

Facultad de Salud Pública

LA UNIVERSIDAD Y LA COMUNIDAD, RESEÑA DE EXPERIENCIAS

Giselda Sanabria Ramos¹

RESUMEN: El trabajo muestra de forma sintética, las metodologías, desarrollo y resultados de dos experiencias donde universidad-servicios-comunidad se vinculan de forma dinámica y flexible, en un proceso de dar y recibir mutuo. La primera experiencia se corresponde con acciones de capacitación a manera de enseñanza tutelar a médicos de familia que a su vez capacitan a líderes comunitarios con el objetivo de resolver de forma conjunta los problemas más apremiantes del barrio. En la segunda experiencia se realiza una investigación acción participativa para la sistematización de experiencias vividas por habitantes de un barrio con serios problemas socio-económicos y que está transitando por un proceso de animación social.

Descriptores DeCS: **MEDICOS DE FAMILIA/educación; PARTICIPACION COMUNITARIA, MEDICINA COMUNITARIA. PROBLEMAS SOCIALES.**

Teoría y práctica son categorías de uso frecuente en el quehacer cotidiano de las instituciones dedicadas a la formación de recursos humanos en salud. La experiencia que a continuación se expone, evoca el necesario vínculo de los servicios con la docencia y de cómo las instituciones docentes pueden ser útiles de forma directa a los servicios.

Antecedentes

El análisis de datos estadísticos muestra que en Cuba, desde el inicio de la pre-

sente década se manifestó una tendencia ascendente de las tasas de mortalidad y de morbilidad. Predominan las enfermedades crónicas no transmisibles, esencialmente las del corazón, las cerebrovasculares, los tumores malignos y los accidentes.¹

Estas evidencias, relacionadas a través de un análisis contextual del desarrollo del Sistema de Salud y de las transformaciones ocurridas en el ámbito social y económico motivó que en febrero de 1992 el Ministerio de Salud Pública de Cuba concibiera una nueva estrategia expresada en el documento "Objetivos, Propósitos y Directrices para incrementar la salud de la pobla-

¹. Máster en Tecnología Educativa. Especialista de II Grado en Administración de Salud. Profesora de la Facultad de Salud Pública.

ción cubana 1991-2000"² (identificada como "OPD-2000").

Esta estrategia actualiza enfoques y tareas concretas a cada elemento del Sistema Nacional de Salud con el fin de perfeccionar su funcionamiento. La Facultad de Salud Pública no quedó excluida:

Directriz general No 19.

"La Facultad de Salud Pública, en su papel rector de la preparación y superación de los cuadros del Sistema Nacional de Salud, priorizará en la planificación e instrumentación de sus planes y programas estos propósitos y directrices para lograr dotarlos de los conocimientos y técnicas que permitan una gestión altamente eficiente en los diferentes niveles."

A la luz de ese documento se desencadenaron un conjunto de acciones que fueron reforzadas, además, por orientaciones del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) y que se describen en el "Proyecto de Superación a Equipos de Dirección del Sistema Nacional de Salud". [Martínez S. 1995. Proyecto de superación a equipos de dirección del Sistema Nacional de Salud. ISCM-CH.]

"Como se expuso, además de lo orientado a la Facultad directamente mediante las directrices generales de la estrategia sanitaria, se recibe un mandato bien preciso de las áreas de Docencia y Epidemiología del Ministerio de Salud Pública, referente al diseño de un proyecto de capacitación dirigido a los profesionales y técnicos que integran los equipos de dirección en los diferentes niveles del sistema, con especial orientación a nivel local (territorios municipales). Este proyecto debía representar uno de los vectores claves para desarrollar la estrategia sanitaria, pues su propósito fundamental era capacitar a los recursos humanos encargados de esa tarea."

Este proyecto se realizó como un sistema de capacitación en cascada, entre los años 1992 y 1995. Su objetivo principal era:

"Contribuir a desarrollar la capacidad de acción de los equipos de dirección basado en la comprensión y alcance de los OPD-2000, así como su adecuación a la realidad y problemática de cada localidad y unidad de salud del país".

Se cumplieron los objetivos generales y particulares, y los resultados sobrepasaron las expectativas. Surgieron proyectos locales derivados del de base que se iniciaron a partir de 1995, entre los que se encuentran:

- Participación social.
- Gerencia de calidad.
- Capacitación en epidemiología.
- Gerencia hospitalaria.

La génesis

La homogeneidad y la generalidad son categorías que se someten a prueba cuando se analizan comportamientos sociales, pues aún lo que es válido para un grupo social no lo es para otros. Precisamente eso ocurrió en dos barrios del territorio de La Lisa, dónde a partir de 1995, se desarrolló el subproyecto de *Participación social*. En ellos se presentan comportamientos sociales diferentes entre sí por diversas causas, y distintos también, al resto de los barrios del municipio.

Este subproyecto se especificó como *La intervención educativa: Una vía para el incremento de la participación social en salud* y se sustentó en "La insuficiente participación de la comunidad en la identificación, solución y evaluación de los problema de salud", problema que fue identificado en ese municipio cuando comenzó la ejecución del Proyecto OPD-2000.

La dirección de salud del municipio La Lisa y el equipo de trabajo de la Facultad de Salud consideraron que ese problema se solucionaba con la intervención educativa propuesta.

Los cursos de capacitación en los consultorios médicos se constituyeron como propuesta de trabajo; luego de las investigaciones preliminares.³⁻⁵ [Reyes I. 1995. Caracterización de la participación comunitaria en su área urbana. Policlínico Wilfredo Santana. Municipio Habana del Este. Tesis. Facultad Salud Pública.] Se consideró la limitada participación de la población en la identificación, solución y evaluación de los problemas de salud, se debía al escaso conocimiento del personal de salud, y de la propia comunidad de qué es la participación, cómo realizarla y para qué es útil entre otras interrogantes.

El territorio

El municipio La Lisa (Fig.) es uno de los 15 municipios que conforman la Ciudad de La Habana y surge, en 1976 con la nueva división político-administrativa del país. Sus primeros asentamientos poblacionales datan del siglo XVIII.

Está ubicado al suroeste de la provincia Ciudad de La Habana y ocupa una extensión territorial de 37,5 Km². Sus 120032 habitantes representan el 5,5 % de la población provincial. La organización del gobierno es similar a la del resto del país, está dividida en 7 consejos populares que agrupan a las circunscripciones y que constituye la última estructura de gobierno de cada territorio.

El crecimiento socio-económico del municipio se sustenta en dos pilares fundamentales, el industrial y el constructivo. El principal problema de salud es el deterio-

ro higiénico sanitario. Los accidentes y los tumores malignos aportan la mayor cantidad de años de vida potencialmente perdidos (AVPP); persisten además defunciones por enfermedades sujetas a control (infarto del miocardio, asma y enfermedades diarreicas agudas). Entre los factores de riesgo más frecuentes están: el estrés, la ingestión de bebidas alcohólicas y el consumo de cigarrillos. Es un municipio, que a pesar de su desarrollo constructivo presenta problemas de vivienda y posee 6 barrios insalubres. [Cruz M y col. 1996. Análisis de la situación de salud del municipio. La Lisa. Facultad de Salud Pública.]

Sus recursos y servicios de salud son: 5 policlínicos, 1 clínica estomatológica, 1 hospital psiquiátrico, 1 hogar materno, 1 hogar de impedidos físicos, una unidad de Higiene y Epidemiología y 1 banco de sangre. Todos los policlínicos tienen el servicio del médico y la enfermera de la familia; en total dispone de 473 médicos y de ellos 307 son médicos de la familia en sus diferentes categorías (especialistas o en vías de serlo).

El Cristobal Labra, (Fig) es el policlínico que atiende a la población de los consejos populares, No. 2 y No. 7, que es donde se desarrollaron las experiencias que referiremos.

Las experiencias

ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA

El subproyecto de "Intervención Educativa", comenzó su ejecución en el mes de noviembre de 1995, a partir de esa fecha se realizó la preparación de facilitadores que permitió disponer de personal calificado y necesario para la marcha del subproyecto.

Cuatro facilitadores (médicos de la familia en fase de especialización) interesados en el trabajo de participación social recibieron un entrenamiento específico.

- Técnicas participativas para la educación popular.
- Planificación de intervenciones de educación para la salud a la población.
- Métodos de priorización de problemas.
- Computación (básico)
- Curso de enfoque estratégico en el diseño de Proyectos de Intervención Comunitaria.

Habilidades y resultados del entrenamiento:

Entre los principales resultados de la formación de facilitadores [Sanabria, G. 1997. La Universidad y la Comunidad. Reseña de una experiencia. Tema presentado en el II Congreso de Secretarios Municipales de Salud de las Américas. La Habana. Cuba.], encontramos los siguientes:

- Se hicieron más estrechas aún, las relaciones de trabajo entre la Dirección Sectorial de Salud y la Escuela de Salud Pública. Se estableció una relación amistosa entre los equipos de trabajo y aumentaron las expectativas de los profesionales de salud del municipio con respecto a los cursos y asesorías que brinda la Facultad.
- Los médicos de la familia involucrados adquirieron habilidades para iniciar un proceso de concertación con los líderes formales y no formales de su comunidad.
- Las tesis presentadas para la categoría de Especialista de 1er. grado de Medicina General Integral demuestran resultados de programas de intervención realizados con sus comunidades.
- Presentación en el V Seminario Internacional de Atención Primaria de la Salud

del tema: *Participación comunitaria y promoción de salud una experiencia por el médico de familia.**

RELATO NO. 1. CONSEJO POPULAR NO. 2

La intervención, que se realizó después del entrenamiento, fue dirigida a 812 de los habitantes de ese consejo popular.

Las técnicas de trabajo utilizadas fueron: la observación, la entrevista, la asamblea popular o foro comunitario y el trabajo en grupos. En las sesiones de trabajo grupal se empleó la "lluvia de ideas" y el método de Hanlon para la jerarquización de problemas.⁶ Los pasos y resultados de la intervención fueron los siguientes:

Asamblea comunitaria

Convocada por invitación directa además de avisos colocados en el mercado del barrio, exhortaba a los habitantes de la localidad para que participaran en la definición y solución de los problemas que más les preocupaban. La asamblea se realizó en la escuela secundaria básica del Consejo. El médico de la familia presentó su preocupación por los problemas de salud y explicó el porqué todos tienen la posibilidad y el derecho de contribuir al bienestar de todos. Se convocó a una nueva sesión.

Trabajo en grupo. Sesión 1

Asistieron 28 personas entre los que se encontraban, líderes formales e informales, así como vecinos interesados. La sesión de trabajo incluyó: presentación, caldeoamiento y lluvia de ideas para identificar

Autores: Sergio Cabrera S., Daniel Herrevarría., Allis Sellek R, Gicelda Sanabria R. Silvia Martínez C.

los problemas. En total se determinaron 11 problemas importantes que demandaban soluciones: fundamentalmente para la Salud y 7 que requerían de gestiones y recursos administrativos. Se acordó realizar otra reunión.

Trabajo en grupo. Sesión 2

Introducción, caldeamiento y explicación en torno a la necesidad de jerarquizar los problemas. Se describió el método de Hanlon, mediante el cual se estableció como prioritarios: la falta de calidad del agua empleada para el consumo humano y el alto número de adolescentes embarazadas. Se acordó resolverlos escalonadamente. Se invitó a que cada uno reflexionara sobre la forma de solucionarlos para analizar las proposiciones en el otro encuentro.

Trabajo en grupo. Sesión 3

Se profundizó el problema. La mala calidad del agua que utiliza la población es consecuencia de la rotura de las tuberías que conducen el agua a las viviendas, que coinciden con roturas y desbordamientos de fosas de residuales líquidos que originan la contaminación. ¿Cómo se resolvería esta situación? ¿Quién lo haría? Con anterioridad esta situación se había planteado en reuniones del poder popular y se había informado a las fuerzas de la comunidad y al gobierno.

Se creó un comité al que se le llamó "Comisión del agua" (formado por ciudadanos de mayor reconocimiento y autoridad) que debía discutir el asunto directamente con el presidente del gobierno local, así como con la dependencia de servicios comunales correspondiente. En la Asamblea Comunitaria se informó el estado de la gestión.

Trabajo en grupo. Sesión 4

Chequeo del avance de las gestiones de la "Comisión del agua" y análisis de la solución del problema educativo con las adolescentes. Se acordó no iniciar ese trabajo hasta que no quedara resuelto el anterior. Se solicitó apoyo voluntario para la reparación de las tuberías, ya que el gobierno facilitaría los materiales y una brigada de trabajo, si se le brindaba apoyo, pues es un servicio de mucha demanda en el territorio con muchos atrasos.

Trabajo en grupo. Sesión 5

Chequeo del progreso de las obras y demanda de más apoyo a la comunidad con el fin de agilizar los arreglos.

Trabajo en grupo. Sesión 6

Durante el análisis y evaluación de los resultados y del grado de complacencia de la población se concluyó que los resultados fueron satisfactorios y que también fue favorable el impacto en la comunidad. Se encaminó la solución del próximo problema que sería debatido en la asamblea comunitaria siguiente.

La experiencia vivida refleja la validez del trabajo comunitario y la necesidad de capacitar tanto a los profesionales como a la población. Se señala que en dos oportunidades fue necesario posponer las reuniones de trabajo, por falta de fluido eléctrico en una, y por error en la fecha de reunión en la otra.

Al inicio fue engorroso aplicar una metodología de trabajo reflexivo en la comunidad, pero fue mejorado en las siguientes sesiones. Los inconvenientes del método de Hanlon también se superaron.

RELATO NO. 2. CONSEJO POPULAR NO. 7 "BALCÓN DE ARIMAO"

A diferencia de lo que venía ocurriendo en los demás consejos populares (6) del municipio, en cuanto a la participación popular y comunitaria en la identificación, evaluación y búsqueda de soluciones a problemas de salud, el "Balcón de Arimao" revelaba ante la prensa, una situación favorable, en este sentido, lo que indujo la visita de líderes y miembros del gobierno provincial y nacional que constataron la participación activa y el entusiasmo de los pobladores.

En estas circunstancias, la universidad debía emplearse en tareas investigativas y no de capacitación. Se requería conocer por qué este barrio que presenta similares características sociales y económicas que los demás, había alcanzado este éxito.

Este problema científico se le presentó a un equipo de trabajo de la Facultad de Salud Pública. También se involucró a una aspirante a Master en Atención Primaria de Salud, que poseía experiencias de trabajo sobre el tema Participación Comunitaria y que deseaba incorporarlo a su tesis. [Martínez, M. 1996. Consejo Popular "Balcón de Arimao." Sistematización de la experiencia en dos años de trabajo. Tesis. Facultad de Salud Pública.]

El objetivo general de la investigación quedó enunciado como sigue:

"Sistematizar la experiencia de participación social y comunitaria que se lleva a cabo desde hace dos años en el Consejo Popular Balcón de Arimao y su repercusión en las condiciones de salud".

Se puso en práctica el modelo de sistematización de experiencia de *Oscar Jara* que utiliza una metodología particular con una secuencia de cinco tiempos: a) Punto de

partida, b) Preguntas iniciales, c) Recuperación del proceso vivido, d) Reflexión a fondo y e) Puntos de llegada.⁷

El foco de la investigación fue la población de la circunscripción 73 del consejo popular "Balcón de Arimao" que se caracterizaba por ser un barrio insalubre, con alto índice delictivo, deserción escolar, desempleo y estilos de vida poco favorables para la salud, que en ese momento estaba sometido a acciones de animación social.

La riqueza de los resultados de las observaciones, y de las entrevistas, el trabajo con los grupos focales y las confidencias de las historias de vida permitieron socializar y reflexionar sobre la experiencia que estaban viviendo en la comunidad para conocer las actividades más significativas realizadas en el barrio. Entre ellas estaban:

- Desarrollo de prácticas de Educación para la Salud con personas dispensarizadas que presentan factores de riesgo y que están incorporadas a un programa específico para su grupo.
- Dramatizaciones infantiles con representaciones de las conductas de los padres en áreas naturales.
- Sociodramas representados por adultos en espacios creados en las ferias populares.
- Juegos de grupos para adultos y club de gimnasia aeróbica.
- Abastecimiento de agua con carros-pipas para compensar la deficiente distribución del acueducto.
- Limpieza de calles y recogida de residuales sólidos con un carro de tracción animal y mantenimiento de la vigilancia de vectores y el desbordamiento de las fosas mareas.
- Se contrató a los vecinos que estacionaban sus carros estatales en la zona, para que se emplearan como ambulancia nocturna, cuando el caso era remitido por el médico de la familia.

- La creación de una discoteca en el local del agromercado para el disfrute de los adolescentes y la recaudación de fondos para beneficios de la comunidad.
- Divulgación en una pizarra pública de las disponibilidades de empleo en coordinación con la oficina municipal de trabajo, por lo que se ha logrado disminuir el número de jóvenes desempleados.
- Creación de una brigada para reparar las viviendas con peores condiciones constructivas en la comunidad.

En total se identificaron más de 35 acciones colectivas que han permitido cambiar la dinámica y el ambiente en esa comunidad y que ha estimulado un sentimiento de solidaridad y de pertenencia al barrio.

El estilo de trabajo que predomina en el consejo es el participativo, sus líderes formales, luego de haber sido seleccionados en la Asamblea del Poder Popular han declarado que todos son importantes y que poseen el deber y el derecho de opinar. Los integrantes del Consejo analizan la situación socio-económica, política, cultural, deportiva, recreativa, higiénico-sanitaria y de salud. Se reúnen mensualmente, chequean acuerdos y analizan todos los planteamientos y quejas de la población que llegan directamente o son planteadas en las Asambleas Populares por los electores; intercambian con los pobladores y analizan en colectivo las soluciones.

Existe la descentralización de las tareas, de las decisiones y de las soluciones. Se constató que parte del éxito y avances de la comunidad se deben al carisma y a la capacidad de convocatoria y liderazgo del delegado de la circunscripción, y refiriéndose a él una vecina dijo: "Antes había muchos robos, broncas, desmotivaciones, los dirigentes no se preocupaban por las condiciones de vida de la gente, ahora si, es diferente, todos halamos juntos."

Otra vecina no menos elocuente señaló: "Al principio no creí que ese hombre pudiera resolver el problema, pero fui dándome cuenta de que él era persistente, el día que logró juntar a muchachos problemáticos en el trabajo voluntario me dije: este sí que está loco. Nada, que los convenció porque los trató de igual a igual, sin regaños ni rechazos".

Particularmente, las experiencias docentes-investigativas presentadas en este trabajo son satisfactorias, pues se constituyeron en fuente de conocimientos para todos los involucrados, universidad-servicios-comunidad, además de generar herramientas metodológicas de real utilidad.

Estas experiencias fueron una pequeña contribución para disminuir la brecha en la desvinculación de la docencia de posgrado con los servicios de salud y con la comunidad, así como sumar un paso al desarrollo de las investigaciones con y para la comunidad.

SUMMARY: This paper shows in a summarized way the methodologics, development and results of two experiences where university-services-community are dynamically and flexibly linked in a mutual exchange process. The first experience included training actions as tutorial teaching for family physicians who in turn train community leaders so that the most pressing problems of the neighborhood be jointly solved. The second experience covered a research study of participatory actions for systematizing the experiences of people living in a neighborhood with serious socio-economic problems which is undergoing a process of social revival.

Subject headings: PHYSICIANS,FAMILY/education; CONSUMER, PARTICIPATION; COMMUNITY MEDICINE; SOCIAL PROBLEMS.

Referencias Bibliográficas

1. Cuba. Ministerio de Salud Pública. 1996. Anuario estadístico.
2. Objetivos, própositos y directrices para incrementar la salud de la población cubana 1992-2000. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
3. OPS. Participación de la comunidad en la salud y el desarrollo de las Américas. Análisis de estudio de casos seleccionados. Washington, DC, 1984. (Publicación Científica;473).
4. Sanabria G. 1993. Participación social y educación para la salud en Cuba. Memorias del I Taller Sub-regional Latinoamericano de Participación Social y Educación para la Salud OPS/OMS.
5. OPS. La participación social. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud HSD/SILOS-3 1990.
6. Hanlon J. 1983. Método para la priorización de problemas de salud. Citado en Pinault. Planificación Estratégica Ed. Masson A. Barcelona, 1987.
7. Jara O. Para sistematizar experiencias. San José: Editorial Alforja, 1994.

Recibido: 30 de septiembre de 1998. Aprobado: 9 de octubre de 1998.

Dra. *Giselda Sanabria Ramos*. Facultad de Salud Pública Ave. 31 e/146 y 150 Reparto Cubanacán. Playa, Ciudad de La Habana, Cuba.