.
- (1983). *Community participation and tropical disease control: an exercise in participatory research*, documento inédito, TDR/SER/SWG; citado por Oakley, P. (1990).
- (1985). *Community involvement for health development: report on the Interregional Meeting, Brioni, Yugoslavia, 9-14 June, 1985*, documento inédito, SHS/85.8; citado por Oakley, P. (1990).

- (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. An International Conference on Health Promotion, Ottawa. OMS.
- (1989). Educación para la salud. Manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud, Ginebra, OMS.
- (1991). Community involvement in health development: challenging health services, Ginebra, Who Technical Report Series 809.
- PANGU, K. A. Y VAN LERBERGHE, W. (1990). "Autofinanciación y autogestión de los servicios de salud básicos", en *Foro Mundial de la Salud*, 11:459-462.
- PEARSE, A. STEIFEL, M. (1979). Inquiry into participation: a research approach. Nueva York, Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para el Desarrollo Local.
- REZSOHAZY, R. (1985). *El desarrollo comunitario*, Madrid, Narcea.
- RIFKIN, S. (1983). "Primary health care in southeast Asia: attitudes about community participation in community health programmes", en *Social Science and Medicine*, 17(19):1489-1496.
- (1986) "Planificación sanitaria y participación de la comunidad", en *Foro Mundial de la salud*, 7:169-176
- (1990). "Participación de la comunidad en los programas de la salud de la madre y el niño y de planificación familiar. Análisis basados en estudios de casos. Ginebra, OMS.
- RIFKIN, S. B., MILLER, F. Y BICHMANN, W. (1988). "Primary health care: on measuring participation", en *Social Science and Medicine*, 26(9):931-940.
- ROSS, M. (1967). *Community organization: Theory, principles and practice*, 2da ed. Nueva York, Harper & Row Pub.
- SÁNCHEZ VIDAL, A. (1991). *Psicología comunitaria. Bases conceptuales y operativas. Métodos de intervención*, Barcelona, PPU.
- SANDERS, I. T. (1976). *The community: An introduction to a social system*. New York, Ronald Press.
- SAUBER, R. S. (1983). *The human service delivery system*, Nueva York, Columbia University Press.
- SCHIEP, L. (1988). "The role of organizations in community participation-prevention of accidental injuries in a rural swedish municipality", en *Social Science and Medicine*, 26(11): 1087-1093.
- SEIDMAN, E. Y RAPPAPORT, J. (1974). "The educational pyramid: A paradigm for research, training and manpower utilization in Community Psychology", en *American Journal of Community Psychology*, 2:119-130.
- SILES ROMAN, D. (1992). "Nuevas perspectivas en participación comunitaria: dar poder a los pacientes", en *Atención Primaria*, 9(3):166-168.
- SMITH, A. (1971). *Teoría del bienestar social*, Buenos Aires, Humanitas.
- STEIFEL, M. Y PEARSE, A. (1982). UNRISD's Popular Participation Programme: an inquiry into power, conflict and social change", en *Assignment Children*, 59/60.
- STONE, L. (1989). "Cultural crossroads of community participation in development: a case form Nepal", en *Human Organ*, 48:206-213.
- STONE, L. (1992). "Cultural influences in community participation in health", en *Social Science and Medicine*, 35(4):409-417.

- WARREN, R. L. (1965). *Studying your community*, Nueva York, Free Press.
- (1972) *The community in America*, Chicago, Rand McNally.
- TONNIES, F. (1979) *Comunidad y Asociación*, Barcelona, Península.