

Venezuela: Retos y problemas para alcanzar la participación comunitaria en el control de las enfermedades tropicales (*)

Roberto Briceño-León (**)

Resumen

El trabajo se inicia preguntándose el porqué de la importancia contemporánea de la participación comunitaria para la prevención y control de las enfermedades, así como buscando una definición operativa de los distintos niveles en los cuales es posible entenderla.

Pero como la participación comunitaria debe entenderse en un contexto global, el trabajo presenta los cambios que se han dado en la sociedad latinoamericana y mundial, así como en las concepciones acerca de la relación entre la naturaleza y la sociedad, que influyen en la participación.

Posteriormente se identifican siete importantes problemas para el logro de la participación comunitaria: la desigual identificación del problema, el conflicto de prioridades, la desconfianza hacia el Estado, los balances personales de costos-beneficios, el problema de las acciones colectivas, el estilo autoritario del personal de salud y, por último, el riesgo de la no-participación comunitaria.

Ante esta situación se establecen seis grandes retos para la participación: cómo lograr la conexión de lo específico de una enfermedad con lo global de la salud; cómo construir metas colectivas que no desestimen la acción individual; cómo hacer cooperar a las personas sin explotar a los más pobres; cómo otorgar ayudas por parte del Estado sin crear dependencia; cómo asumir el riesgo de no-intervenir y, finalmente, cómo lograr que la participación comunitaria sea un medio de organización social y no de manipulación.

El trabajo concluye con el reto de la búsqueda de un destino común entre los diversos actores intervinientes en el proceso social de prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores.

Palabras claves: Enfermedades tropicales, participación comunitaria, Venezuela, América Latina.

Abstract

This paper begins questioning the reason of contemporary importance in community participation in the prevention and control of diseases as well as seeking an operative definition of the different levels in which it is possible to understand it.

But since community participation must be understood in a global context, this paper introduces the changes occurred in Latin American and worldwide society as well as the conceptions concerning the relationship between nature and society, which influence participation.

Later on seven important problems for the achievement of community participation are identified: the unequal identification of the problem, the priority conflict, the mistrust towards the State, the personal cost-benefit balances, the problem of collective actions, the authoritarian style of health personnel and, lastly, the risk of community non-participation.

In view of this situation six great challenges for participation are set forth: how to achieve the connection of the specific of a disease with the global of health; how to build collective goals which do not discourage individual action; how to obtain people's cooperation without exploiting the poorer; how to grant aid from the State without creating dependence; how to assume non-intervention risk; and, finally, how to make community participation into a means of social organization and not one of manipulation. The paper ends with the search challenge for a common destiny between the different actors intervening in the social process of prevention and control of vector borne diseases.

Key terms: Tropical diseases, community participation, Venezuela, Latin America

(*) Esta investigación recibió apoyo financiero del Programa de Pequeñas Becas (Laboratorio de Ciencias Sociales-Universidad Central de Venezuela) del Programa Especial de Investigación y Formación en Enfermedades Tropicales (TDR) del PNUD/Banco Mundial/Organización Mundial de la Salud.

(**) Laboratorio de Ciencias Sociales, Universidad Central de Venezuela, Apartado 47795, Caracas 1041-A, Venezuela

La idea de la participación comunitaria para el control de enfermedades no es nueva. Hace más de cincuenta años el Dr. Arnoldo Gabaldón, en su campaña de erradicación de la malaria en Venezuela, incorporó a los cooperadores voluntarios. Eran maestros, policías o amas de casa, quienes ayudaban en la distribución de la droga y recibían en retribución una papeleta de la lotería nacional que era muy jugada en aquel entonces: el equivalente en dinero era insignificante, pero se daba la posibilidad de ganar una fortuna si la suerte de la lotería los favorecía. Mucho antes y sin intervención del Estado ni de médicos, las personas quemaron cocos o excremento de animales para auyentar los mosquitos, mejoraron sus casas, y cuidaron sus enfermos. ¿Cuál es entonces la importancia de la participación comunitaria hoy?

I. ¿POR QUÉ LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA?

La importancia que hoy adquiere la propuesta de la participación comunitaria, radica en los cambios relativos a la manera como se entiende la función del Estado y al papel de la población en la sociedad.

Al inicio de las campañas de erradicación de la malaria, de las grandes obras de saneamiento y del proceso de urbanización acelerado que se da con posterioridad a los años cuarenta, existía una concepción prepotente del Estado. El Estado era responsable de la acción transformadora sobre la sociedad. El impacto de la revolución soviética y del papel de la planificación del Estado socia-

lista, por un lado; y la visión keynesiana y las acciones del Estado capitalista emprendidas tanto en las acciones de reconstrucción de las postguerras como en la superación de la crisis capitalista de los años treinta, por el otro, le daban al Estado un papel singular en la manera de modelar la sociedad y, en consecuencia, de realizar acciones de salud pública. El Estado tenía el derecho, pero más, el deber de garantizar la salud de la población.

Este modelo funcionó por varias décadas y hay que reconocer que fue eficaz en el logro de las metas propuestas. Los Estados nacionales organizaron sus servicios de erradicación de la malaria, unos con mayores recursos y eficiencia que otros, pero todos bajo un mismo patrón que implicaba una imposición a la población de ciertas medidas que debían de ser acatadas pasivamente y que eran aplicadas por un personal y una organización de tipo militar. El Estado era responsable de la modernización del país y de las metas de saneamiento, y la sociedad debía aceptarlas.

Y fue así que la sociedad se modernizó. Ciertamente unas sociedades más que otras, pero el proceso de urbanización y de alfabetización, así como los procesos de democratización política, afectaron a todas las sociedades. Y este cambio en la sociedad debía implicar una modificación en la manera de entender y de actuar del Estado y sus políticas de salud. No es igual diseñar una acción sanitaria para una población rural, dispersa, analfabeta y desconocedora de sus derechos ciudadanos, a

diseñarla para otra urbana, concentrada, educada y bien conocedora de sus derechos ciudadanos.

Adicionalmente la crisis económica de las sociedades latinoamericanas durante los años ochenta incrementaron las dificultades de actuación de los Estados. Inclusive las sociedades más ricas del continente han sostenido serios problemas de financiamiento que han impedido al sector público actuar de la manera intervencionista como lo habían hecho por varias décadas y han obligado al Estado a moverse hacia una reducción de su tamaño y sus funciones.

Sin embargo, es posible decir que en general los programas de salud no cambiaron con las transformaciones de la sociedad y que de alguna manera se han mantenido en los esquemas anteriores para una sociedad distinta. Esto ha traído como consecuencia rechazo de la población y dificultad en lograr las metas de los programas. Y es así como, entre los problemas y las limitaciones del Estado y la mayor autonomía y presencia de la población, aparece la idea de la participación comunitaria.

II. QUÉ SIGNIFICA LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA HOY

El Concepto de Participación Comunitaria.

Por participación comunitaria en salud entendemos la acción que la sociedad civil ejecuta para el logro de metas sanitarias como algo distinto de la acción del Estado. Algo distinto puede significar que la acción de la sociedad civil realiza pue-

de ser opuesta o complementaria, pero en cualquier caso diferente de la acción estatal.

Lo significativo sociológicamente de la participación comunitaria es su diferenciación con el Estado, y no los modos variados en que esta puede expresarse. Por comunitaria no entendemos que la participación deba ser obligatoriamente colectiva, ni tampoco si dicha participación es consciente u organizada. Estos son rasgos caracterizadores de los distintos tipos de acciones que puedan emprenderse, son importantes, pero los entendemos como modalidades de una respuesta cuyo rasgo significativo es su diferencia con el Estado.

La idea de la "participación comunitaria" marcha hoy en día de manera paralela con la idea de "privatización", ambas son modos de entender una nueva relación entre el Estado y la Sociedad. Sin embargo, la privatización alude fundamentalmente a organizaciones ya existentes e implica a las empresas como actores principales; mientras que la idea de participación comunitaria implica más a los procesos de la vida cotidiana y tiene a los individuos o las familias como actores principales. Por supuesto, en el proceso de privatización de hospitales o de escuelas es posible pensar también en formas de "participación comunitaria" en la organización de las juntas directivas o en los "pagos como una forma de participación", pero estamos hablando de algo distinto

Los Niveles de Participación

Hay al menos tres niveles en los cuales se entiende la participación comunitaria en la literatura. En un

primer nivel está la aceptación de las políticas sanitarias; en el segundo nivel se encuentra la acción reactiva y cooperadora con las iniciativas y programas del Estado, y, en el tercer y último nivel tendríamos la acción espontánea o innovadora de la comunidad.

En el primer nivel, que pudiéramos llamar Grado A, la acción es de tipo pasivo y puede en muchos casos ni siquiera implicar una actuación por parte de los individuos, sino simplemente una aceptación, un no-rechazo de una determinada actividad desarrollada por el Estado. En este nivel se considera que hay participación si las personas aceptan que les fumigen las casas o tomas las drogas indicadas. En nuestra opinión, y de acuerdo a la conceptualización expresada, esto no puede ser considerado participación comunitaria, puesto que no se trata de una acción distinta a la realizada por el Estado, sino simplemente su acompañamiento o aceptación. Por supuesto que este nivel de no-rechazo es importante, no debe ser menospreciado, e implica toda una estrategia para lograrlo; pero no creemos que sea prudente llamarlo "participación", para asignar a esta categoría una carga más activa y claramente diferenciada de la realizada por los funcionarios del Estado.

En el segundo nivel, que llamaríamos Grado B, tenemos la acción de los individuos o las familias. Está acción puede estar, y las mas de las veces se encuentra, orientada por los organismos del Estado. El Estado planifica, establece metas, define los roles que deben cumplir los indivi-

duos, la familia, o los líderes de la comunidad, y las personas cumplen el papel que les ha sido asignado: hacen reuniones, colectan vectores, botan basura, mejoran las casas, supervisan los funcionarios públicos... En este nivel la comunidad complementa o perfecciona la acción del Estado, pero es el Estado, el agente externo, quien pauta los tipos de acción y las comunidades quienes las ejecutan.

Esta forma reactiva es el modo más común de entender la participación comunitaria y puede tomar matices muy variados en su ejecución. En algunos casos puede ser apenas un mecanismo para utilizar mano de obra barata en la ejecución de obras, o una forma de manipulación de los individuos; pero, también puede ser una forma educativa para lograr dar confianza a las personas y avanzar hacia mayores grados de organización y autonomía. No hay una forma única de evaluar este tipo de participación, pues dependerá de las orientaciones que en cada caso imprima el agente externo.

En el tercer nivel, o Grado C, encontramos un tipo de participación que muchas veces no es considerada tal, pues puede salirse de los planes y directivas del Estado. En este caso la propia comunidad planifica, decide sobre cuáles son las actividades a realizar, y las ejecuta directamente o, inclusive, pueden invertirse los términos, y ser la comunidad quien asigna las tareas y solicita al Estado su ejecución. Este es un nivel de participación de notable calidad, pero puede ser conflictiva para el Estado quien deberá en-

frentarse a una comunidad madura, con sus propias prioridades que no siempre coinciden, y que a veces pueden estar opuestos, a los intereses del Estado en su totalidad o de los planes de tal o cual jefe de programa. En este nivel las relaciones de cooperación entre el Estado y la sociedad civil es muy valiosa y altamente democrática. Pero el esquema se complica para el Estado, pues no se trata más de garantizar aplicación de metas, sino de negociar los propios planes con las comunidades.

III. LOS PROBLEMAS DEL LOGRO DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Pero hay un conjunto de dificultades que se presentan al momento de alcanzar la participación de las comunidades en cualquiera de los grados B o C. Estos problemas son de muy variado orden, pero implican los distintos tipos de nexos que se pueden dar entre los actores privilegiados de este análisis: el Estado y la Comunidad o sociedad civil. Revisaremos los siete que consideramos más importantes.

1- La no consideración del problema de salud un problema.

Uno de las grandes dificultades para los programas de participación comunitaria en la prevención o control de enfermedades es que los individuos no consideran que una enfermedad sea un problema para ellos, y es muy difícil actuar ante un daño no-existente. Esta imposibilidad de percibir el problema puede deberse a la existencia de otros riesgos percibidos como mayores, o a la dificultad para establecer una rela-

ción entre los factores causales de la enfermedad, tal como sucede con la enfermedad de Chagas y con la esquistosomiasis, sea por la gran distancia en el tiempo entre el momento de la adquisición de la enfermedad y el momento cuando se presenta el daño; sea por no estar seguros que el daño existe. La larga convivencia que la mayoría de estas poblaciones ha tenido con los vectores y con los factores de riesgo, es otro de los aspectos que dificulta su interpretación como un problema cuando nunca antes lo había sido.

2- La diferencia entre la jerarquía de prioridades en las acciones de control.

Pero no todo es un problema de comprensión, hay también una dimensión de jerarquía ante los problemas y las acciones a tomar. En algunos casos se trata de diferencias asignadas a las prioridades por desconocimiento de los riesgos potenciales por parte de la población, pero muchas otras por diferencias en las metas de los actores y en la satisfacción que encuentran en los resultados de una u otra acción.

Muchas veces esta diferencia en la manera de jerarquizar los problemas sucede porque el orden dado a los problemas por parte de los funcionarios del Estado no siempre tienen una base epidemiológica, sino, quizá, simplemente administrativa. La importancia que le asigna a la prevención del dengue el jefe del programa de dengue no está solo relacionada con las consecuencias de la enfermedad, sino con su responsabilidad laboral ante el asunto y

esta jerarquía no tiene porqué ser compartida por la población.

En la oportunidad de un brote de malaria con *Plasmodium vivax* en una zona endémica de Venezuela, los habitantes de un caserío que llevaba más de dos meses sin agua potable bloquearon la entrada de los rociadores y nebulizadores al lugar. Argumentaban que no iban a permitir la aplicación de insecticidas contra la malaria si antes no les arreglaban el acueducto dañado. En un primer momento puede resultar paradójica la acción del poblado, pues era a esa misma gente a quien se iba a proteger de la malaria y en consecuencia la beneficiaria de la acción. Pero la población comprendió que quienes más interesados estaban en evitar los casos nuevos de malaria eran los funcionarios del Ministerio que deseaban conservar sus empleos, y, en consecuencia, eran los beneficiarios inmediatos de la acción. En estas circunstancias la comunidad se sintió en capacidad de negociar una prioridad que, tal como el agua potable, les reportaba una mayor satisfacción inmediata a ellos. Poco o nada puede hacer por cooperar en una acción quien no considera que ese acto sea una prioridad.

3- La desconfianza en el Estado.

Para la población no es evidente que los asuntos concernientes al agua pertenecen a una unidad administrativa del Estado diferente, y a veces desconocida, por otra unidad administrativa que se encarga del control de la malaria o del dengue. Para la comunidad todo ello es el Estado; y en poblaciones pobres y desasistidas,

la presencia de cualquier funcionario es la presencia del Estado como totalidad.

Cuando se inició la epidemia de dengue en Venezuela en 1989, la oficina responsable de los acueductos enfrentaba serios problemas operativos, tanto por los daños en las tuberías, como por una sequía prolongada que había mermado las reservas de agua disponible. Un racionamiento del suministro de agua se imponía y, por lo tanto, le informaban a la población que acumulara agua en envases, pues el servicio se debía restringir. Paralelamente, las autoridades sanitarias informaban de la importancia de botar el agua recogida en envases a fin de poder controlar el vector de la enfermedad...

Estas dificultades administrativas hacen muy difícil la confianza de la población en el Estado. Pero sería ingenuo creer que se trata sólo de problemas administrativos. Por parte de los funcionarios o de políticos con metas propias específicas ha existido una reiterada manipulación de la población. Se ha utilizado la participación de la comunidad como un medio para hacer tareas que luego el Estado publicita como propias; se ofrecen cooperaciones por parte del Estado que luego se incumplen, se les utiliza para campañas electorales, y hasta se les involucra en actividades que implican corrupción administrativa.

Pero quizá el aspecto de manipulación más común y evidente se encuentra en la manera de aproximarse a la comunidad para lograr las metas específicas de un programa, las más de las veces restringido al control de

una sola enfermedad, ofreciendo o permitiendo que la gente crea que se trata de un programa de desarrollo social o de salud general. Las expectativas creadas son eficaces para la manipulación inmediata, pero muy negativas con posterioridad.

La frustración y el desencanto de las poblaciones pobres y enfermas hacia los gobiernos y los políticos se ha confirmado muchas veces. La desesperanza y la desconfianza en el Estado constituye un serio obstáculo para la participación comunitaria.

4- La evaluación costo-beneficios del riesgo de contraer la enfermedad.

Otro importante obstáculo para lograr la participación de las personas en la prevención y el control de las enfermedades es el balance que puede hacerse entre los riesgos de contraer una enfermedad y los beneficios que pueden obtenerse por asumir ese riesgo. Si el balance se inclina hacia los beneficios por el riesgo, la persona los asumirá con independencia de los mensajes sanitarios que se le ofrezcan.

Veamos el caso de los garimpeiros. En una encuesta realizada hace unos años entre los hombres de un garimpo del Amazonas, se encontró que la casi totalidad conocía de la malaria, sus síntomas, complicaciones y modos de prevenirla; todos estaban conscientes que corrían el riesgo de contraerla al estar en esa zona, sin embargo permanecían allí. No es que no tuvieran otras alternativas, las tenían, tenían posibilidades de trabajos agrícolas o industriales por ellos conocidas, pero ninguna de esas actividades podía generar una

beneficio tan substancioso como el de una soñada mina de oro. Estos individuos, obsesionados con una veta productiva, consideran la malaria un riesgo ocupacional simple, y muy inferior al beneficio que estaban obteniendo o ilusionaban lograr de un momento a otro.

Este tipo de cálculo no es solo hecho por arriesgados mineros, es el mecanismo cotidiano de asignación de esfuerzos que realiza cada individuo y cada familia. Y cuando los costos son medidos exclusivamente como modos de evitar una enfermedad, resultan por lo regular demasiado onerosos al momento de compararlo con la inversión requerida y los beneficios esperados. Solo en las enfermedades de alta mortalidad se puede encontrar una respuesta inmediata por la población, pues en estos casos los costos suben. Pero también en estos casos existe una intervención más directa por parte de las autoridades sanitarias y no se solicita la participación comunitaria. El resultado al disminuir la letalidad es que disminuyen entonces los costos individuales, y el balance vuelve a ser negativo para la participación de las personas.

5- Las acciones colectivas y los beneficios individuales.

En un nivel distinto otro importante obstáculo para la participación comunitaria es la paradoja existente entre la forma de construir acciones colectivas y la manera de distribuir los beneficios individuales indiscriminados. Esto ha sido estudiado ampliamente por la sociología y, salvo que puedan darse beneficios dife-

renciados, no tiene una salida inmediata el problema.

Supongamos que se requiere hacer la limpieza de una quebrada o de una plaza pública donde hay desechos que permiten la reproducción de los mosquitos transmisores del dengue; o el relleno de una laguna artificial donde se encuentran caracoles hospederos de la esquistosomiasis. Se presume que todas las personas deben participar en el trabajo del sábado pues el beneficio es para todos; sin embargo, si alguien no asiste y se queda en casa viendo el partido de fútbol, no podrá ser excluido del beneficio de evitar la enfermedad. En este caso y siguiendo el cálculo racional, es mejor entonces no-participar que participar, pues, el individuo obtendrá el beneficio sin ningún esfuerzo. El problema radica en que si todos o muchos piensan de esta manera racional, la quebrada nunca será limpiada ni la laguna rellena, y los beneficios no existirán tampoco.

6- El estilo autoritario del personal de salud.

Propio de la formación recibida y del refuerzo que dio la eficacia de las campañas durante muchos años, existe una cultura autoritaria en el personal de salud. El comportamiento que deriva de esta cultura tiene además como sustento la idea del pueblo ignorante que debe ser educado, del Estado poderoso que debe cumplir ese papel y del saber médico omnipotente que lo sustenta. El conjunto de estos factores - y otros más - como resultado una estilo autoritario de relacionarse con las comunidades, que ha sido útil en las cam-

pañías verticales, pero que resulta contraproducente al cambiarse de estrategia y requerirse la participación comunitaria.

En este caso el estilo del personal de salud impide la participación comunitaria sin desearlo. El agente sanitario llega a la comunidad, pide la participación, pero lo hace de un modo tal que la impide, pues, de algún modo, la impone. Dos factores son muy importantes en esto, uno es que el agente sanitario tiene de suyo una autoridad que debe suavizar en vez de ejercer, a fin de permitir el surgimiento de la respuesta comunitaria; y, otro, la diferencia en los lapsos temporales, el agente sanitario tiene un tiempo más limitado, metas más específicas, y siente presión por acelerar los procesos que muchas veces son muy lentos en las comunidades. La consecuencia es un deseo de empujar la participación que trae efectos contrarios.

7- El ejercicio de la libertad como no-participación.

Finalmente, es posible que ante todas las circunstancias las personas decidan no-participar. La no-participación, así como la asunción del riesgo de enfermarse es un ejercicio de la libertad individual que no puede ser eliminado. Sin embargo, el respeto a la libertad del otro no puede significar pasividad, se debe insistir, informar, ser asertivo en las estrategias, pero, al final, la decisión es de las personas y sea cual fuere se debe respetar.

Esto tiene dos consecuencias: una, se refiere a la responsabilidad colectiva. El respeto a la individualidad siempre debe tener el límite del

daño que puede acusársele a otro, y allí la comunidad y el Estado debe actuar y la noción de "bien común" debe rescatarse. La segunda es que la acción que el Estado y la comunidad emprendan para compensar las conductas riesgosas, no debe constituirse en un premio a la pasividad y la no-participación, pues en este caso se estaría enviando un mensaje negativo que estimularía la no-participación.

Pero, como algunas veces estas acciones son necesarias tomarlas, un componente de sanción puede manejarse en el diseño de la política, no tanto como un mecanismo impositivo como para contrarrestar el mensaje negativo que pueda darse.

LOS RETOS DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA HOY.

Ante estas dificultades pueden definirse seis grandes retos que deben enfrentar los programas de acción comunitaria.

1- Cómo conectar el problema específico de una enfermedad con las metas globales de salud o de bienestar económico.

Las comunidades tienen una perspectiva globalizante de los problemas, porque la vida y la cotidianidad es global. La segmentación del mundo en departamentos encargados de enfermedades o de servicios es una invención de eficiencia burocrática que no se corresponde con la vida diaria y las necesidades de una comunidad. Por lo tanto, si la meta es lograr que la gente actúe y participe, debe procurarse un puente que combine las metas específicas con las globales. Por ejemplo, el éxito de los

programas de mejoramiento de vivienda para el control de la enfermedad de Chagas en los cuales hemos trabajado se fundan en gran medida en los beneficios globales que aporta una vivienda sana y que están allende el control de la enfermedad de Chagas propiamente dicha. Esto mismo debe procurarse con las otras enfermedades, no siempre es sencillo, pero siempre es necesario.

2- Cómo construir metas que permitan acciones individuales y colectivas sin que se desestime la participación.

El reto tiene dos partes, una es evitar que la participación comunitaria significa acciones colectivas, cuando pueden ser individuales o familiares. La otra es cómo lograr que los beneficios de la acción colectiva no se constituyan en un obstáculo para la participación.

Muchos programas procuran colectivizar las acciones de manera innecesaria, el mejoramiento de la vivienda, el programa de letrinas, la limpieza del peridomicilio para el control del *Aedes Aegypti*, son tareas familiares que no es menester colectivizar. El fomento de la responsabilidad individual-familiar y de la discriminación en los beneficios es siempre más útil para los programas de participación comunitaria. Esto no quiere decir que la personas no puedan generar vínculos de cooperación entre ellos, si sucede espontáneamente debe ser bienvenido, lo que no debe formularse el programa con este propósito.

Por otra parte los programas que requieran de metas que impliquen acciones colectivas deben estimular la

participación de todos, pero debe hacerse un esfuerzo especial por evitar los "free-riders", aquellos que desean obtener beneficios sin aportar esfuerzos. La búsqueda de diferenciar los beneficios, sea con restricción en el disfrute de las metas o con el otorgamiento de beneficios paralelos, sea la presencia de sanciones morales o legales, puede usarse para aminorar el daño que los free-riders pueden causar a las metas de participación.

3- Cómo otorgar ayudas de parte del Estado sin crear dependencia.

Pero las familias no pueden enfrentar solas muchos retos de la prevención y el control de las enfermedades, necesitan de la ayuda externa. La meta es entonces lograr mecanismos que permitan que la ayuda otorgada contribuya a que el proceso sea sostenible en el tiempo y no lo contrario.

Esto se logra por una parte fomentando y exigiendo los aportes de la propia gente; por la otra parte, con las dinámicas psico-sociales que pueden fomentarse a través de las normas administrativas y de procedimientos que establezcan los programas. Los aportes del agente externo se pueden dosificar en el tiempo y atarlos al logro de ciertas metas factibles pero retadoras. En cualquier caso parece que lo importante es entender que debe existir un aporte de la población y que las decisiones de procedimientos o administración, deben ser entendidas en el contexto de una acción educativa en el sentido amplio del término.

4- Cómo hacer cooperar a las personas sin explotar a los más pobres.

En los programas de participación comunitaria debe establecerse el principio que nada es gratis, o que no tiene valor. Nada, tampoco el trabajo de las personas que participan carece de valor, tiene un valor y la gente lo aporta para alcanzar las metas sanitarias deseadas. Claro, esto genera dificultades, pues cuando se pide a los más pobres que den un aporte financiero o laboral para los programas, uno se pregunta si lo mismo se le exige a otros sectores de la sociedad con mayores recursos y cuál es la equidad de todo esto.

Este aspecto ético es de muy difícil tratamiento en general, sin embargo, creemos que el objetivo que es importante mantener hacia los pobres el principio del aporte, pero no como un medio de ahorrar recursos al Estado, sino como un acto constructivo y pedagógico, donde participar es una manera de ser parte de un proceso, de lograr confianza en sí mismos, de no sentirse ayudados sino de ayudarse a sí mismos.

5- Cómo asumir el riesgo de no-intervenir.

Si uno desea colocar la participación como una condición de los programas de prevención, debe estar dispuesto a aceptar que la gente puede no participar y los programas no ejecutarse o hacerlo muy tardíamente. Esta decisión tiene implicaciones fuertes, pues por un lado está la responsabilidad ética frente a la posible enfermedad, pero, por el otro, está la responsabilidad ética de conspirar contra una meta de salud au-

tosostenible. Cuando el riesgo es demasiado alto, puede intervenir de manera extraordinaria; pero lo apropiado sería asumir el riesgo de no-intervenir y no substituir el aporte que debía ser dado por las personas de la comunidad, con aportes dados por los agentes externos. Por supuesto, si los limitantes de la participación son objetivos, y escapan a la voluntad de las personas, debe tratarse de otra manera. Pero allí el asunto radica en la actividad del programa en exigir aportes que efectivamente pueden ser dados por las personas.

6- Cómo lograr que la participación sea un medio de mayor poder para la comunidad.

Si bien la participación comunitaria puede ser un mecanismo de manipulación del Estado, puede ser también un medio por el cual las comunidades comiencen a organizarse, a generar vínculos entre ellos y a reconstruir la vida social desde las bases mismas. Hay comunidades que organizan sus propias escuelas, sus servicios de salud, sus sistemas de vigilancia policial y hasta cobran sus propios impuestos como colaboraciones para financiar estos propósitos. Y uno se pregunta, ¿no están acaso inventando la rueda? Pareciera que sí, pero también que ante la crisis del Estado y la poca confianza en la equidad social, este es un proceso que se observa como necesario.

No hay fórmulas mágicas para lograr que esto marche en la dirección correcta, pero si se fomenta la presencia de las personas de manera consciente, se es transparente en las normas de funcionamiento y en las

metas, y se incentiva la organización, se estará contribuyendo a generar una sociedad civil más libre y responsable.

EL RETO DE UN DESTINO COMUN.

Cuando se habla de participación comunitaria uno piensa tan solo en un actor, en la comunidad, y no considera el Estado de manera inmediata. Cuando se habla de programas de cambios de comportamiento, se le viene a uno a la mente un programa de cambio de hábitos de la población; pero, uno también debiera pensar en un programa para cambiar los hábitos de los gobiernos y de los funcionarios de los ministerios de salud, quienes a veces son uno de los principales obstáculos al logro de las metas. Es decir, se trata de considerar a los dos actores, el Estado y la comunidad, y este ha sido el propósito de este trabajo.

Los Programas de salud en América Latina no podrán ser más unas tareas llevados a cabo exclusivamente por el Estado para la comunidad. Tampoco es posible pensar que estos programas puedan llevarse a cabo sin la presencia activa del Estado, no pueden ser programas ejecutados por las comunidades, pues no tienen los recursos ni la experiencia para hacerlos, ni tampoco les compete de manera completa. Se trata entonces de producir programas de Salud del Estado con la comunidad.

Un programa de prevención y control de enfermedades con la comunidad implica una reformulación de los roles del Estado y de la comunidad, obliga a un Estado más respe-

tuo de las personas y a una comunidad menos pasiva y más responsable.

Hoy en día en América Latina los retos y los problemas del control las enfermedades, son los retos y problemas de la construcción de una sociedad democrática, responsable y sana. Y allí todos tenemos la obligación de participar.

Este es un camino en el que todavía nos queda aun mucho trecho por andar, donde falta mucho por hacer y conquistar, pero debemos recordar con José Martí:

"Todo es hermoso y constante, Todo es música y razón, y todo, como el diamante, antes que luz fue carbón."

REFERENCIAS

- BRICEÑO-LEON R. 1988. "Community and individual participation in Chagas disease control" in *Excerta Medica*.
- _____. 1990. *La Casa Enferma*. 1ª Edición, Mayo, Fondo Editorial Acta Científica de Venezuela y Consorcio de Ediciones Capriles. Caracas-Venezuela.
- DAVAL R. 1981. *Logique de L'action Individuelle*. P.U.F., París.
- GARFIELD RM and WILLIAMS G. 1989. *Health and Revolution the Nicaraguan Experience*, Oxford, fam.
- GARFIELD RM AND VERMUND SH. 1986 "Health education and community participation in mass drug administration for malaria in Nicaragua" in *Social Science Medicine*, 22 (8), pp. 869-877.
- HIELSCHER S and SOMMERFELD J. 1985 "Concepts of illness and the utilization of health-care services in a rural malian village" in *Social Science Medicine*, Vol. 21, Nº 4, pp. 469-481.
- HINDESS B. 1988. *Choice, Rationality, and Social Theory*. Unwin Hyman.
- HOPP C AND PRIDAN H. 1984. "Community participation in a community and family-based primary health care program" in *Public Health Review*, 12 (3-4), pp. 348-353.
- NICHTER M. 1984. "Project community diagnosis: Participatory research as a first step toward community involvement in primary health care" in *Social Science Medicine*, Vol. 19, N 3, pp. 237-252.
- OLSON M. 1986. *The Logic of Collective Action*, Harvard University Press, Cambridge, England.
- OSTERIA T, RAMOS JIMÉNEZ P, MARIÑAS O and OKAMURA J. 1988. *Community participation in the delivery of basic health services*. Manila, De la Salle University.
- PALUMBO G. 1991. *Gerencia participativa: un caso exitoso en el sector salud*. Fundación Antonio Cisneros Bermúdez.
- PINTO DIAS J C. 1986. "Participação comunitaria no programas de saúde" in *Rev. Brasileira de Malariologia e Doença Tropicais*, 38, pp. 103-110.
- RAJAGOPALAN PK, PANICKER KN. 1984. "Feasibility of community participation for vector control in villages" in *Indian Journal of Medical Research*, 80, pp. 117-124.
- RIFKIN SB. 1983. "Primary health care in Southeast Asia: attitudes about community participation in community health programmes" in *Social Science Medicine* 17 (19), pp. 1489-1496.
- TANNER M, LWIHULA GK, BURNIER E, DE SAVIGNY D. and DEGRÉMONT A. 1986. "Community participation within a primary health care programme" in *Tropical Medicine Parasitology*, 37 (2), pp. 164-167.
- UGALDE A. 1985. "Ideological dimensions of community participation in Latin American health programs" in *Social Science Medicine*, 21 (1), pp. 41-53.