

La participación comunitaria en salud y su devenir en la historia venezolana Community participation in health and its evolution in Venezuelan history

Romero M. Ybelisse
Departamento de Salud Odontológica Comunitaria
Facultad de Odontología. Universidad de Carabobo
yberomero@hotmail.com

Recibido: 03 /02/2011
Aceptado: 22/02/2011

Resumen

Hoy día se entiende a la participación comunitaria como una condición que fortalece la capacidad de la población a crear y mantener un desarrollo colectivo, representando una cualidad inherente al bienestar social. El propósito del presente ensayo fue realizar un análisis crítico sobre el concepto de participación, su devenir en la historia y su presencia en los marcos regulatorios venezolanos, a fin de aproximarse a una interpretación desde la teoría crítica sobre las virtudes, ventajas, fallas y debilidades de la misma en la salud y en las marcas ideológicas que orientan su práctica y saberes. El proceso de la participación ha sido definido y encasillado como estrategia política, razón por la que en el ámbito nacional, se ha presentado en los Planes de Nación como un vehículo de control y aceptación, prevaleciendo una participación utilitarista y asistencialista en la salud. La falta de participación activa en los procesos de salud bucal, es consecuencia de las representaciones ideológicas dominantes en el sistema de salud, donde el profesional es quien tiene el poder de resolución y manejo de la misma. Para el logro de la real participación, se requiere la presencia de una comunidad capacitada en técnicas promocionales y de autogestión para la conducción de su propia salud bucal, estimulando valores y actitudes de autopotenciación, autocapacitación y autocuidado, valorando las potencialidades humanas de la comunidad.

Palabras clave: Salud bucal, participación comunitaria en salud, capacitación en salud.

Summary. Community participation in health and its evolution in Venezuelan history

Nowadays, the community participation, as a condition that enhances the people ability to create and maintain a collective development, representing an inherent quality of social development. The purpose was a critical analysis of the participation, concept, its evolution in the history and its presence in Venezuelan regulatory frameworks, in order to approach an interpretation from the critical theory about the virtues, benefits, failures and weaknesses of the same in the health and ideological markings that guide their practice and knowledge. Throughout the history, the participation process has been defined and pigeonholed as a political strategy, why at the national level has been present in the National Plans as a control and acceptance vehicle, prevailing utilitarian and assistance involvement in the health. The lack of active participation in oral health processes is the result of dominant ideological representations in the health system, where the professional is who has the resolving power and handling of it. For the achievement of real participation, is requires the community trained in the promotional and self-management techniques to handing their own oral health, promoting values and attitudes of self-empowerment, self-training and self-care, valuing the community human potential.

Key words: Oral health, community participation in health, health training.

Introducción

La participación comunitaria es un concepto dinámico en el cual los ciudadanos se involucran de forma voluntaria y consciente, en todos los procesos que les afectan directa e indirectamente. Es una condición que fortalece la capacidad de la población a crear y mantener un desarrollo colectivo, siendo una cualidad inherente del verdadero desarrollo social. Por lo tanto, entender a la participación como un proceso social, no solamente tiene consecuencias para la investigación, sino también permite manejar argumentos para el logro de una mejor calidad de vida de la población.

El estudio de la participación se remonta al siglo XIX con las formulaciones de Owen y Proudhon¹, no obstante, los fundamentos que realmente impactaron en las sociedades fueron los de Marx y Engels², con la “Guerra Civil en Francia”. Posteriormente en las primeras décadas del siglo XX, las obras claves de participación de las masas fueron las de Trotsky, Lenin y Luxemburgo³.

La participación comunitaria como proceso siguió creciendo en los períodos de guerra, y fue después de la segunda guerra mundial cuando surgen experiencias de autogestión y de movimientos sindicales, producto de los problemas de pobreza, desempleo y desigualdades sociales. A partir de la década de los 70, a nivel mundial, las Naciones Unidas a través de la *Declaración Coyocac*, gestiona unos modelos de planificación de desarrollo, con el objeto de aumentar progresivamente el *autodesarrollo*. En el ámbito latinoamericano, el tema aparece en el campo político, académico y operativo, representado por autores como Castells^{4,5}, Cardoso⁶, Delgado⁷, entre otros.

Para mediados del siglo XX, en los países del Tercer Mundo surgen propuestas de desarrollo social centradas en la acción de tipo comunitario y en la participación activa de las personas, como estrategia de abordaje de los problemas de subdesarrollo.⁸

El modelo actual de participación comunitaria, no solo está vigente en el campo político y en la formación académica, éste también se reproduce en las políticas públicas, en el sistema de atención

y, por supuesto, en el abordaje de la salud. Es un modelo que hace hincapié en una participación asistencialista, apoyada en un paradigma que funciona en la dependencia y en el poder del conocimiento. Esta condición es un reflejo *sine quoniam* de una educación enclavada en un enfoque eminentemente utilitarista, que es producto de una matriz racionalizadora dirigida al logro de fines exclusivamente, donde la praxis de la participación está subsumida en la colaboración-asistencia.

Sin lugar a dudas, este modelo no se ajusta actualmente con el contexto venezolano, por existir una vaguedad conceptual, que es el reflejo de una labor netamente asistencial que ignora los factores socio-estructurales que están involucrados en el proceso de participación, aunque ha habido aproximaciones hacia un nuevo sentido de participación activa.

El siguiente ensayo se realizó con base a un análisis crítico sobre el concepto de la participación, su devenir en la historia y su presencia en los marcos regulatorios venezolanos, a fin de aproximarse a una interpretación desde la teoría crítica sobre las virtudes, ventajas, fallas y debilidades de la participación comunitaria en el campo de la salud y, por ende, las marcas ideológicas que orientan su práctica y saberes.

Participación comunitaria: concepto y devenir histórico venezolano

El proceso de participación ha sido definido y encasillado a través de diferentes épocas y autores. Sánchez⁹ sostiene, que es producto de un nuevo modo de comportamiento en el que los ciudadanos comienzan a influir en el proceso de toma de decisiones, que de alguna manera se vinculan con los intereses de los participantes, representando la expresión de sus aspiraciones y también de los criterios que deben guiar el desarrollo social.

Montero¹⁰ la identifica como, la acción desarrollada por los miembros de la comunidad en función de objetivos generados a partir de necesidades sentidas, y de acuerdo con estrategias colectivamente definidas, fundamentadas en la solidaridad y el apoyo social. Por su parte, Vargas¹¹ define la participación como una

actividad organizada por parte de un grupo, con el objeto de expresar necesidades, demandas, defender intereses comunes e influir de manera directa en los poderes públicos ganando así, poder político. Por otro lado, Fadda³ sostiene que el concepto de participación debe concebirse como la redistribución del poder y la inclusión de grupos excluidos, a fin de obtener un mayor control. Montero¹² afirma, que existen dos factores asociados a la participación comunitaria, uno es el conocimiento que tiene la comunidad con respecto a la organización, y otro, el conocimiento crítico de la historia comunitaria.

La participación comunitaria es un proceso organizado, colectivo, libre, incluyente, en la cual una variedad de actores, actividades y grados de compromisos están orientados por valores y objetivos comunes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS)¹³ conceptualiza a la participación en salud, como un proceso de organización de estructuras sociales, así como del fortalecimiento o potenciación de las comunidades en pro de la toma de decisiones efectivas concernientes a la salud.

Así mismo, la participación como proceso ha sido tipificada en niveles según diversos autores. Rifkin¹⁴, distingue cinco niveles de participación en el campo de la atención de salud: el nivel mínimo y pasivo, donde la población puede participar en los beneficios del proyecto de salud, aquí la participación se entiende como la ampliación de la base social, o democratización de acceso a los servicios de salud. El nivel más profundo, cuando la población local puede participar en actividades programáticas, por ejemplo, asumiendo roles como trabajadores de salud locales o promotores de salud. El nivel de implementación, donde se asumen responsabilidades administrativas en un programa. El nivel de monitoreo, que permite evaluar programas. Y por último, el nivel real de participación, donde la población local participa en programas de salud y decide realmente.

Por otro lado, Hernández¹⁵ clasifica a la participación comunitaria en tres niveles: el nivel de asistencia, que es la forma más frecuente de participación, dada por acciones espontáneas, intermitentes, improvisadas y puntuales. El

nivel permanente, que son acciones que ejerce la comunidad siguiendo un plan o proyecto determinado, en el cual se establece un mayor compromiso con acciones puntuales y permanentes. El tercer nivel u orgánico implica la apropiación completa del proyecto, cuyo fin está dirigido a la transformación de algunos aspectos de la realidad, ya que los miembros de la comunidad actúan con un alto nivel de compromiso en la planificación y en la ejecución del proyecto. Aunque estos tres niveles no son excluyentes, el nivel que generalmente se evidencia en el Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), es el asistencialismo orientado con un enfoque utilitarista, que pretende mejoras de la infraestructura y el logro de las estadísticas exigidas.

La participación según Arnstein¹⁶ presenta diferentes estadios desde un nivel inferior de no-participación, que incluye la manipulación; un nivel de plática donde está la consulta y un nivel superior de poder comunitario que involucra el control.

Haciendo un análisis sobre la participación en Venezuela, se observa que el poder de participación venezolano fue desestimado por décadas, ya que éste se concentró por muchos años en el Estado y en los partidos políticos. No obstante, desde el año 1960 comienza a aparecer la iniciativa de la participación, al ser incorporada en los distintos planes de la política venezolana.

Es a partir del I Plan de la Nación (1960-1964) cuando aparece la iniciativa de la participación articulada a lineamientos políticos, programas y proyectos de desarrollo de la comunidad; entendida ésta como un elemento destinado a incorporar a los sectores populares en los programas dirigidos a elevar su calidad de vida, promoviendo la participación activa en la realización de obras y proyectos. En el II Plan de la Nación (1963-1966), se consolidó la visión de desarrollo comunal a través de la participación social como elemento estratégico en la solución de sus problemas, reorientándose y capacitándose al personal para el aprovechamiento de los recursos. El III Plan de la Nación (1965-1968), fue una continuación y mejoramiento de la visión, objetivos y propósitos fundamentales de los dos planes anteriores; se continuó con el impulso del programa de desarrollo

de la comunidad, en un esfuerzo combinado entre los sectores público y privado.¹⁷

El IV Plan de la Nación (1969-1973) estimuló la promoción popular, como un conjunto de esfuerzos integrados y destinados a impulsar transformaciones en el sistema socioeconómico y cultural, que permitieron la incorporación y participación deliberada y consciente del hombre como sujeto, en todos los procesos y fines del desarrollo. Dos objetivos fundamentales se concibieron alrededor de este concepto, la incorporación de la población al proceso de producción y distribución de riquezas y disfrute de los beneficios de desarrollo; el otro objetivo fue, la participación popular en las tareas de ejecución del desarrollo, a través de una toma de conciencia y organización de la población con el fin de facilitar y asegurar una auténtica y adecuada representación y participación de los sectores populares.¹⁷

Con el V Plan de la Nación (1973-1978), el concepto y las iniciativas vinculadas al tratamiento del tema de la participación ciudadana sufren otro cambio, ya que se emplea el concepto de participación sólo como efectos prácticos, a través del estímulo de grupos de bajos ingresos a formar cooperativas de ahorro, a fin de coadyuvar a la creación de viviendas y solucionar problemas de servicios.¹⁸

El principio rector básico del discurso técnico del VI Plan de la Nación (1979-1984)¹⁹, lo constituyó el concepto de la democracia participativa, mediante el cual se pretendió reforzar la participación activa del pueblo en la preparación, toma y ejecución de decisiones, estimulando el desarrollo de las iniciativas de la población, por medio de formas de autoconstrucción. Este plan incluyó la incorporación de nuevos valores y la organización social, como instrumento de la participación.

En 1986, surge el documento de la Comisión Presidencial para la Reforma del Estado plasmados en el VII Plan de la Nación (1984-1988)²⁰ con ideas desarrollistas, donde se involucra la democratización y la participación ciudadana. Este documento es un intento de democratizar el Estado y las relaciones del mismo con la sociedad civil.²¹ Uno de los lineamientos estratégicos evidenciado

en el escrito, fue el avance de la descentralización del poder y la participación de los ciudadanos en el control de las decisiones que les afectan. Incluía la presencia de una medicina participativa, con la participación activa de la comunidad, como una apertura de nuevas propuestas que fueron producto de la racionalización del sector salud.²²

El VIII Plan de la Nación (1989-1994), mostró un avance multisectorial del tema de la participación en la gestión gubernamental, además presentó como objetivo lograr una democracia moderna y eficiente, capaz de propiciar un ambiente para que las decisiones colectivas incorporaran las voces de todos los afectados, generando una nueva cultura nacional de participación y concertación. Este plan consideró como lineamientos estratégicos a la promoción de la participación organizada, al fortalecimiento institucional y a la promoción de la participación de la sociedad civil.¹⁷

El desarrollo de la participación evidenciado en los Planes de la Nación presentados, aparece sólo como una retórica ejercida desde el nivel de no-participación como la describe Arnstein¹⁶, o de participación pasiva como la define Rifkin¹⁴, o simplemente emerge de acuerdo al nivel de asistencia de Hernández¹⁵. Generalmente, la participación planteada en cada uno de los discursos técnicos de los planes se pierde en los enunciados políticos, ya que no la consideran como elemento destacado en las estrategias y planes. No obstante, Díaz-Polanco²² manifiesta que el VI Plan de la Nación de Luis Herrera Campíns, tuvo como mérito histórico la incorporación de la democracia participativa como modelo de la sociedad en el campo de la salud por primera vez en Venezuela, a la que denominó como la medicina participativa, creándose los comités de salud que supuestamente permitían la participación de las comunidades en el sector salud, con un programa dirigido a una supuesta población que ignoraba sus propios problemas.

La participación en el campo de la salud reflejada en estos planes, sólo se encuentra presente en los niveles doctrinarios y pragmáticos del discurso, cuya intención es el aprovechamiento de la energía de los interesados, estimulada desde el gobierno. Es evidente, que lo que se pretendió con estos planes fue involucrar a la población, en

el sentido de disminuir los costos asignados al sector salud.

A partir de la década de los 60, comienza una experiencia de participación comunitaria en salud, fomentada por el Ministerio de Salud o las gobernaciones de los Estados o surgidas desde el pueblo, desde los movimientos comunitarios, como respuesta del Plan Nacional del quinquenio. No obstante, estas estrategias no tuvieron la posibilidad de transformar el sistema de salud, ya sea por restricciones o por la tutela gubernamental. Sin embargo, fue en el contexto del V Plan donde se concentró una propuesta central dirigida al funcionamiento de los denominados módulos de servicios que reunían la coordinación de programas como: vialidad, urbanismo, reubicación, mejoramiento y autoconstrucción de viviendas y asistencia social, en esta última se incluyó al sector salud, con la puesta en servicio de 400 módulos de salud, con el fin de cubrir las necesidades médico-odontológicas.

Es a partir de los 80, cuando aparecen los comités de salud, dentro del concepto de medicina comunitaria, como una estrategia del Ministerio de Salud, para incentivar la participación. A finales de esta década, se construyen las juntas socio-sanitarias conformadas por personal del ministerio, gobernación y comunidad, con un perfil de no-participación. Es evidente, que lo que se pretendía con estos planes, era involucrar a la población tan solo para aprovechar sus esfuerzos, a fin de reducir los costos asignados al sector (populismo).

En relación a la participación en salud bucal, el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en la década de los 80 crea una política nacional de salud oral, fundamentada explícitamente en la atención primaria de salud, la cual hace énfasis en la participación de la población, como uno de los elementos primordiales para cumplir el sistema de atención. Esta política sostiene, que el equipo de atención debe estar en íntima relación con las organizaciones de la comunidad, de manera que pueda incorporarse a los distintos niveles de gestión del modelo de atención en la salud comunitaria, para la solución de problemas de salud bucal, tanto en el orden individual, como colectivo.

En el IX Plan de la Nación (1995-1999), la política social estaba destinada a incrementar las capacidades de la población desasistida, para apropiarse del producto social, esta visión estratégica centró a la participación ciudadana en el ámbito económico y social bajo un llamado a la solidaridad e implementó la planificación participativa, a través de organismos gubernamentales, que continuó con la inclusión del tema de la participación social en sus diversos componentes, como en la salud, en lo educativo, en lo ambiental e institucional.

Dentro de la nueva geopolítica de poder en Venezuela, a partir de la elección de Hugo Chávez Frías como presidente de la República Bolivariana de Venezuela, se desarrolla el Plan Estratégico Social (2001-2007),²³ donde se fortalece la participación social y garantiza el disfrute de los derechos sociales de forma universal y equitativa, otorgando poder al ciudadano en todos los espacios públicos de participación, por lo que se convierte en un valor o un bien que la gente reconoce como parte de su patrimonio. En este proceso, la participación está enlazada al concepto del derecho a la calidad de vida, con protagonismo ciudadano y empoderamiento social, conformando la esencia de una democracia participativa. En este plan se maneja la planificación estratégica situacional, partiendo del principio de una previa planificación, en función de las necesidades sentidas desde la comunidad.

El Proyecto Nacional Simón Bolívar (2007-2013),²⁴ está fundamentado en la democracia participativa como soberanía popular, que hace tangible el ejercicio de la voluntad general, enfatizando al ciudadano participativo como parte del Estado, dentro de una democracia protagónica revolucionaria. El discurso de participación está presente en todas las áreas como la educación, salud, vivienda, administración pública e institucional, así como, en la producción. En el Plan Simón Bolívar, la democracia participativa juega un rol fundamental, ya que se hace pública la opinión y la voluntad de aquellos grupos que se consideran no representados, a los que se les reconoce su carácter protagónico.

Los planteamientos expuestos sobre el discurso de participación activa se quedan en el papel, al igual como se han quedado en épocas anteriores,

generando una gran brecha entre lo planificado y lo operativizado. La participación como desarrollo comunitario, exige más que una simple discurso o intervención, por el contrario requiere de un trabajos de autoconstrucción, en el marco de una democracia participativa, que funciona como mecanismo de adaptación de los constantes procesos de cambio. Estas acciones expresan la ruptura de la pasividad, puesta en práctica por medio de la reidentificación social.

En este orden de ideas Scotto²⁵, Granados²⁶ y Dietrich²⁷ refieren, que en la medida que se crean espacios de participación, se abren los caminos para el desarrollo de una cultura democrática. Wainwright²⁸ sostiene al respecto, que las nuevas formas de participación colectiva e innovación democrática, representan procesos impactantes en la población, siempre y cuando se generen cambios en las condiciones de vida de la misma. En este sentido, el fortalecimiento de las experiencias comunitarias es un paso a seguir con el objeto de recuperar el sentido político y transformador de las experiencias sociales.

Bajo estas premisas, el concepto de democracia surge como un elemento indivisible de la participación, de forma que se puede analizar a la participación popular, en un concepto más amplio que el de democracia, ya que se involucran el derecho al voto, a la igualdad, a la libertad de opinión, al derecho a optar por diversas alternativas, a los derechos de las minorías, al derecho de acceso a los servicios de salud, entre otros. De manera que, se presenta una demanda de mayor inherencia de los ciudadanos en la gestión gubernamental, más eficiente y con mayor participación.

La participación en salud como un derecho y un deber

La participación comunitaria es la columna vertebral de todo modelo de acción representativo de salud. A través de la participación se operativizan los comités de salud y se activa el control social como expresión del poder popular. Estas acciones están presentes en cualquier discurso sobre los modelos de salud, no obstante, en la actualidad y por años, el discurso en salud no ha podido concretarse en la acción social.

En este contexto, emergen a la superficie decretos universales como la Declaración de Alma Ata, en su capítulo IV, el cual expresa claramente el derecho y el deber que tienen las personas de participar individual y colectivamente en la planificación e implementación de su atención sanitaria.²⁹ Para llevar esta estrategia en forma eficaz, la participación comunitaria ha de ser fundamental, ya que la declaración sostiene que la autoestima y la conciencia social son factores claves en el desarrollo humano, además recalca la importancia de la participación comunitaria, en el sentido de garantizar la Atención Primaria en Salud (APS).

La APS es reconocida mundialmente como la clave para alcanzar en el mundo y en un futuro previsible un nivel aceptable de salud, que sostiene el desarrollo social, inspirado en la justicia social, que forma parte del desarrollo general de la sociedad, su contribución se basa en el mejoramiento de la situación sanitaria y en el estímulo de las medidas que favorecen el proceso evolutivo, haciendo énfasis en la promoción de la salud. En su conceptualización, la APS garantiza una plena participación puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación en todas las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación y a un costo soportable para la comunidad y el Estado.³⁰ El papel de la salud en el marco de la APS, fue expuesta en Costa Rica como el conjunto de acciones orientadas a la identificación, la prevención y la solución de los principales problemas de la población, el cual produce como fruto la participación consciente y organizada de la comunidad en cooperación con los organismos e instituciones de salud.³¹

Se conciben a las acciones de APS en el área de salud bucal, como el logro de una práctica odontológica integral. Esta práctica odontológica tiene como meta la promoción de actividades que van desde la investigación, educación y prevención, hasta llegar a las actividades de tratamiento y de rehabilitación, incorporando dentro de estas, a la participación comunitaria con la integración en equipo, de los profesionales, la institución y la comunidad. De manera que la salud bucal, solo debe ser promocionada a través de acciones

integrales con y desde la comunidad, utilizando como herramienta la odontología comunitaria.

Ahora bien, el Estado venezolano en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV) en su artículo 83 precisa que todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley. Asimismo, el artículo 84 manifiesta una innovadora forma de gestión de los asuntos públicos, con la participación de las comunidades organizadas y capacitadas, incluyendo la transferencia de servicios en materia de salud. La participación de las comunidades y de ciudadanos o ciudadanas, a través de las asociaciones vecinales y organizaciones no gubernamentales, en la formulación de propuestas de inversión ante las autoridades estatales y municipales encargadas de la elaboración de los respectivos planes de inversión, así como en la ejecución, la evaluación y el control de obras, los programas sociales y los servicios públicos en su jurisdicción.³² Bajo este contexto, la participación comunitaria en Venezuela es reconocida como un derecho desde la institucionalidad y como un deber desde la ciudadanía.

Es por eso, que la participación comunitaria no es solo un derecho también es un deber apoyado no solo en el marco jurídico de la C RBV, sino también, en la Ley Orgánica de Régimen Municipal³³ en sus artículos del 167 al 180, los cuales prevén la existencia de las asociaciones de vecinos como una estructura organizativa y participativa de la comunidad, así como un instrumento para canalizar los intereses comunitarios entre la sociedad y autoridades municipales correspondientes, como lo relata la OMS, que la entiende como un derecho y un deber de la gente para planificar, ejecutar y supervisar planes y programas de salud.

Considerando lo expuesto y aplicando las acciones pertinentes se lograrían una mayor participación de la comunidad, por ende, un crecimiento y desarrollo de la misma en el SPNS y en su sistema operativo representado en la Misión Barrio Adentro (MBA), considerando que el objetivo central del desarrollo está centrado en la voluntad participativa y en la capacitación.

No obstante, en la Venezuela actual se evidencia lo contrario, como lo reflejan múltiples investigaciones nacionales, donde se reconoce el vago manejo de una verdadera participación. Si bien, la población tiene conocimiento sobre la participación comunitaria, realmente se maneja una falsa participación que se traduce en un utilitarismo y asistencialismo. Romero³⁴ expone, que el utilitarismo está presente en el sistema de salud nacional y en cada una de sus vertientes operativas, como en la MBA. Esta misión, como institución promotora de la participación comunitaria en salud, todavía no ha logrado impactar en las comunidades, ubicándose en falta de motivación y escaso compromiso social, con ausencia de la real participación, ejemplarizadas en expresiones como en navidad, los pacientes van llevan cositas que a la vez los involucran con la consulta odontológica; la comunidad ha participado en todo, de hecho nos ayudan con la cartelera, con el consultorio, la pintura; ellos participan porque asisten. Las expresiones captadas, dejan bien claro cómo la participación es una actividad utilitaria-asistencialista, entendiendo que el concepto que se ejerce sobre participación es confuso, enmarcado dentro de la colaboración y la asistencia a los módulos de salud bucal. La autora refiere que son expresiones que aluden a una participación ejercida como acción de afuera hacia adentro, siendo el tareísmo una de las formas de construirse la acción participativa, aunada a un Estado paternalista.

Por otro lado, González³⁵ en una investigación sobre el discurso médico y sus representaciones sociales, en torno al proceso participativo en salud, manifiesta que la participación de la comunidad es utilitarista, representada de forma pasiva y dependiente, ya que está orientada a la ayuda y cooperación para el acondicionamiento de los espacios clínicos, sin lograr la reapropiación o el proceso de gestión.

También se tiene el trabajo desarrollado por Alarcón, Gómez y Rodríguez³⁶ en el Estado Sucre, donde la participación es entendida como un medio para lograr reivindicaciones sociales inmediatas, incorporando entre estas al sector salud. En esta investigación, se percibe el desconocimiento del gobierno local sobre la verdadera participación comunitaria, generando una situación en

permanente confrontación, por cuanto no se evidencia un consenso articulado entre los intereses sociales y políticos de las partes, al no ver resueltos los problemas de salud de la población, a pesar de existir las herramientas normativas para promover la salud desde la comunidad.

Se observa claramente el gran desconocimiento en las investigaciones expuestas, acerca de lo que realmente significa empoderamiento de la gente de los asuntos públicos en salud y autogestión de la misma. En tales condiciones, la participación activa de la comunidad para el logro de la salud bucal, no ha sido el norte que ha orientado las políticas de salud pública, ni la práctica odontológica presente. Esto es consecuencia de que el modelo que sustenta el saber y la práctica odontológica, no es el más apropiado para promover y estimular la participación comunitaria, por lo que no impacta en la calidad de vida de la población. Es evidente que en la población venezolana no participa en los procesos de planificación, de ejecución, ni evaluación, en tanto, no existe contraloría social, con lo que se expresa una confusión conceptual sobre la participación, tanto en los benefactores como en los beneficiarios. Así, Granados²⁶ expresa que el logro de una verdadera participación activa es una tarea bastante compleja, más no imposible de lograr, lo ideal es generar un impacto positivo y un real compromiso social.

Por tal motivo, en el contexto venezolano, se entiende que el problema no es una falta de participación en las actividades comunitarias, es peor aún, es una ausencia total en la toma de decisiones que si bien tienen lugar fuera de la comunidad, repercuten en la misma, ya que impactan negativamente sobre ella. Esta conjetura genera una gran confusión, entre el concepto de participación, falta de motivación y su relación con la apatía, lo que se refleja en la no asistencia a los servicios de salud; traduciendo así, que la comunidad que asiste es participativa y colaboradora.

Si bien es cierto, que existe una relación entre falta de participación y apatía, a esto también se le debe aunar la falta de capacitación. Se entiende que una comunidad incapacitada para participar, es imposible que se involucre activamente en las actividades de salud; siendo por tanto la apatía, una característica típica de las comunidades excluidas.

La apatía como una condición presente en las comunidades venezolanas, puede ser trabajada entre otras, a través de los procesos de capacitación. La capacitación se traduce en fortalecimiento de aptitudes, a fin de transformar criterios presentes o incluir nuevos, creando conciencia y sentido de pertenencia.^{10,13,37}

Entendida así, se traduce al fortalecimiento y a la capacitación, como la eficiencia para intervenir en los procesos de toma de decisiones. No obstante la capacitación se puede transformar en una ilusión de fortalecimiento, ya que puede crear ilusión del control de los recursos, sin que realmente se tenga acceso a los mismos. Ciertamente, se debe capacitar en el sentido de dar poder a alguien sobre algo, asumiendo una condición de dominio o autoridad sobre ese algo, dado por el conocimiento o grado de instrucción a fin de lograr un efecto productivo. Superar la apatía de la comunidad en el campo de la salud bucal, exige en primer lugar, quebrar las representaciones ideológicas que se han construido sobre la comunidad y la salud, además de generar lazos de compromiso y de solidaridad desde y con la comunidad, lo que se traduce en el empoderamiento de la comunidad y su incorporación en el proceso de salud.

En fin, la participación comunitaria en el ámbito de la salud bucal, implica una transferencia de poder en cuanto al manejo de la salud, involucrando a los grupos más débiles. Entendiendo que el poder popular debe ser asumido como un logro colectivo, que se concreta con la inclusión de los otros. El traslado de poder desde el profesional hacia la sociedad, es la clave para la reconstrucción de las instituciones sociales y democráticas, en el marco de un nuevo pacto social.

Reflexiones finales

Participación comunitaria en salud, significa que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de desarrollo un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación; donde las comunidades sean autónomas en el ejercicio de sus competencias en materia sanitaria, con criterios de participación democrática.

La incorporación de la comunidad en los procesos de planificación, ejecución, control y

toma de decisión en salud, representan una clave para trascender los problemas de salud bucal. Esto quiere decir, revitalizar el control y el poder desde el pueblo, haciendo que estos dos conceptos emanen desde la colectividad. Siguiendo con esta orientación, se debe estimular y capacitar a la comunidad en ciertas áreas de la salud bucal, a fin que sea ella misma la que administre los recursos, la asistencia de los pacientes, planifique, ejecute y controle las actividades preventivas y educativas. Desplegar el control necesario y las transformaciones deseadas en la población, a través del fortalecimiento de sus capacidades para efectuar la contraloría social.

En este marco, se requiere de la presencia de una comunidad capacitada en el desarrollo de técnicas promocionales y de autogestión de su propia salud bucal, estimulando valores y actitudes de autopotenciación, autocapacitación o bien de autocuidado, que logre resignificar en el día a día alternativas para la reconstrucción de un presente participativo, que requiere necesariamente, de la implementación de acciones que fortalezcan las condiciones socioeconómicas y siembren oportunidades para una vida digna.

La relación entre profesionales y entes públicos de salud con la comunidad expresan una vinculación y simultaneidad, la cual debe manifestarse con reciprocidad entre seres que interactúan a través de una acción dialógica, participativa y libre de intercambio. Por tanto, se debe generar un proceso de toma de conciencia sobre la situación sentida y vivida por la comunidad, donde se cree la propia necesidad de asumir el poder del espacio público como un derecho, trascendiendo la actitud sumisa, pasiva, asistencialista y utilitarista.

La falta de participación activa en los procesos de salud bucal, es la consecuencia de representaciones ideológicas dominantes, donde el profesional es quien tiene el poder de resolución y manejo de la misma; así como, el desconocimiento de la propia comunidad en la cual se desenvuelve. Bajo estas premisas, se entiende que el conocimiento y el saber en salud, no es dominio exclusivo del profesional, por el contrario, está presente en el sentido común del pueblo y la clave es llegar a ese sentido común, a través del intercambio de conocimientos. Pasar del

sujeto sujetado a actor social, implica una profunda resignificación del proceso de participación, esto supone la existencia de nuevos actores capaces de establecer nuevos sistemas de relación, es decir un nuevo actor social dado por la comunidad que no viva pasivamente las relaciones sociales y otro actor social, representado por el profesional en salud bucal, que respete el derecho de la palabra, de la opinión y de la escucha.

Desde esta perspectiva, la participación activa debe ser concebida como la forma de potencializar las actitudes y los valores de la comunidad, de manera que le permita reconocerse y afrontar los desafíos de su propia salud e involucrarse en la gerencia del proceso de salud, tras la capacitación e instrucción. En este sentido, se debe desarrollar una propuesta que tenga como sustrato la comprensión del devenir social, de modo que el éxito de la salud bucal no depende de la aplicación de costosísimos tratamientos, sino del fomento y estímulo del autocuidado, de la autoprotección y de la autogestión de los programas de prevención, de promoción y de capacitación en salud bucal.

Frente a esta oferta, emerge un proceso de rehumanización de la salud al ser gestionada colectivamente y democráticamente desde una ética y una estética humanista y participativa. Esto implica conciencia sobre su existencia, en el marco de una participación activa y protagónica en organización, acción colectiva y creativa del sector salud; cuyo propósito primordial está orientado a defender y valorar las potencialidades esencialmente humanas de la comunidad, rescatando la presencia y el compromiso del pueblo frente a las instancias dominantes. Esta aproximación a la participación activa en el campo de la salud, implica la deconstrucción utilitarista del proceso de participación.

Bajo estas premisas, se puede hacer referencia al encuentro latino-americano de coordinadores nacionales de salud bucal, de OFEDO/UDUAL³⁸ celebrado en 2006, en Sao Paulo, Brasil, donde se reconoció que para superar los principales problemas para el desarrollo de un sistema óptimo de salud en la América Latina, se debe capacitar al recurso humano en odontología, con lineamientos que fortalezcan las actitudes de la promoción y de la participación comunitaria. El

documento producto del encuentro, Carta de Sao Paulo sobre salud bucal en las Américas, concluye que el modelo de formación de recursos humanos en odontología debe expresar correspondencia entre las necesidades de la población, entre los modelos de atención establecidos y los currículos, eliminándose el aislamiento de las universidades y los servicios de atención con las comunidades asistidas, incorporando activamente a la comunidad en estas acciones.

Es evidente, que estas discusiones tienen una marcada carga ideológica fundada en el estatuto teórico y metódico de la propia formación, que si bien no se ha logrado, se debe ir en su búsqueda, con el objeto de formar profesionales con perfil participativo, incluyente, social e integral que permita que la población actúe, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de la misma.

Entender la verdadera participación activa, implica abrir los espacios de reflexión que conducen a un verdadero diálogo de saberes, donde el ser, el hacer, el conocer y el convivir, sirvan de plataforma para la puesta en escena de los sueños posibles con un cambio actitud desde lo complejo, lo social, lo intersubjetivo, lo integral, lo ético y lo filosófico.

Referencias

1. Massari R. Teoría de la autogestión. Madrid: Zero; 1977.
2. Marx C. La guerra civil en Francia. En: Marx C y Engels A, editores. Obras escogidas. Moscú: Progreso; 1976(II):128-259.
3. Fadda G. La participación como encuentro: discurso político y praxis urbana. Caracas: Fondo Editorial de Acta Venezolana, Universidad Central de Venezuela; 1990.
4. Castell M. Ciudad, democracia y socialismo. México: Siglo XXI; 1979.
5. Castell M. La nueva estructura de la dependencia y los espacios políticos de cambio social en americalatina. En: Pizzorno, coordinador. Participación y cambio social en la problemática contemporánea. Buenos Aires: SIAP; 1975:141-73.
6. Cardoso F. Hacia otro desarrollo. En: Nerfin, coordinador. Hacia otro desarrollo: enfoque y estrategias. México: Siglo XXI; 1978:29-48.
7. Delgado C. Desarrollo y participación. Socialismo y participación. Lima. 1986; (16): 23-33.
8. Aguilar M. La participación comunitaria en salud: ¿mito o realidad? Madrid: Díaz de Santos; 2001.
9. Sánchez E. Todos con la esperanza. Continuidad de la participación comunitaria. Universidad Central de Venezuela. Caracas: Comisión de Estudios de Postgrado. Facultad de Humanidades y Educación; 2000.
10. Montero M. Teoría y práctica de la psicología comunitaria. La tensión entre la comunidad y la sociedad. México: Paidós; 2003:66.
11. Vargas A. Participación social. Una mirada crítica. Bogotá: Almudena; 2000.
12. Montero M. La participación: alcance, significados y límites. En: Participación, ámbitos, retos y perspectiva. Caracas: CESAP; 1996.
13. OMS. La participación de la comunidad en el desarrollo de su salud: un desafío para los servicios de salud. Ginebra: Serie de informes técnicos 809. 1991.
14. Rifkin S. Community participation in child health/family planning programs, Ginebra, 1990. En: Stone L. Cultural influences in community participation in health. Social science and medicine. Gran Bretaña. 1992; 4 (35):412.
15. Hernández E. Participación, ámbitos, retos y perspectivas. Caracas: CESAP; 1996.
16. Arnstein S. Ladder of citizen participation. AIP Journal, July. 1969; pp. 216-24.
17. González-Marregot M. Venezuela: los planes de la nación y la participación ciudadana. [serial online] 2008 Jun 05 [citado 15 Jul 2006]. Disponible en: <http://ciudadanolibre.blogspot.com/2006/07/venezuela-los-planes-de-la-nacin-y-la.html>.

18. V Plan de la Nación: Gaceta oficial, 1860. Extensión 11 (marzo 1976:85).
19. FUNDACOMÚN. Inventario de barrios pobres de área metropolitana de Caracas y Departamento Vargas. Caracas: FUNDACOMÚN; 1978. pp. 237-44.
20. COPRE. Justificación de la reforma del estado en Venezuela. Estado y reforma. Caracas; 1986. Octubre (1).
21. Carrera Damas G. Venezuela, ¿crisis financiera, crisis de Estado? Estado y reforma. Caracas; 1986. Octubre 1(1):107.
22. Díaz Polanco J. Práctica médica y organización de los servicios de salud. En: Cuadernos de medicina social. El derecho a la salud. Barquisimeto: FUNDAEDUCO; 1986. (2):79-90.
23. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Plan estratégico social 2001-2007. Documento base. Caracas: MSDS; 1999.
24. Chávez H. Proyecto nacional Simón Bolívar. 2007-2013. Caracas. [serial online] 2008 jun 30. [citado 27 Jun 2008]. Disponible en: <http://ciudadanolibre.blogspot.com/2006/07/venezuela-los-planes-de-la-nacin-y-la.html>.
25. Scotto C. Participación ciudadana como política pública. Una experiencia en la gestión local. En: Mascareño coordinador. Políticas públicas del siglo XXI: caso venezolano. CENDES. Caracas: Universidad Central de Venezuela. 2003; pp. 69-85.
26. Granados R. Las reformas neoliberales de los sistemas de salud, implicaciones para Latinoamérica y el Caribe. [Tesis Doctoral]. La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas. 2001.
27. Dieterich H. Democracia participativa y protagonismo social. Colección: textos políticos. 4ta ed. Caracas: Alcaldía del Municipio Libertador. 2001; (1)
28. Wainwright H. Como ocupar el Estado: experiencias de democracia participativa. Traducción Subirats J. Barcelona: Icaria editorial, S.A. 2005.
29. OMS/UNICEF. Declaración de Alma-Ata. Conferencia internacional sobre atención primaria de salud, Alma-Ata. Ginebra: (6) (septiembre 12, 1978).
30. OMS. Estrategia mundial de salud para todos en el Año 2000. Serie Salud para todos. Ginebra. 1981; (3).
31. OMS/OPS. La salud oral como componente de la atención primaria. Informe de reunión de grupo de trabajo, San José de Costa Rica. Documento ORH-88. Washington. 1984.
32. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV). Capítulo V, artículo 83. Venezuela. 2000:63.
33. Ley Orgánica de Régimen Municipal (LORM). Artículo 167-80.
34. Romero Y. La salud bucal y sus representaciones sociales. [Tesis Doctoral]. Valencia: Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. 2009.
35. González M. El discurso médico, representaciones sociales. Consejo de desarrollo científico y humanístico. Venezuela: Universidad de Carabobo: 2005:174.
36. Alarcón L, Gómez I y Rodríguez L. Representaciones sociales, participación ciudadana y gobernanza local en Venezuela: un estudio de caso en el Estado Sucre. 2007. [serial online]. jun. 2007, no.38 [citado 24 Noviembre 2008], p.54-80. Disponible en: http://www.serbi.luz.edu.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-14062007006000004&lng=es&nrm=iso. ISSN 0798-1406.
37. García I, Giuliani F y Wiesenfeld E. El lugar de la teoría en psicología social comunitaria: comunidad y sentido de comunidad. En: Montero coordinador. Psicología social comunitaria. México: Universidad de Guadalajara. 2002:75-101.
38. OFEDO/UDUAL. Carta de Sao Paulo sobre salud bucal en las Américas, 2006. Centro nacional de información de ciencias médicas. Cuba. [serial online]. 2008 ener 14. Disponible en: <http://www.sld.cu/uvs=saludbucal=tema.php?idv=9355>