

INTRODUCCION

“LA VIDA”

La vida está en conmoción.
En estremecimiento.
Está sacudiéndose.

El ayer no es como hoy.
Hoy todo se mueve,
se inquieta.

Lo tórrido es más tórrido.
Lo frío es más frío.
Nada se detiene.

Todo se agita.
Es un desperezamiento
hacia un nuevo renacer.
Todo es fluctuante, cambiante.
Todo está variando.

El cambio es la constante
Nada quiere quedarse quieto.
O nos adaptamos o perecemos.

La vida está despertando
hacia nuevos amaneceres.
La vida nos impulsa,
Nos llama, nos alerta.

No podemos quedar pasivos
ante los nuevos eventos.
La vida es estrépito,
furia, remezón intenso.

Ahora el sentir es diferente,
todo va más veloz.
La vida es una gran posibilidad
de autoafirmación, de expansión.

Hay temores necesarios;
otros inconvenientes, enfermizos.
Crear resistencia es negarse al cambio.
La verdad de Toffler está latente.
El futuro es ya, es una gran invasión.

Lo oculto se revela.
El velo del engaño está cayendo.
La vida está fluyendo intensamente.
Los seres de ahora,
no son como los de antes.

Hay más velocidad,
más agudeza.
Los moldes antiguos, ya no sirven ahora.
Es la época de la velocidad,
de la habilidad, de lo práctico.
Ahora es más posible la vivencia.

No es época para miedos, es para vivirla.
Todo quiere definirse. Grandes choques se producen.
Los términos medios parecen odiosos.
El mal se intensifica, su opuesto también.

Fuerzas nuevas se oponen.
Estamos dispuestos a percibir las?
Adaptarse es renovarse. Es tiempo de acción
Ahora el conocimiento es más amplio

Los tabúes se rompen, al igual que los prejuicios
No podemos detener con la razón,
lo que es más fuerte: la vida.

Luis Fernando Zuluaga P.
"Transparencias". 1991.

PRESENTACION

La investigación realizada durante año y medio ha mostrado claramente las tendencias del profesional de la salud hacia el trabajo comunitario poniendo en evidencia la simbología que permite comprender sus actitudes significativas dentro de esta área. Para ello se hizo necesario tomar un grupo de profesionales de la salud que laboraran en diferentes áreas, al igual que en diferentes ramas de la salud.

Es muy común encontrar al profesional de la salud desempeñándose en áreas clínicas y al momento de convocarlos para trabajos comunitarios, es inquietante la dificultad que se presenta para encontrar un perfil acorde a las exigencias que el contexto actual requiere para ello.

Son muchos los estudios realizados a nivel de área comunitaria, los cuales hacen referencia a la promoción y prevención, educación en salud, intervención en comunidad y participación comunitaria; en cuanto a estudios de los profesionales de la salud, hay algunos sobre la enfermera profesional, sin embargo

los el profesional de la salud relacionado con trabajo comunitario, son estudios que no se conocen.

El siguiente trabajo, profundiza en las tendencias encontradas en los profesionales de la salud en cuanto al trabajo comunitario como:

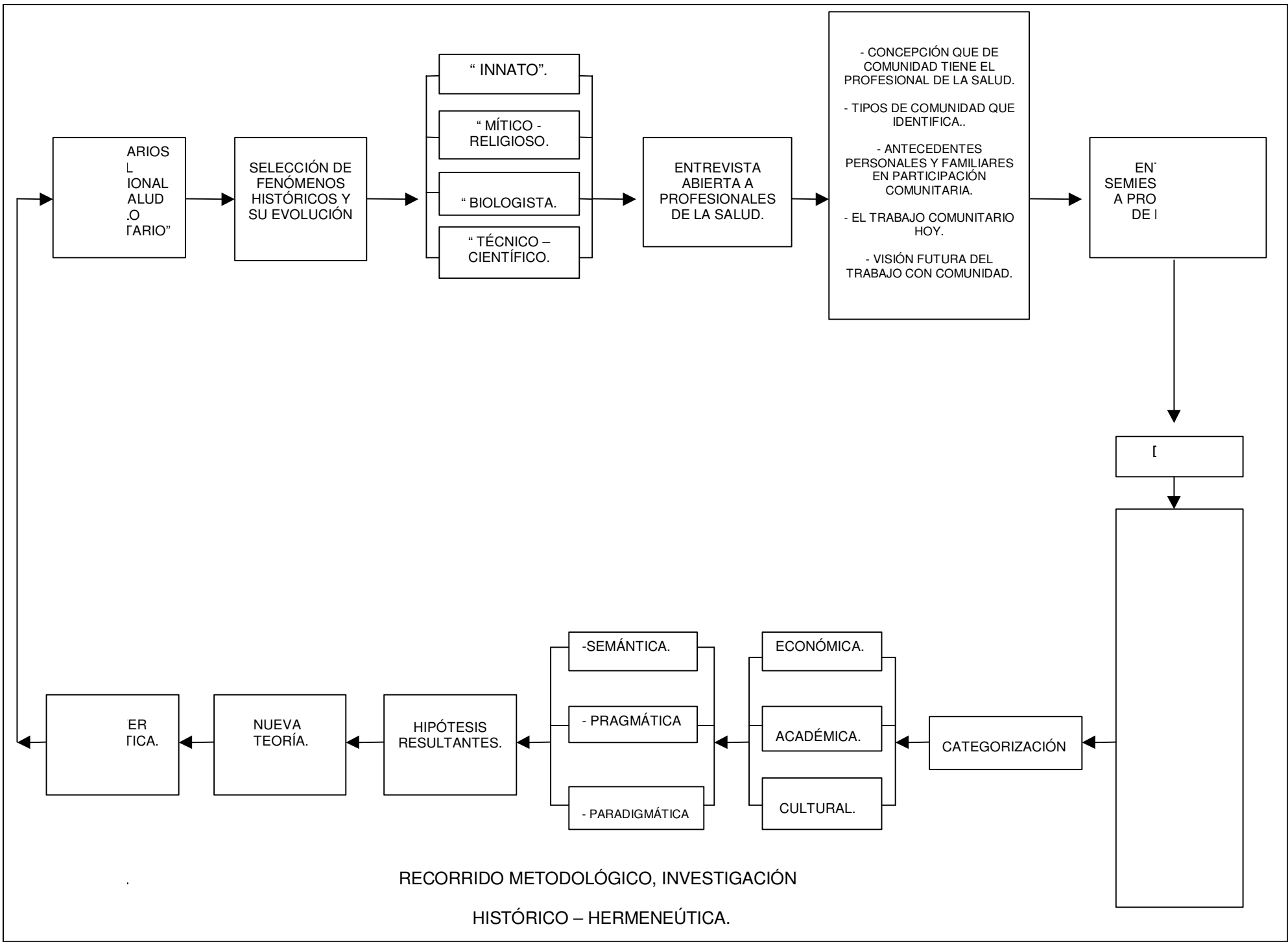
EL TENER, relacionado con lo económico

EL SABER y el Hacer, relacionado con el conocimiento

EL SER, relacionado con lo cultural

Y finalmente unas reflexiones teóricas en cuanto a la formación del profesional de la salud que exploran otra visión para participar en comunidad.

De otro lado, el trabajo involucra en varios momentos juicios de valor tomados de las expresiones de los actores en las entrevistas realizadas y que la autora resalta para evidenciar situaciones vividas desde experiencia empírica contrastadas igualmente dentro de las reflexiones a las que llega en dicho estudio.



CAPITULO 1. RECORRIDO EPISTÉMICO Y METODOLÓGICO

Tener finalmente algunas reflexiones claras a cerca de los fenómenos actuales, para poder llegar a entender porqué se comportan así, es llegar a conocer muy bien el objeto de estudio permitiendo su abordaje con mayor seguridad y propiedad, proyectando, igualmente, como será su comportamiento hacia el futuro.

¿ Es el campo de lo comunitario, un objeto de estudio?.

Desde el área de la salud son múltiples los estudios que se han hecho sobre comunidad, ya que a medida que van surgiendo dificultades de cualquier índole, que hacen que las cosas no funcionen adecuadamente, que no se logren los resultados propuestos o que no se de respuesta a las necesidades de la época o a una cultura en particular, amerita sin vacilación una investigación que haga seguimiento muy de cerca a esas necesidades para lograr respuestas que lleven a mejorar o quitar de raíz un problema o problemas que se vengán presentando.

Es así, como el campo de lo comunitario ha venido con muchas dificultades, las cuales se han ido interviniendo a través de la

historia con múltiples estrategias arrojando variados resultados, a escala nacional, internacional y regional, llegando a establecer verdaderas normas que apunten a la solución de los problemas.

Por lo tanto el campo de lo comunitario, como cualquier otro fenómeno que presente dificultades se convierte perfectamente en un objeto de estudio.

¿Porqué es importante estudiar la simbología?.

Los imaginarios de lo comunitario en los profesionales de la salud, están constituidos por una intención ilustrada a través de la historia de la humanidad, es decir, una ilustración con simbologías religiosas, unidas al mismo tiempo con las concepciones de lo periférico, heredadas del desarrollismo de los años 60 en Colombia, así podemos mostrar como los símbolos de ese profesional o sus híbridos son el resultado de unas lógicas históricas. Estos sujetos culturales no son el resultado de la historia, sino que ellos son productores de sentido, es decir, hay que preguntarse por esos sujetos particulares y que le han agregado a esa lógica social, por esto es importante tener en cuenta los microprocesos.

Lo más importante es la comprensión de lo que es lo simbólico y cómo construye.

El símbolo no es la historia, sino que es el resultado de la historia.

El estudio de los imaginarios nos lleva finalmente a comprender porqué hacen o dicen los sujetos lo que hacen o dicen, ya que al tratar de descubrir lo que hay en la parte consciente e inconsciente de las personas, nos lleva al resultado de simbologías de una cultura. Por tal razón, la exploración histórica permite hacer análisis simbólico.

El símbolo es lo que hay en el “disco duro” de una persona o colectivo, en verdad, es algo confuso que se puede resolver desde diferentes disciplinas, cada una con una visión particular y con un abordaje diferente, desde la psicología, sociología, etc.

¿Es importante estudiar al profesional de la salud?.

El profesional de la salud como persona responsable dentro de su desempeño, ha sido el eje primordial dentro de los procesos de salud, constituyéndose en un líder que ha venido transformando contextos, siendo muy marcada su visión biologista y al igual que la religiosa lo han acompañado desde siempre, encasillándolo entre lo curativo y lo mesiánico, siendo para él muy importante “salvar vidas”, “sacrificarse”, “ser

responsable de la salud del otro”, aún en contra de su propio bienestar.

Es por esto, que al estudiar el profesional de la salud es importante conocer su evolución histórica para poder comprender la esencia de sus actos, pensamientos y proyecciones, que finalmente develarán el sentido de lo que piensa, hace, y dice, de acuerdo con la formación académica la cual marca la pauta; para asumir las distintas áreas de la salud en una forma u otra de acuerdo a la concepción misma de su desempeño profesional, es así, como al hacer énfasis en lo comunitario, se establecerá la realidad de la situación actual que enmarca acciones y reacciones que darán respuesta a lo ya mencionado dentro del planteamiento del problema.

Hay que tener en cuenta que no todos los profesionales de la salud tuvieron una fuerte formación en área comunitaria, por tanto, es importante fundamentarse con aquellos que por antigüedad de su carrera tengan un recorrido que aporte buenos insumos a este proceso investigativo como es el caso de medicina y enfermería, ya que sus currículum han ido evolucionando de acuerdo con las épocas, experiencias y demás circunstancias que han llevado a la continua revisión y

actualización de los mismos, permitiendo encontrar en los médicos y las enfermeras diferentes perspectivas académicas y laborales, lo que no ocurre con los otros profesionales de la salud que llevan un corto recorrido histórico, pero, no por ello, son excluidos del estudio. En el caso de bacteriología, su experiencia ya es bastante larga, sin embargo, hasta hace sólo 2 años ha ido introduciendo el componente comunitario debido a la exigencia de las nuevas políticas en salud.

Por lo anterior, se tomó como unidad de trabajo a 12 profesionales de la salud: 3 médicos, 4 enfermeras, 2 terapeutas respiratorias, 1 nutricionista, 1 fonoaudiólogo y 1 bacterióloga, quienes laboran en diferentes áreas como: docencia, clínica, comunitaria y administrativa, esta variedad de escenarios, impiden que el estudio quede sesgado sólo por la visión comunitaria de quienes trabajan específicamente en ella. Por ser esta investigación cualitativa de corte histórico hermenéutico, la población escogida proporcionó la información necesaria para la interpretación y análisis.

Desde mi trabajo y experiencia como enfermera en área comunitaria, he vivido, cuán difícil es conseguir profesionales de la salud que les guste trabajar en esta área, muchos llegan allí porque les tocó, otros porque los asignaron, otros no encontraron

oportunidad en el área de su preferencia, en fin, observo en esencia que siendo el profesional de la salud formado “integralmente”, no es de su gusto trabajar en área comunitaria. Surge por tanto, la inquietud de investigar “imaginarios del profesional de la salud en lo comunitario”.

Se construyó un camino, con la revisión teórica que hasta el momento provee de un panorama histórico, a la par que se realizan entrevistas abiertas, que van corroborando en parte dicha teoría.

Como la finalidad primordial de la investigación histórico – hermenéutica representa la búsqueda de comprensión de las experiencias colectivas humanas, dentro de ámbitos específicos espacial y temporalmente hablando, el conocimiento alcanzado por esta vía es ser constructor de identidad socio- cultural, esclarecedor de prácticas sociales cotidianas y sucesos que marcan la vida de la humanidad.

La investigación histórico-hermenéutica parte de la categorización de un sector de la realidad social culturalmente relevante, la categorización y definición de eventos significativos hace que con las categorías se ordenen hechos e ideas que

traen consigo autores y actores que aportan un sentido común de las personas y grupos involucrados.

Este proceso inicial de recolección y contraste de la información aborda la selección de fuentes personales, materiales y documentales que brindan el acceso a dicha información, siendo lo anterior, una primera etapa de la investigación.

La técnica de “ Hablar, hacer hablar” (Alaín blanchet).

Inicialmente se realiza una entrevista no estructurada.

La entrevista, como técnica de investigación se desarrolla para obtener datos, que presupone al menos dos personas que posibiliten la interacción verbal. Dentro de sus funciones está el obtener datos, influir sobre ciertos aspectos de la conducta, o ejercer efecto terapéutico.

- ❖ La entrevista informal o abierta: Para esta primera etapa el entrevistador adquiere información sobre un problema y a partir de allí elabora una lista de temas, focalizando la entrevista y sondeando razones y motivos para establecer determinados factores, sin tener una estructura formalizada, no contrasta teorías sino que con ciertas ideas puede profundizar hasta hallar respuestas convincentes.

Este tipo de entrevista tiene origen en planteamientos sociológicos y antropológicos, por lo que se puede obtener puntos de vista de grupos social, cultural...

Su preparación requiere habilidad para saber buscar respuestas. Se empieza con generalidades, se va enfocando hacia cuestiones cada vez más precisas; se puede ayudar al entrevistado a que exprese o aclare, sin sugerir respuestas. El entrevistador persigue acercarse a las ideas, creencias o supuestos, donde lo más importante son las explicaciones del otro.

Es informal por ser flexible, libre, negociable en cualquier situación¹.

❖ Hacia la segunda etapa se realiza la entrevista semiestructurada; siendo esta un poco más formal que la anterior; esta forma de entrevista se realiza con la base de un formulario previamente preparado a través de unas preguntas claves, establecidas con anterioridad; estas preguntas claves, tres o cuatro, alrededor de un tema permitieron el diálogo y libre expresión, tomando las respuestas lo más fiel posible - Las preguntas se plantean siempre en un mismo orden y con los mismos términos. Este tipo de entrevista presupone el conocimiento previo del nivel de información de los

¹ RODRIGUEZ GOMEZ, Gregorio y otros. Entrevista 1996. P. 166-184.

entrevistados y que el lenguaje de las preguntas sea comprensible para ellos de una manera unívoca.

La entrevista en cualquiera de sus tipos o modalidades, es uno de los instrumentos más flexibles e importantes, con los que actualmente puede contar el investigador en ciencias sociales.

Al mismo tiempo, es una técnica que permite, sobre la marcha, ir corrigiendo o previendo ciertos errores, además que asegura la validez de las respuestas, mediante aclaraciones, replanteamiento de las preguntas, etc. La entrevista, como se ha podido comprobar, exige una preparación cuidadosa y una aplicación prudente, si es aplicable con propósitos de investigación científica².

Los datos obtenidos, en este caso de la entrevista, se organizan en una matriz que permite hacerles un seguimiento riguroso en el siguiente orden:

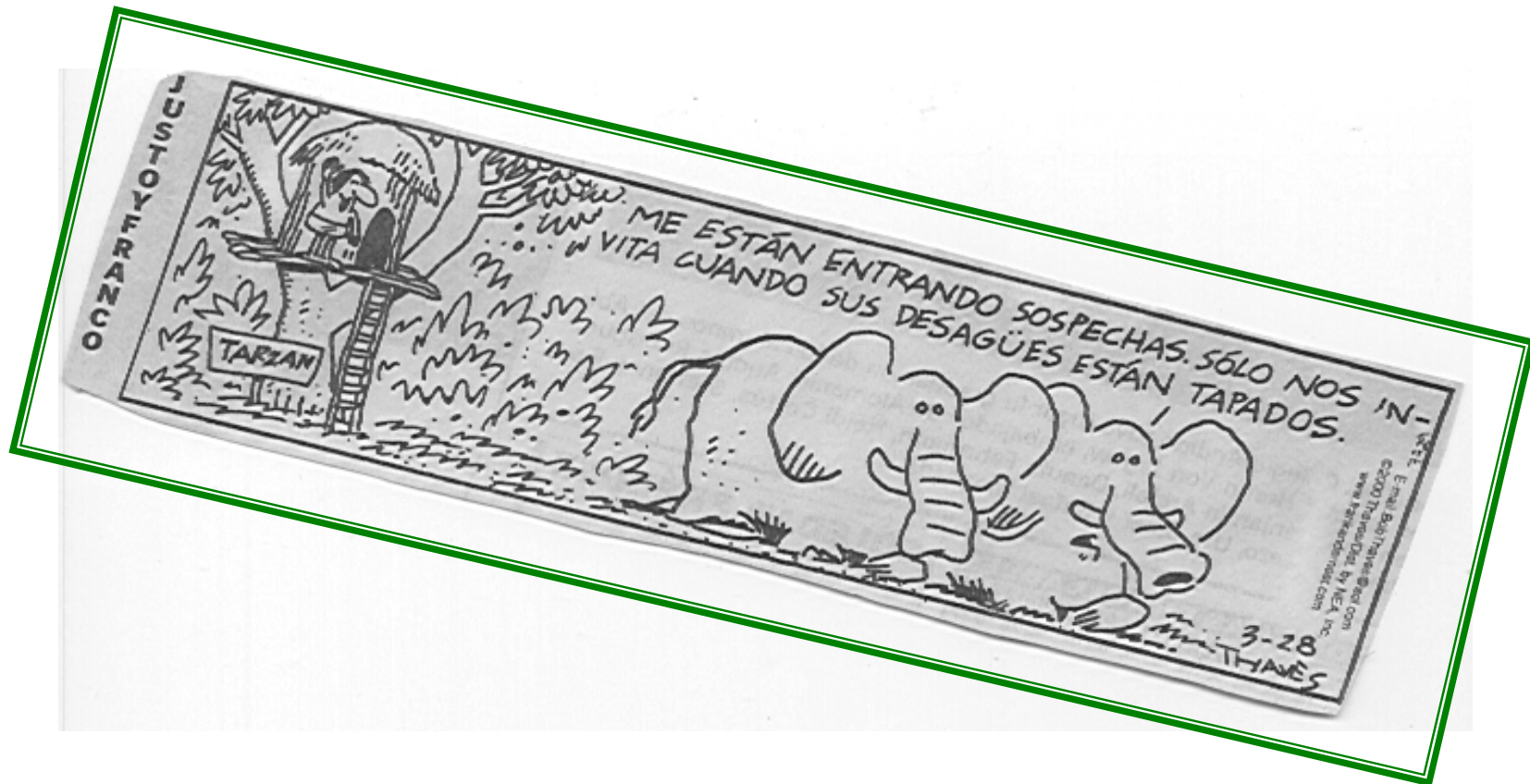
- Clasificación nominal: Nombres o frases que se relacionan o se parecen.

²Idem.

- Organización de la información resultante: - Lo obvio- Lo velado –Las relaciones (causalidad, covariación) – Las semejanzas – Las diferencias.

De esta forma se va sistematizando la información hasta obtener una nueva Matriz que permite visualizar las tendencias, que dan cuenta de las inclinaciones, en las que a escala general, coinciden la mayoría de los informantes. Con ellas, se organizan unas categorías a las cuales se les realiza la interpretación desde lo semiótico, lo pragmático y lo paradigmático. Dichas categorías se van contrastando con aquella información contraria a las tendencias y que permiten la “otra mirada” de los fenómenos analizados. Surgen entonces unas hipótesis renovadas que generan “ nueva teoría” siendo imprescindible someter a la crítica con evaluadores externos para su correspondiente validación, la cual le dará la solidez suficiente para mantenerse firme en el ámbito académico actual permitiendo ser teoría o teorías de punta, que a su vez se van socializando con los actores confirmando paso a paso dicha validez.

¿TENER, SINONIMO DE AYUDA?



CAPITULO 2: TENDENCIAS

2.1 ECONOMICA : ¿TENER, SINONIMO DE AYUDA?

La salud, un factor tan inherente a la vida misma, que hace parte fundamental del conjunto de capacidades y oportunidades que tiene una persona para vivir bien, en un sentido ético, político, científico, económico y humano.

En el sentido ético es obligación del hombre propender por mantener estados de salud prolongados donde se dé un proceso armónico que contribuya a su bienestar y al de otros.

En el sentido político, desde su concepción social, deberá proporcionar las condiciones adecuadas para que tanto el individuo como la comunidad tengan acceso a las estrategias planteadas para garantizar salud para todos.

Desde un sentido científico, todos los avances tecnológicos e investigativos que se den en materia de salud, apoyarán los beneficios que de ellos se puedan obtener, siempre y cuando se

mantenga una visión tecnológica bien concebida que no permita la deshumanización.

Así mismo, desde el sentido humano, es el hombre mismo quien apoyado en conjunto por esas oportunidades puede llevar un proceso tanto individual como colectivo de la responsabilidad que implica mantener estados de salud prolongados. En su propio desarrollo humano a todo nivel tiene tres opciones esenciales: además de una vida larga y saludable, poder adquirir conocimientos y tener acceso a los recursos necesarios para disfrutar de un nivel de vida decoroso. Si no se dispone de estas opciones esenciales muchas otras oportunidades permanecen inaccesibles; pero esto no es todo, muchas otras opciones son apreciadas como la libertad política, económica, social, disfrutar del autorrespeto y los derechos humanos³.

La salud puede considerarse desde dos puntos de vista: como una inversión, un buen estado de salud contribuye y facilita el estudio, el trabajo y la vida en general; como bien de consumo constituye un elemento del estado de bienestar.

En la salud influyen directamente factores genéticos, higiénicos, de nutrición, de acceso y calidad de los servicios de salud.

Otros, como el nivel de ingreso, el tamaño de las familias, los precios, entre otros, inciden de manera un poco más indirecta sobre la misma.

Por tanto, son muchos los factores que afectan directa o indirectamente el estado de salud de las personas y no sólo es función exclusiva de los servicios que la prestan, competencia que ha permanecido a cargo del Estado, quien posee una capacidad limitada para influir en los niveles de salud de la población, tanto en acceso como en calidad.

Con estas dos variables (cobertura y calidad) tienen competencias además del Estado, el profesional de la salud y su papel en este sector, el cual adopta un carácter no sólo de contenido científico (ver tendencia: conocimiento) sino también político y económico donde el aspecto de promoción y prevención puede ser una alternativa que representa bajos costos para la población y el Estado.

Para el presente estudio lo comunitario se entiende como un campo de acción, no sólo desde el punto de vista laboral, sino también económico, político, social y afectivo, donde convergen sus actores para construir un todo.

³ PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS. El estado del desarrollo humano.

En el aspecto político, la participación que tiene el profesional de la salud sobre las comunidades con las que trabaja puede contribuir en mayor o menor grado a mejorar situaciones precarias en las condiciones y calidad de vida de la población por un lado, o simplemente ayudar a perpetuar las condiciones existentes, esto depende de la visión que este profesional tiene, tanto de su disciplina, de su papel en ella, como de su vida misma. Así, el profesional de la salud inmerso en una población puede contribuir mediante sus acciones y las de la misma comunidad a afectar en mayor o menor grado las prácticas y estrategias que permitan la articulación entre el Estado y la sociedad civil. En pocas palabras: “ser decisivo en la construcción ciudadana, la participación, su contenido y su sentido”⁴.

Sin embargo, más que un enfoque político, en el ejercicio del profesional de la salud también puede darse un enfoque económico.

1995. Pág. 46.

⁴ ACOSTA, Alejandro. Contexto internacional. Módulo 1. 1998. Pág. 9.

Para ello, se tendrá en cuenta que en lo comunitario se manejan relaciones sociales abiertas y cerradas; para las primeras “los partícipes esperan una mejora de sus propias probabilidades en cantidad, calidad, seguridad o valores. Para las segundas, por el contrario, esperan obtener esas ventajas de su monopolización”⁵.

Por tanto, a lo largo del estudio se verán contrastadas ambas relaciones en las cuales se encuentran inmersos los profesionales de la salud.

Desde el enfoque económico, lo comunitario se convierte en una actividad donde “ayudar” representa recibir más (dinero, estatus...), así se da una relación con un carácter velado, donde la intencionalidad que mueve al profesional de la salud es una técnica para obtener mayor utilidad o ganancia. En este sentido el consumidor es la comunidad que requiere demanda de servicios, apoyo o ayuda que le puede ofrecer un profesional y éste último aunque no lo reconoce explícitamente, aporta un trabajo que tiene el sello de comunitario, pero la relación está permeada por un interés económico (profesional – comunidad). Relación entre individuos mediados por el interés de cada uno en aumentar su propia utilidad individual y donde dicho interés

⁵ MAX WEBER, Economía y sociedad. 1992. Capítulo III. Tomo 2.

prevalece sobre el interés social. Este es el enfoque que ha predominado en la praxis no sólo del profesional de la salud sino de muchos otros en general, aunque desde luego, este estudio a través del análisis realizado, también muestra casos aislados donde la interacción entre el binomio profesional de la salud-comunidad, se sale de la dimensión económica, observándose una perspectiva altruista, ¿pero hasta qué punto se desliga de la económica?

Sin dejar por confirmado que lo económico es malo o no es importante, todo depende del sentido de equilibrio que se tenga entre lo comunitario y el interés individual para no llegar a extremos como se anotó anteriormente.

De otro lado, la connotación de tipo religioso se muestra en la relación establecida entre ricos y pobres; así el que tiene más, colabora, ayuda o apoya al que tiene menos. Esta situación se evidencia como una manifestación de bondad, misericordia y solidaridad proveniente o inspirada en un sentimiento o tradición religiosa, familiar y/o afectiva.

En este sentido, si se tienen bienes materiales, éstos se comparten con los que carecen de ellos y de manera tradicional

se hace “recogida” de elementos de todo tipo (ropa, alimentos, medicamentos...) entre familiares, amigos, vecinos e incluso instituciones, para proveer a la comunidad, supliendo ciertos “servicios” entre ellos el de salud, lo que permite atraer cada vez más clientes. El beneficio así obtenido pareciera ser mutuo: tanto para quien ofrece el servicio de salud como para quien lo demanda.

6

“Prestar servicio de ayuda a bajo costo”
“Suplir necesidad materiales”
“caridad”
“Ayudar a los pobres”
“Regalar, recoger”

El problema no está en la forma de acceso y suministro del servicio, sino en las raíces de fondo que tienen que ver con la visión del mundo, sociedad, desarrollo individual y social que ha predominado en nuestro contexto. El profesional de la salud ejerce su práctica en un ámbito donde él es quien determina las reglas de juego porque es el que pone bienes materiales en la medida de sus capacidades (generalmente limitadas por el contexto, la educación y las reglas de poder) y el otro (en condiciones muchas veces de pobreza y marginalidad) responde

de manera activa o pasiva según la orientación y las pautas que le dé el primero.

Así, las comunidades tienen capacidades para recibir, pero no para desarrollar sus potencialidades para hacer, cambiar o revertir su situación. Sólo unos pocos lo logran de manera autónoma e independiente. Sería mejor: “No dar el pescado sino enseñar a pescar”

Esta forma de dar y recibir tanto por parte del que tiene como por parte del que no tiene, expresa una relación de uso donde una parte exige y piensa que es obligación del que posee bienes materiales ayudarlo, apoyarlo o guiarlo, generando relaciones de autoridad, de poder y de comunicación.

“Estas relaciones, según Foucault, no pueden confundirse aunque constituyen un todo interrelacionado donde unas están incluidas en otras. Así, la aplicación de las capacidades objetivas implica relaciones de comunicación (ya sea como información adquirida previamente o en la forma de trabajo compartido); ligadas a relaciones de poder. Las relaciones de comunicación implican actividades finalizadas y, en virtud de la

⁶ Expresiones tomadas en las entrevistas realizadas a los profesionales de

modificación del campo de información entre los participantes, producen efectos de poder⁷.

Es importante considerar que estas relaciones no son constantes ni uniformes. Ellas varían de acuerdo con cada contexto, con cada período, con circunstancias y ocasiones concretas. Así, pensamos por ejemplo, que en la denominada sociedad “post-industrial” las relaciones de comunicación constituyen una fuerza reguladora fundamental, en la medida en que el discurso se ha convertido en una condición dominante de la producción. Esto ha permitido, por una parte, la reorganización de los significados sociales y culturales, aún en sus formas más cotidianas y, por la otra, nuevas relaciones de poder alrededor del control de la producción y de los medios de producción de nuevos significados”⁸.

Relaciones de autoridad, poder y comunicación que llevan al replanteamiento de unas nuevas donde la comunidad y las personas asuman su realidad y se apropien de su desarrollo. Diría entonces, que ha existido una “cultura del DAR” que se está empezando a replantear.

la salud.

⁷ FOUCAULT, Michel. Vigilar y castigar. 1990. P.

⁸ DIAZ, Mario. Pedagogía, discurso y poder. 1990. Pág. 49.

Las prácticas comunitarias del profesional de la salud, corresponden a la visión de contexto y desarrollo, donde el que tiene establece las reglas, mientras el que no tiene obedece y no se sale del esquema que el anterior le plantea.

Este profesional, caracteriza las comunidades como:

	9
Cerradas	
Deprimidas	
Necesitadas	
Conformistas	
Pobres	
Estratos 1 – 2	
Con limitaciones	

Es evidente que, al referirse a comunidad resalta la realidad de aquellos grupos carentes de las condiciones básicas que les permitan una vida acorde con los derechos estipulados. Esta visión que tiene el profesional presenta raíces profundas en su formación académica, religiosa y familiar debido a que las actividades comunitarias se desarrollan con grupos “marginados”. De otro lado, algunos profesionales reconocen comunidades:

10

Abiertas
Agradecidas
Participativas
solventes

Manifestando así, que son comunidades accesibles, que acogen y creen en los profesionales, depositando en ellos su confianza, dando lugar a interacciones de mutuo beneficio a nivel social, económico y político.

11

- La gente hace actividades por plata.
- En las instituciones de salud, los profesionales deben cubrir un porcentaje en la atención de los pacientes para obtener cuentas y balances "positivos"

Lo anterior se ve fielmente reflejado dentro de la situación actual del país, el mismo sistema de seguridad social exige cantidad mas no calidad lo cual va en detrimento de la humanización,

⁹ Expresiones tomadas de las entrevistas realizadas a los profesionales de la salud.

¹⁰ Idem

¹¹ Idem

existiendo amplios discursos que hablan sobre la repercusión de la misma.

La verdadera riqueza de un país está constituida por el pueblo, tanto hombres como mujeres. El propósito del desarrollo es crear un ámbito posibilitante para que las personas disfruten de una vida larga, saludable y creativo.

A menudo se deja de lado esta simple pero poderosa verdad, para ir en pos de riquezas materiales y financieras¹².

Por tanto, cuando el profesional de la salud debe atender las necesidades de las personas en este sector, dentro de un tiempo muy limitado para garantizar un porcentaje alto en cobertura, teniendo que dejar de lado la calidad en dicha atención; se ve sumergido dentro de un sistema que va deteriorando el desarrollo humano y se observa contrario a los discursos; la realidad vivida en lo cotidiano es otra muy diferente que no se ajusta a la teoría.

El futuro de lo comunitario se presenta con dos perspectivas así:

¹² PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS. Op. cit. Pág. 42.

- Fuente de ingresos
- Me veo en comunidad de pueblo
- Me regalo para trabajar en comunidad
- Muestra mejores resultados a bajo costo.
- Area de mucho futuro

De un lado, se obtiene una proyección que tiende hacia lo económico mirado como un campo laboral, sin querer decir que sea un aspecto negativo como ya se dijo anteriormente, cabe anotar, que por su énfasis biologista le es difícil identificar los beneficios individuales y colectivos que como profesionales de la salud deberá adoptar en cuanto a promocionar la salud y prevenir la enfermedad.

De otro lado, se observa una proyección más social haciendo referencia al beneficio que tanto a nivel individual como colectivo, se puede obtener desde la promoción y la prevención con el trabajo comunitario; siendo ésta una visión positiva que en general, permite ver una comunidad sana, con estados de salud más prolongados si se observan las siguientes ideas:

¹³ Expresiones tomadas de las entrevistas realizadas a los profesionales de la salud.

- Será bueno para el país.
- Necesidades básicas satisfechas.
- Redundar en mejor calidad de vida.
- Se tienen que ver buenos resultados.

Ser competitivo como profesional de la salud dentro de un medio laboral y personal, implica conocimiento, solidaridad y cooperación, fundamentales para el trabajo comunitario; éstas a su vez, se deben liderar y desarrollar con las comunidades, lo cual implica que además de lo económico, articule en su trabajo una visión política, ética y humanista que permita un futuro con más equidad para todos.

Se dice que son necesarios cuatro componentes principales para el desarrollo humano¹⁵:

PRODUCTIVIDAD: Posibilitar que las personas la aumenten y participen plenamente del proceso de generación de ingresos y empleo remunerado, por tanto el crecimiento económico es uno, entre varios modelos de desarrollo humano.

EQUIDAD: Las personas deben tener acceso a la igualdad de oportunidades. Es preciso eliminar las barreras que obstaculizan

¹⁴ Expresiones tomadas de las entrevistas realizadas a los profesionales de la salud.

las oportunidades económicas y políticas para que las puedan disfrutar y se beneficien de ellas.

SOSTENIBILIDAD: Asegurar el acceso a las oportunidades no sólo para generaciones actuales, sino también futuras. Deben reponerse todas las formas de capital físico, humano y medio ambiental.

POTENCIACION: El desarrollo debe ser efectuado por las personas y no sólo para ellas. Es preciso que participen plenamente en las decisiones y los procesos que conforman sus vidas.

En este último componente se han comenzado a ver algunos adelantos en varias comunidades de Manizales a nivel de los barrios y centros educativos, van tomando conciencia de su problemática para aproximarse a solucionarla, van tomando fuerza y poder, participan en la toma de decisiones, y, aunque todavía es incipiente, algunos despertares marcan pautas importantes que si son bien lideradas y orientadas, tendrán resultados positivos que los irán animando, siendo un ejemplo para otros grupos adyacentes.

¹⁵PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS. Op. cit. Pág. 43-45

En los países en desarrollo, una de cada tres personas vive en la pobreza. Más de 1.000 millones de personas carecen de servicios sociales básicos de atención primaria en salud, enseñanza básica, agua potable y nutrición suficiente. Un 90% de los 17 millones de personas contagiadas con VIH están en estos países¹⁶.

Panorama bastante desolador, que el profesional de la salud deberá asumir, teniendo en cuenta que su formación académica lo descontextualiza de la realidad, a la cual sale a competir dentro de un mercado laboral, ya que su visión clínica lo deja por fuera al tener un énfasis de formación bióloga, cuando el mundo ha cambiado sustancialmente a otro tipo de necesidades que ya no se suplen desde la sola práctica curativa.

¹⁶ Ibid.; P. 45-50.

EL SABER "CLAVE PARA ORGANIZAR Y LIDERAR"



2.2 EL SABER “ CLAVE” PARA ORGANIZAR Y LIDERAR

La revolución de las comunicaciones, principalmente ha marcado la transformación actual del contexto, pasando hoy por la revolución tecnológica.

La desaparición de las distancias está asociada con dos elementos dinamizadores de cambio: proximidad y acceso a la información, para aprovechar las oportunidades y neutralizar los riesgos, a través de una “ clave” el CONOCIMIENTO.

Es posible establecer una asociación entre dichos elementos y la modernidad, al igual que su vínculo con la globalización, desprendiéndose características esenciales que inciden en las actividades e interrelaciones económicas, políticas y sociales.

- Globalización: Alianzas, ubicuidad de recursos y factores, apertura, interrelaciones complejas, difícil de manejar en el ámbito central.
- Democratización: Reivindicación del individuo y del sector privado, la persona tanto a nivel individual como a nivel de comunidad protagonistas, capaces de resolver sus necesidades básicas y participar en la actividad económica,

política y social; así como en sus beneficios ; (Banco Mundial, en su informe de 1.998).

- El individuo pasó a ser obsoleto como líder, ante esta afirmación, el profesional de la salud se encuentra aún en contextos pasados, si analizamos un poco sus observaciones, a cerca de concepción sobre comunidad encontramos:

17

➤ <i>Presencia del profesional.</i>	➤ <i>Corroborar acciones.</i>
➤ <i>Trabajar en grupos.</i>	➤ <i>Campañas.</i>
➤ <i>Enseñar.</i>	➤ <i>Educar.</i>
➤ <i>Dirigir.</i>	➤ <i>Organizar.</i>
➤ <i>Liderazgo.</i>	➤ <i>Recreación.</i>
➤ <i>Coordinar.</i>	➤ <i>Intervención en la comunidad.</i>
➤ <i>Movilizar gente</i>	➤ <i>Seguimiento de casos</i>

Desde estos puntos de vista, el profesional de la salud, aún piensa como el “Salvador”, sin él, la comunidad no sale adelante, pues requiere de su presencia para proporcionarle todo lo que necesita; esta concepción viene permeando la historia de la humanidad de generación en generación. Desde la época antigua, los grandes “magos”, el chaman, los monjes, el médico, hechiceros, tenían el poder curar. Hoy en día la concepción de

¹⁷ Expresiones tomadas de las entrevistas realizadas a los profesionales de la salud.

líder, ha cambiado sustancialmente, no lidera un individuo, quien aparentemente es el que más “sabe”, hoy comienza a tener fuerza el liderazgo en equipo en representación de cada instancia según intereses y necesidades, ya no es una sola persona la que más sabe, pues cada cual tiene aportes valiosos que deben ser escuchados y atendidos, conjugando todos los saberes en pos de conseguir el beneficio para todos.

Como fuente inagotable del progreso, el conocimiento de todo tipo (académico, pragmático, empírico) acaba con el concepto de frontera y de inviabilidad. Por eso es más importante que los recursos naturales, físicos, financieros; suple sus falencias sin que nada lo pueda sustituir.

A diferencia del mercado, el conocimiento si conforma “instituciones”, reglas de juego, valores, organizaciones y sociedades, les da calidad y solidez. Las instituciones, a su vez, facilitan la creación, adaptación y difusión del conocimiento.

Sus fallas pueden surgir de los límites de la información; el conocimiento, “como inteligencia social”, puede acabar con la pobreza. La oportunidad para acceder a él y a su difusión, es condición, para que el mercado funcione y alcance los máximos niveles de bienestar social. La fuente generadora de

conocimiento es la persona. Con la ayuda de conocimientos previos, información, metodologías e instrumentos, la mente humana lo crea, sin límites, por naturaleza dinámico, nunca acabado ni perfecto.

El conocimiento no es sólo el resultado de la actividad racional de las personas; también lo es de su SENSIBILIDAD, SU INTUICIÓN Y SU EMOTIVIDAD; de esa manera el conocimiento es señal y resultado del despliegue integral de las personas, que solo se da cuando tienen condiciones básicas para actuar como tales¹⁸.

Por eso es también el resultado de la socialización y la conformación de COMUNIDAD; para que despliegue todo su potencial.

El profesional de la salud; por tanto, debe abrir su mente hacia nuevas posibilidades de participación y liderazgo en comunidad y con la comunidad para el logro efectivo del bienestar social al que todos tenemos derecho, y que creo, ha venido mal encausado por querer ser protagonistas únicos en los escenarios donde se desenvuelve. Antiguamente, la “formula” de líder funcionó y muy bien, pero en el nuevo contexto ya no es válida,

¹⁸ VALLEJO, César. Contexto regional. Serie postgrado. 1999. P. 4.

hay que ir girando a la par con el mundo, de lo contrario, irá quedando por fuera.

Cuando el profesional de la salud piensa en lo que hoy se vive como trabajo comunitario, expresa:

19

- *Falta organización.*
- *Falta mucho por recorrer.*
- *Estamos atrasados.*
- *Falta más apertura en educación-*
- *La educación en salud es pobre.*

Una visión un tanto pesimista, o es la realidad que vive??. Se mira la realidad desde afuera, el profesional de la salud generalmente está pensando que es la “comunidad” y que es el “otro” quien se debe concientizar, quien debe mejorar sus estilos de vida, son “los otros” quienes se deben organizar, tomar decisiones y educarse. Se ha venido impartiendo una información en salud encaminada a la modificación de los hábitos inadecuados cuando ni siquiera el profesional modifica sus propios hábitos.

Y es que cambiar no es fácil, es mejor que cambie “El otro”.

¹⁹ Expresiones tomadas de las entrevistas realizadas a los profesionales de la salud.

Tener el conocimiento da “poder” , y si este no va de la mano con lo humano es peligroso, pues se empieza a manipular, a atropellar a impartir mas no a compartir.

Pero existen también quienes tienen una mirada más positiva:

20

- *Se han visto cambios en promoción y prevención.*
- *Hay más profesionales interesados en este campo.*
- *Grandes avances.*
- *La gente toma conciencia.*
- *La universidad es consciente de preparar los estudiantes en lo comunitario.*
- *Lo comunitario se está rescatando.*
- *La situación mejora.*
- *Con la ley 100 se está llegando más a la comunidad.*

Y sigue siendo una posición muy cómoda, el profesional de la salud se encuentra al margen de lo comunitario, no puede pensar en la realidad del “otro” porque ni siquiera piensa en su propia realidad y cotidianidad.

La educación y el conocimiento siguen siendo una voz fuerte, en la cual el “saber opera como poder”, las relaciones educativas y pedagógicas son relaciones sociales que entrañan dicho poder

²⁰ Idem.

operando a través de mediaciones como lo afectivo, el trabajo, los valores y la misma acción sobre el entorno.

El saber es ese poder que opera a través de políticas globales o segmentadas que se irrigan en las prácticas regionales, nacionales, cotidianas donde debe haber representación de los diferentes intereses de la sociedad para garantizar un poder propio, y pueda disputar sus intereses para que la democracia pueda ser sin exclusiones. Es claro que debe estar ligado a la construcción de sociedad civil y democracia radical. Esto, indica recuperar la identidad de participación, más allá de la cognitiva o metodológica, sin desconocerlas, donde la concertación sea posible, donde el poder no “excluya” sino que una en el compartir; allí se hace significativa una ética social donde la responsabilidad básica es con la vida humana y la solidaridad con el género humano. Esto nos recuerda que los intereses sociales están ahí vivos para ser representados y aprovechados en los nuevos escenarios²¹.

El profesional de la salud debe construir un sentido en la búsqueda de la transformación de entornos inmediatos y remotos aportando a los diferentes sectores sociales, aprovechando el saber como una oportunidad intencionada para develar

relaciones sociales y estar inmerso en la realidad que le permita romper paradigmas.

Estos tiempos de cambios profundos invitan a transformar las concepciones y a inventar una nueva manera de mirar, comprender y estar en el mundo. Así como afrontamos el reto, construiremos el futuro, que dará razón no sólo de los cambios sino de las nuevas comprensiones y de los lenguajes con los cuales ella habrá de decir su palabra²².

En esta misma línea de ideas, el profesional de la salud visualiza el futuro del trabajo comunitario en forma positiva pero no se ve a sí mismo inmerso en el cambio pues implicaría que él mismo cambiara y definitivamente es mucho más cómodo procurar que los demás cambien.

²¹ MEJIA, Marco Raúl. Educación y escuela en el fin de siglo. Módulo de educación. CINDE, 1999. P. 166-167.

²² Ibid.; P. 168.

- *Hágalo pero cuídese.*
- *Cambiar conductas.*
- *La mentalidad del joven cambia más fácil que la del viejo.*
- *Expectativas de crecer y mejorar.*
- *Hay mucho por hacer.*
- *Si se sigue con rumbo planteado habrá frutos.*
- *Estudiantes y profesionales mejor preparados.*
- *Se verá impacto de los procesos que empiezan.*
- *Se facilitará el trabajo comunitario.*
- *La gente está en la cultura de la prevención*

Sin embargo, hay actores que manifiestan una posición frente al futuro que revela la otra cara de la moneda, se sienten inmersos dentro del proceso de cambio y están convencidos de que si es posible prevenir la enfermedad; que el trabajo con comunidad debe enfatizarse de inmediato.

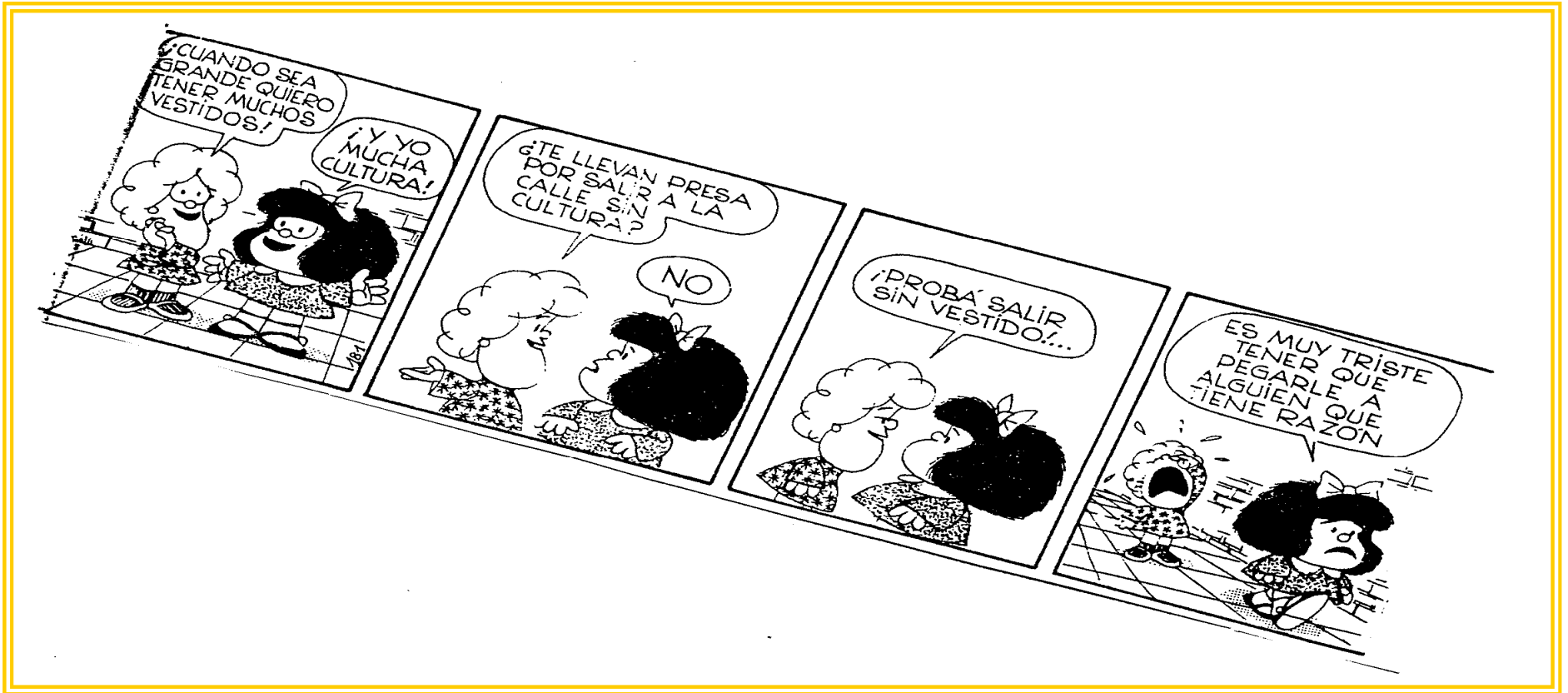
²³ Expresiones tomadas de las entrevistas realizadas a los profesionales de la salud.

- *Desde la cabecera, vamos a quedar cortos.*
- *Nos tocará ir a las comunidades para ver su trabajo y contarle a los estudiantes.*
- *Tendremos que estudiar mucho para aportar a los proyectos que la comunidad lidera.*
- *La empatía hace que a uno le crean.*
- *La responsabilidad de salud es de cada uno*

Aquí ya se refleja una apropiación mucho más clara de que el inicio del cambio comienza con la propia sensibilización del profesional para poder sensibilizar a la comunidad, compartiendo con ella experiencias desde ambas realidades.

²⁴ Idem.

RECUPERAR LA CULTURA POPULAR



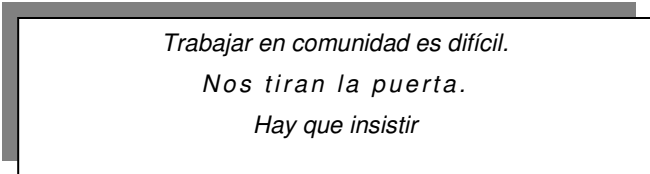
2.3 RECUPERAR LA CULTURA POPULAR

La negación de la cultura ha sido difícil de sustentar en la práctica real. A pesar de todo su materialismo, el marxismo continúa afirmando la existencia de la ideología, los neomarxistas plantean interrogantes del Estado, sin duda alguna, aspectos de la cultura. Los movimientos sociales hacen uso del simbolismo y del ritual y ellos mismos se convierten en fragmentos del mundo cultural en cuanto se les da la definición pública y significado histórico. Los factores culturales que emergen en la vida social, también proporcionan un sentido de lo que es la cultura y se aproximan a definirla como un aspecto simbólico expresivo de la conducta humana. Lo anterior, es muy amplio como para tomar en cuenta las manifestaciones verbales, gestos, conducta ceremonial, ideologías, religiones y sistemas filosóficos que por lo general se asocian con el término cultura.

Hay estudios que relacionan las percepciones subjetivas con las circunstancias objetivas, (las actividades, la conducta, las opiniones con los votos, la ideología con las revoluciones, la conciencia de clase con la clase, la alienación con la desigualdad...).

Pero estos estudios no se han concentrado en la comprensión de la cultura, sino esencialmente en explicarla. Estos estudios han sido inhibidos por el supuesto de que ésta sólo puede entenderse relacionándola con la estructura social, siendo una posición muy reduccionista; en lugar de tratar de entender la religión se le atribuye a diferencias de la clase social, en lugar de abordar sus características internas de la ideología se buscan sus raíces en intereses creados, se reduce la conducta humana solamente al funcionamiento de impulsos químicos. Por tanto, la cultura no puede limitarse solamente a los individuos, es importante no pasar por alto dimensiones más amplias de la vida social, Instituciones, clases, organizaciones, movimientos sociales.

i



*Trabajar en comunidad es difícil.
Nos tiran la puerta.
Hay que insistir*

Seguramente está dentro de esa concepción que solo tiene en cuenta al individuo, sin mirar el contexto en el cual se desenvuelve, sin profundizar o entender su religión, clase social, ideología, intereses, etc. Pareciera ser que se pierde de vista la realidad y solo aborda las comunidades de un interés particular,

casi personal, sacando el mejor provecho de ella, y muy atrevidamente se le regaña, se le juzga y hasta se le impone el punto de vista profesional dejando de lado su propia lógica cultural y natural en la cual se mueve.

Peter L. Berger habla sobre la fenomenología apoyado en Hegel, reflejando una tradición filosófica acerca de la condición humana, donde influye múltiples dimensiones del ambiente natural, la bioquímica humana y animal, etc., la cual puede ser conocida mediante el empleo sistemático de los sentidos. El otro tipo de realidad es la noumenal, la cual incluye el mundo social; puede ser entendida principalmente por medio de la razón simpática. Lo fenoménico está gobernado por las “leyes de la naturaleza”, la noumenal por las “leyes de la libertad”.

Es importante para el profesional de la salud dicha teoría, ya que el conocimiento de sentido común de la vida cotidiana constituye el telón de fondo dentro del cual debe iniciarse la interacción. La actividad humana debe ser comprendida como significativa para los actores de la sociedad, tiene que ser interpretada. Cuando se trata de participar en la vida cotidiana, entraña lo que Berger denomina “Interpretación” de las estructuras de pertinencia, los sistemas de significado y los cuerpos de conocimiento, de tal

forma que los significados sean claros y se puedan relacionar con otros.

Así mismo, teniendo como base una concepción dinámica de la cultura, entendiéndola como una actividad creadora del hombre y como desarrollo propio, no solo a través de su creación material sino sobre todo de su autocreación. El desarrollo cultural no solo está dado por los niveles técnico - científico – político o artístico sino principalmente por el sentido humano que encierran esos mismos niveles, su potencialidad de cambiar y desarrollar valores en los mismos individuos en su realidad productiva y socio - productiva.

Por tanto, el nivel cultural de una sociedad no se mide por la cantidad de bienes y de riqueza material o espiritual creada, sino por el grado de asimilación creadora de esa riqueza, por el tipo de individuos que la misma sociedad está generando, por las dimensiones de personalidad que los caracterizan, con el colectivo social presente y futuro, con la naturaleza e incluso por su modo de vida, necesidades y valores.

Debido al atraso económico y la dependencia técnico-científica, se constituye actualmente en dificultad para el desarrollo

cultural. Sin afirmar que lo económico y científico aumenten la calidad de dicho desarrollo, pero si pueden aumentar las facilidades de recursos y tiempo para que los individuos intensifiquen su asimilación y creación cultural, siempre y cuando las estructuras sociales en las que están inmersos no se lo impidan²⁵.

El desarrollo cultural se amplía y profundiza en la medida que se supera la explotación del hombre por el hombre y la alienación de su conciencia.

Por lo anterior algunos profesionales comienzan a identificar, una comunidad menos alienada, que va reconociendo poco a poco sus derechos y que los comienza a hacer valer. Las mismas crisis a las que se enfrenta, permiten la unión, búsqueda de las soluciones, y empoderamiento de su situación. Es así que:

²⁵ FLOREZ, Rafael. Pedagogía y verdad. Medellín, 1989. P. 192.

- *Se le está dando importancia a la comunidad.*
- *La comunidad avanza, toma fuerza.*
- *La comunidad no se deja manipular.*
- *La comunidad pregunta y se involucra.*
- *La comunidad no dependerá de quién gestiona.*

La cultura es un campo en el que las ideas y concepciones del mundo se contraponen. Por lo mismo, no tiene nada de extraño que ciertas concepciones ideológicas interesadas en perpetuar un control grupista sobre el resto de la sociedad, orienten la actividad cultural de toda sociedad hacia el rescate y sustentación de supuestos valores del pasado que se contraponen a las aspiraciones de fuerzas sociales nuevas que maduran y elaboran desalienación y autonomía de individuos y grupos sometidos en cualquiera de los aspectos de la vida.

El mismo proceso cultural en cualquier sociedad va generando oportunidades imprevisibles de reflexión crítica y producción colectiva, de formas ideales que van fortaleciendo a los pueblos y que contribuyen a que los individuos se descubran en si como productores directos y se reconozcan como hombres en su interrelación con los demás, hasta el punto de segregar una conciencia social nueva, debido específicamente a la nueva

²⁶ Expresiones tomadas de las entrevistas realizadas a los profesionales de

tendencia de ceder una mayor participación y autoridad a los municipios, confirmando la vitalidad popular, integridad comunal, la soberanía y la resistencia a la tiranía que han penetrado la historia latinoamericana desde épocas precolombinas.

En esta misma línea de ideas, se puede analizar un poco la “cultura popular” Stavenhagen y Mario Margulis, hacen una interesante comparación entre esa cultura y la de masas, notando el papel central que desempeñan los medios de comunicación. Los sectores dominantes monopolizan la fabricación y difusión de los productos culturales, creando así una cultura de consumo; esta cultura de masas, es difundida desde arriba hacia abajo y la cual apoya la penetración imperialista en Latinoamérica. Por el contrario, la cultura popular es creada por los oprimidos, responde a sus propias necesidades y es el fruto de una conciencia compartida. Estos autores. Afirman que la cultura de masas, hecha para las masas por la elite, de disfrazada con elementos populares para penetrarla y asegurar la difusión de la cultura dominante, agente del imperialismo y su aceptación por el pueblo.

Vista desde este contexto de explotación y dominación, la cultura popular, como sistema de respuestas solidarias hechas por los oprimidos, necesariamente debe conducir a la liberación.

Aunque se hace distinción entre la potencialidad y la realización de la cultura popular, limitada por el control represivo de la difusión de productos culturales, es obvio que se le considere como la panacea para los males de Latinoamérica. En una visión idealizada y poco pragmática, Margulis sugiere que con solo devolver el habla al pueblo, para que gesticule su propia cultura en completa libertad, se vencerá. Afirma que la toma de conciencia del pueblo, surgirá espontáneamente de la creación de este nuevo espacio cultural y conducirá definitivamente a la lucha revolucionaria.

Lo anterior puesto sobre el tapete de la realidad, está inmerso dentro de la cotidianidad de cada comunidad tanto a nivel individual, como de grupo; el luchar por salir adelante es inherente al ser humano para adaptarse a nuevas situaciones y sobrevivir. Pero dicha adaptación a pasado a otra connotación extrema, no la de adaptarse por la lucha que se ha librado sino más bien por la conformidad, o será mejor decir, por el conformismo, así se han venido formando las actuales comunidades, ya que si se les da muchas alas, la autoridad y el poder se desequilibran y los grupos que antes estaban "bajo control" se empezarán a salir de las manos. Esto se ve muy claro desde la familia, los padres suelen tener el control de todo, sus normas y principios las hacen valer por absurdos que estos

sean, no expresan razones argumentadas y todo debe hacerse “porque si” o “porque no”, aquel miembro de la familia que no se limite a respirar, que contradiga o cuestione demasiado se ve en serios problemas para realizarse como ser humano, por su puesto esos mismos padres fueron formados así y por tanto la educación ha seguido esa misma línea, ya que cualquier contradicción les desbarata todo el montaje de poder.

Por tanto el profesional de la salud no escapa a este modelo, después de todo es más cómodo ser sumiso que romper paradigmas para que el mundo se le venga encima.

Así no se le devuelva el habla al pueblo como sugiere Margulis, éste se la irá tomando muy rápidamente, pues se ha venido dando cuenta que si no participa activamente en la toma de decisiones, después no se podrá quejar de que otros las tomen por él.

Algunos profesionales de la salud, vislumbran muy bien las comunidades en este sentido, pero él en sí mismo deberá ser parte activa de esas comunidades ya que con su saber, podrá ayudar a tomar decisiones, de lo contrario, seguirá viendo los toros desde la barrera.

CAPITULO 3: CONSTRUCCION TEORICA DE RESULTADOS REALIDADES DEL TRABAJO COMUNITARIO

3.1 CLINICA Y COMUNIDAD DOS AMIGAS ENEMIGAS

A parte de mi experiencia en ambas áreas, el presente estudio visualiza ciertas categorías como la que describo a continuación y que van cerrando este capítulo a manera de conclusión (ver anexos B-C). Igualmente si miramos la historia siglos atrás podemos determinar que nos ha colonizado un sistema de “estatus” donde han tenido poder la medicina y la religión.

Por lo anterior aún prevalece que desde el mismo momento en que una persona decide estudiar una profesión del área de la salud está pensando en su desempeño dentro de áreas clínicas, quizás por su visión salvadora, por el estatus, por tener el poder para tomar decisiones acerca de la vida o curación de una persona, o quizás, porque dentro del área clínica se maneja más stres y los niveles de adrenalina son altos, a todo el personal se le ve correr todo el tiempo y pareciera ser que todo esto lo hace ver más importante. Entre más emergencias y complicaciones ocurren mejor ha sido el turno. En los pasillos, en la cafetería, en la casa y en las llamadas telefónicas, a todo el mundo se le

comenta sobre el turno tan “movido” que tuvo, y se hace énfasis en el paciente que salió adelante, gracias a usted o al que se le hizo de todo pero se murió o quien sabe si amanezca vivo. Es un deleite estar inmerso en todo este ambiente, y hasta atrevidamente se define cuánto durará el paciente. Finalmente, cuando se trata de informar acerca de un procedimiento, enseñar al paciente y su familia los cuidados que debe tener en casa o cómo prevenir que le vuelva a suceder o a evitar complicaciones, se empiezan a tener problemas, se queda corto el despliegue del discurso porque generalmente “no hay tiempo” para dar explicaciones satisfactorias y convincentes, aún más, el lenguaje se vuelve tan técnico que es difícil hablar en términos sencillos. Cuando al paciente se le observa muy bien, y los interrogatorios son interminables, se trata sin lugar a duda de los practicantes que requieren la mayor información para rendir cuentas a los docentes; pero qué decir de la consulta externa, al paciente escasamente se le mira para obtener la información mínima y su valoración física es precaria, se imparten unas órdenes y el paciente está tan atónito que no se atreve a preguntar o a pedir que se le repitan las instrucciones porque en un abrir y cerrar de ojos, ya están llamando al siguiente.

Contrario a toda esta confusión se encuentra la otra cara de la moneda, “área comunitaria” apacible, tranquila, hay tiempo para todo, el profesional de la salud puede acercarse más a las personas y éstas a su vez exponen su problemática y tratan de participar en la solución de la misma.

Sin embargo, todo este potencial se ve desperdiciado ante la actitud del profesional que es escéptico en cuanto a la visión de la salud, pues su mentalidad es aún muy biologista y no logra ponerse las vestiduras de la prevención, de otro lado, la comunidad también es escéptica, también posee una mirada biologista ya que sólo consulta cuando está enferma y eso, si presenta dolor, de lo contrario piensa que es algo sin importancia”. Pero además dicho escepticismo tiene el agravante de que la comunidad ha sido muy manipulada, se le saca información en forma permanente y se le prometen cosas que no se les ha de cumplir. Para entrar en la “cultura de la prevención” es necesario realizar primero una **sensibilización del profesional de salud**, en la cual sea él, el primero en entrar en dicha cultura y estar convencido de ella. Siempre se está pensando que es el “otro” o los “otros” quienes deben cambiar y deben cuidarse. En la medida que el profesional de la salud apropie la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, en esa misma medida será más consecuente con sus

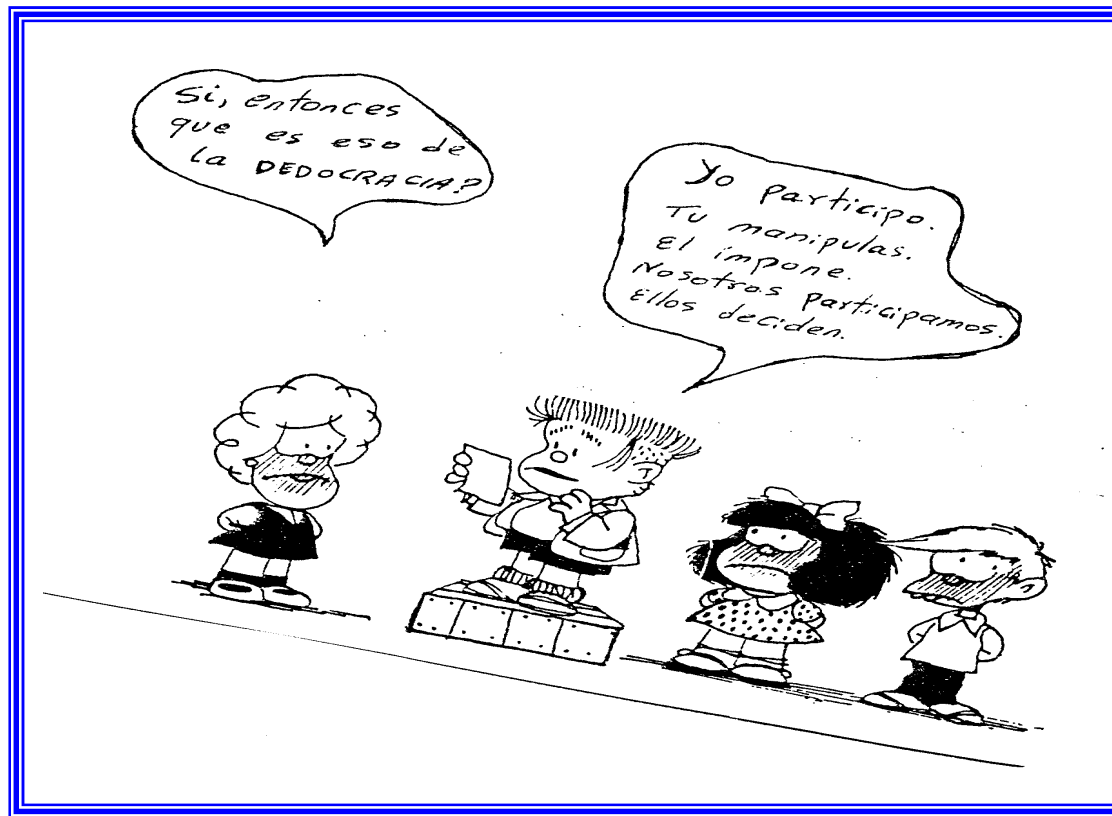
pensamientos y actitudes para tener al menos el derecho de pedir a los “otros” hábitos o prácticas en salud que sean menos nocivas.

Toda esta mirada, hace pensar, que área clínica y área comunitaria están separadas, divorciadas, pareciera ser, que no compaginan y que cada una debe ir por su lado. ¿A caso desde lo clínico no se puede hacer comunitaria? Aún desde el paciente más complicado, ¿no se debería hacer un proceso muy especial con su familia y su entorno para regresarlos nuevamente a su cotidianidad, conscientes de los cambios que deberán asumir para garantizar estados más prolongados de salud?

Pero bien, muchos profesionales de la salud están lejos de apropiarse la “acción comunicativa” la cual hace referencia a la interacción de por lo menos dos sujetos capaces de lenguaje y de acción que entablan una relación interpersonal. Los actores buscan entenderse, sobre una situación de acción para poder así coordinar de común acuerdo sus planes y con ello sus acciones²⁷.

²⁷SANCHES, Dairo. Teoría de la acción comunicativa de Habermans. Manuscrito inédito. Síntesis personal. Manizales (Caldas), 1995. Disponible en la Facultad de Medicina. Universidad de Manizales. P. 122.

¿COMUNIDADES SEGUIRAN MANIPULADAS?



3.2 COMUNIDADES SEGUIRAN MANIPULADAS

Las comunidades empiezan a despertar, dándose cuenta de los grandes avances y logros que pueden obtener si se unen, si reclaman, si hacen valer sus derechos, derechos que han sido otorgados por el gobierno nacional con el Decreto 1216 de 1989 por el cual se crean los comités de participación comunitaria y se regula la participación de la comunidad en el cuidado de la salud y que la comunidad aún desconoce; desde hace muchos años atrás los políticos y la religión han introducido ideas que manipulan a las personas en su afán de tener todo bajo control ya que cuando alguien opina diferente o contradice se le tilda de revolucionario, de conflictivo y de barrera contra los programas que se proponen. De un lado, los políticos en el afán de obtener intereses particulares les prometen soluciones a sus problemas y les obsequian desde tejas y cemento hasta consultas y medicinas, todo esto mientras se encuentran en campañas políticas; de otro lado la religión advierte sobre las obras de “caridad” donde quien es rico debe compartir con el pobre, hace ver en forma muy insistente que “más fácil pasará un camello por el ojo de una aguja a que un rico entre en el reino de los cielos” y en las bienaventuranzas frases como:

Dad de comer al hambriento

Dad de beber al sediento

Vestid al desnudo

Frases que han sido mal interpretadas ya que ni siquiera se les regala cosas para suplir necesidades en forma momentánea, formándose un círculo vicioso entre el que tiene y el que no.

La comunidad ha estado enseñada a recibir, por ello no aprecia lo que se les da y se les obstaculizan su creatividad e iniciativa para la solución de sus problemas. Por tanto ella, y las diferentes estancias que lideran cambios, se han dado cuenta que no es conveniente planear estrategias desde los escritorios, sino que se debe hacer desde al comunidad y con la comunidad para obtener una participación activa, real, acorde con las verdaderas necesidades sentidas, obteniendo de parte y parte los acuerdos con los cuales se comprometen.

Lo anterior, queda muy bien enmarcado dentro de la acción comunicativa, la cual presupone el lenguaje como un medio de entendimiento sin más abreviaturas, al que los hablantes y oyentes se refieren, desde el horizonte preinterpretado que su mundo de la vida representa, simultáneamente en el mundo

objetivo, en el mundo social y en el mundo subjetivo, se negocian definiciones de la situación que puedan ser compartidos por todos²⁸.

Teniendo en cuenta que el **mundo objetivo** hace referencia al conjunto sobre el cual es posible enunciados verdaderos. El **mundo social** como conjunto de todas las relaciones interpersonales legítimamente reguladas. El **mundo subjetivo** como la totalidad de vivencias del hablante, a las que éste tiene un acceso privilegiado²⁹.

Desde este punto de vista, todo proceso de entendimiento tiene lugar sobre el transfondo de una precomprensión imbuida culturalmente.

²⁸ Ibid., pág. 138.

²⁹ Ibid. P. 145.

3.3 PREVENCIÓN Vs CURACIÓN

Presentada así, como en un ring, enfrentadas, a la expectativa de saber quién “ganará”, y, quien gana se pone “moda”; la visión biológica que ha venido sosteniendo al profesional de la salud y se sigue sosteniendo sin comprender que los tiempos cambian, “que las estructuras del ayer no sirven ya para las realidades de hoy”.

Siglos atrás, cuando nos envolvía la oscuridad de un desconocimiento total de las enfermedades, con una tecnología precaria que había que actuar sobre la enfermedad para poderla estudiar y al mismo tiempo combatir; una visión biológica netamente curativa y además con una connotación fuerte impregnada por lo religioso y lo mesiánico; curación viene de cura: párroco, sacerdote, eclesiástico, clérigo, padre// curación, tratamientos, sanación, medicación, remontándonos a tiempos históricos donde solamente podían curar los religiosos porque tenían poderes otorgados por Dios y además porque sólo a ellos les era “revelada la verdad”. Es así como el profesional de la salud carga muy en sus entrañas el deseo y el poder de “salvar”.

Pero de otro lado viene lo preventivo, en cuya significación prevenir traduce prever, impedir, evitar//avisar, advertir//conjeturar, presentir, intuir, sospechar, y aunque se ha venido hablando de ella hace rato, hoy por hoy frente a esta realidad social algunos profesionales de la salud comienzan a reconocer y fomentar la cultura de la salud, a promover conductas saludables y a comprobar los resultados de los beneficios de la medicina preventiva sobre la curativa.

Sin embargo las instituciones de salud insisten en su interés por lo curativo y compiten fuertemente por cubrir la demanda de consultas siendo víctimas de los costos tan grandes que conlleva la atención hospitalaria.

Sin embargo no nos podemos ir al otro extremo, algunos profesionales de la salud piensan que hacia lo preventivo, se debe enfocar la medicina y que preventivo debe ser el profesional del milenio.

Se debe tener el reto de cubrir ambos enfoques con la claridad que ellos ameritan si se quieren tener profesionales íntegros enmarcados dentro de la realidad inminente de una perspectiva mundial cada vez más sombría.

El trabajo comunitario no podrá ser entonces una moda transitoria, deberá quedarse con nosotros, tan arraigado como lo curativo.

3.4 SUPERAR LA REALIDAD

El rol que el adulto desempeña cuando asesora al niño no es sólo una formación de nociones sociales, es todo un proceso de apropiación y aprendizaje, pues con ellos proporcionan elementos integrados y elaborados individualmente por el sujeto quien tiene que elaborar en forma personal su carácter constructivo como tal.

Con los elementos hay una selección por parte del niño para ir construyendo una representación de la organización social, adquiriendo una serie de normas sobre lo que debe o no debe hacerse³⁰.

La religión constituye, entre muchos otros, un fenómeno social de primera magnitud y las ideas que el niño tiene en el terreno de lo religioso, generalmente no coinciden con las de los adultos, es importante saber como conciben a Dios o estudiar aspectos más terrenales como su representación en cuanto a la pertenencia a una comunidad que comparte una misma religión, o su opinión frente a otras religiones.

³⁰ DELVAL, Juan. La representación infantil de mundo social. 1989 p. 245

Siguiendo a Berger y Luckman, habla de una “socialización primaria la cual va despertando lentamente en el seno familiar”³¹, a este respecto el profesional de la salud tiene como referente en cuanto a la representación de lo comunitario, aspectos importantes en cuanto a las dinámicas que a nivel familiar se llevan a cabo para interactuar con grupos cercanos a sus quehaceres cotidianos, como el hecho de compartir algunos conocimientos, juegos o cosas materiales con los agregados de las fincas, la empleada del servicio, familias de comunidades de bajos recursos económicos, grupos de recreación, entre otros.

Algunos profesionales de la salud afirman que sus padres trabajan con drogadictos, monjitas de la caridad, con familias pobres y los han visto dentro de un liderazgo de adultos que el profesional en su niñez ha visualizado y fue impregnado por estas actitudes durante esta etapa del desarrollo.

De otro lado, también ponen de manifiesto la “socialización secundaria”³², en la cual el niño va saliendo de esta etapa para acercarse a la adolescencia y así mismo va interactuando con otros grupos diferentes a los escogidos inicialmente por su

³¹ BERGER, P. y LUCKMAN, T. La construcción social de la realidad. 1978. P. 164-222.

³² Idem.

ámbito familiar y comienza una relación con grupos que él mismo va relacionando de acuerdo a sus preferencias u oportunidades que le son cercanas o familiares en un momento dado; se encuentra entonces, que el profesional de la salud en su época estudiantil, especialmente colegio y universidad, ha estado en contacto con colegio de monjas, e ingresa a grupos de pastoral, catequesis, misiones y así mismo su grupo familiar pertenece a grupos religiosos, de oración o sanación y como dije en otro capítulo anterior, la religión promulga en forma muy enfática la ayuda al necesitado, bien sea en forma moral o material; otros profesionales, en su adolescencia pertenecieron a grupos de tipo más secular como los Scouts, Civilitos, ... y además siguen teniendo la visión de sus padres, que desde el consultorio “ayudan” a la comunidad que los consulta, quienes son docentes “ayudan” a los estudiantes necesitados, en fin, toda una gama de quehaceres que de una u otra forma parecieran ser solidarios con otros individuos.

Algunos profesionales, afirman que por ser o haber sido su familia muy numerosa o tener vecinos de mucha confianza, han interactuado en forma tan unida, que los ha seducido el trabajo con comunidad.

Teniendo como referente el marco anterior, llama la atención que la gran mayoría de los profesionales de la salud que fueron entrevistados, han laborado la mayor parte de su tiempo en áreas clínicas y además afirman, no tener tiempo para el trabajo comunitario. ¡Gran contradicción!

Yendo un poco más al fondo de esta paradoja, todo parece indicar, que los niños no terminan imitando a los adultos, salvo, con algunas excepciones. El niño, entiende una realidad social muy distinta de la que vemos los adultos, que nos acostumbramos a ver lo social como un campo de lucha y competencia, todos contra todos, parece que el niño concibe una sociedad idílica, como un terreno de cooperación, de ayuda mutua, al verse como un niño querido y ayudado por los adultos, sin tener que sufrir, por lo general los ataques de otros.

La sociedad del niño, aparece con un orden completamente racional, al igual que el mundo físico, cada cosa está en su sitio y sirven para satisfacer las necesidades, un lugar sin conflictos, en el que todos cooperan, y cada cosa funciona perfectamente. La injusticia no existe y los conflictos están ausentes. También observan que los individuos se esfuerzan por hacer las cosas bien, motivados por intereses altruistas; los adultos tienen

siempre el saber necesario, que ocupa un lugar muy importante en la valoración que hace el niño; los políticos, administradores, técnicos, desempeñan funciones importantes; saber y autoridad se relacionan, las personas que muestran poder son las que tienen autoridad; los que más mandan, son los que más saben.

También es ausente la noción de escasez. Las cosas abundan, si en la tienda o en la casa muchas cosas se agotan, pronto habrá más. Los pobres, son muchas veces los que no saben ir al banco por dinero (son muchos los estudios hechos al respecto), autores como Adelson, J. – Ajello, A.M. – Amann – Gainotti lo han venido trabajando por más de 20 años³³.

Resulta sorprendente ese mundo del niño aparentemente tan racional y ordenado, pero en el que muchos elementos no pueden relacionarlos con otros. Todo ese mundo de bondad y racionalidad se empieza a derrumbar en el momento de la adolescencia, cuando la realidad la comienza a entender con mayor exactitud y comprueba su importancia para cambiar ese mundo irracional, tan contrario a todo lo que le han enseñado de niño. La realidad social entra en contradicción con los valores recibidos.

Es así, que el origen de muchos problemas sociales actuales y pasados se encuentran en este choque, conflicto y desilusión que envuelven la adolescencia con consecuencias graves.

El profesional de la salud, que como todos los humanos, afronta esta realidad, es muy posible que haya chocado también con tales decepciones que a nivel de cooperación y ayuda con los otros, se hubiera dado cuenta de falsas expectativas que finalmente no llenarían sus vacíos a nivel profesional y personal.

Valdrá la pena reflexionar ya no como profesionales sino como adultos, acerca de ese mundo ideal que le presentamos a las generaciones venideras o ya existentes, será mejor tenerlos en contacto con las carencias de todo tipo existente en la sociedad ayudándolos a elaborar esas pequeñas crisis, con miras a formar un adulto creativo, participativo, que tome posición en las futuras decisiones personales y profesionales, que tenga menos choques traumáticos y más expectativas de adaptación y equilibrio.

¿Cómo tener entonces conciencia del mundo?

Un mundo con escasez o quizás con abundancia, un mundo en el cual, cada quien vive su propia realidad; quien vive en la escasez, no potencia las necesidades como una forma de ser

³³DELVAL, Juan. La representación infantil del mundo social. Serie

creativa, de desarrollar iniciativas que lo hagan surgir, lo poco que tiene no lo reconoce como una riqueza pues generalmente estará su mirada fija en lo que no tiene o puede obtener. Quien vive en la abundancia, ni siquiera sabe lo que tiene, por ello muchas veces no lo aprecia, generalmente lo desperdicia y tal vez llegue a darse cuenta de ello cuando lo pierda. Cuando hablo de escasez y abundancia, hago referencia no sólo a lo material sino también a lo espiritual.

Es así como una persona cuando viaja al extranjero comienza a apreciar a su país, lo defiende, añora sus paisajes naturales, los barrios de invasión, las costumbres, superando ese principio de realidad que hace ser conscientes de esa abundancia o escasez en la cual giramos cotidianamente.

El profesional de la salud se forma con expectativas futuristas y optimistas del mundo al cual saldrá a competir sin ser consciente que le espera otra realidad en la cual tendrá, a mi modo de ver, sólo dos caminos, involucrarse y someterse a la rutina que acompaña el diario quehacer o llevarse por “delante” a todos los que le rodean como único medio de sobresalir teniendo en cuenta solo sus intereses particulares.

Nos hemos formado en un país con escasez sin ser conscientes de que siempre estamos rodeados de abundancia. Podremos componer los sueños en una realidad que potencie la carencia que reconozca al fin, que ella puede estar en las estructuras, en la ausencia de sentido y justicia, no en la carencia de lo humano como tal.

Podría entonces afirmar, que tomar la realidad como carencia, no es problema del sujeto que se forma sino de sus formadores, es decir, no es problema de la educabilidad sino de la enseñabilidad.

No bastará con sensibilizar al sujeto en formación, que se aprende a autocuidar para poder ser convincente ante las comunidades y cambiar estilos de vida, será también indispensable que aprenda a autointerrogarse sobre los **deber ser**, tanto propios como de otros.

Me pregunto, si es posible formar al sujeto o sólo se dan unas orientaciones, siendo sólo él quien dirige y decide su propia formación y/o transformación de acuerdo a sus intereses y capacidades.

El profesional de la salud, como sujeto comunitario deberá desarrollar **auto-reflexión permanente** que le permita la posibilidad de descentrarse y este fenómeno sólo será posible en la medida que él, sea capaz de hacerlo para que los otros sujetos que lo rodean igualmente se descentren y se reconozca la existencia del otro.

Se habla de un “sujeto muerto” cuando el profesional como tal, sólo habla de su teoría, considerándose como “sujeto actuante”; para lo comunitario deberá ser “sujeto productor de cultura”, que reflexione, si la cultura que encuentra a su paso es la verdad, o plantear los equívocos culturales para lograr introducir cambios.

Ha existido siempre un endiosamiento del profesional de la salud, quien cree tener la vida de las personas en sus manos, es aquel control permanente de la vida y la muerte, situación muy arraigada debido al positivismo ya que no entran en juego las emociones del profesional.

Siempre se nos está recalcando que no se pueden dejar salir las lágrimas o los sentimientos de pesar a los pacientes en situaciones críticas que atentan su bienestar, esto hay que controlarlo, debemos reflejar ser fuertes, tanto, que el paciente y

su familia manifiestan que el profesional de la salud se endurece frente al dolor ajeno. En esos momentos difíciles, es importante para la persona, sentirse apoyada, sentir que ella también cuenta para decidir sobre las alternativas de solución y un abrazo, unas palabras o quizás, compartir un llanto, es la mejor muestra de que también nos sientan humanos, tan humanos como ellos, para permitir un acercamiento real y sincero, pues si se quiere seguir siendo dioses, es bueno comprender la situación del otro y admitir que cuando nos ha tocado la crisis también hemos deseado que ese profesional esté verdaderamente de nuestro lado para poder tomar decisiones en conjunto y dar verdadera relevancia a la existencia del otro.

Se deberá resaltar lo cotidiano ante la potenciación de lo hospitalario.

3.5 LO COMUNITARIO, A LA LUZ DE LA SOMBRA

Saltando paradigmas

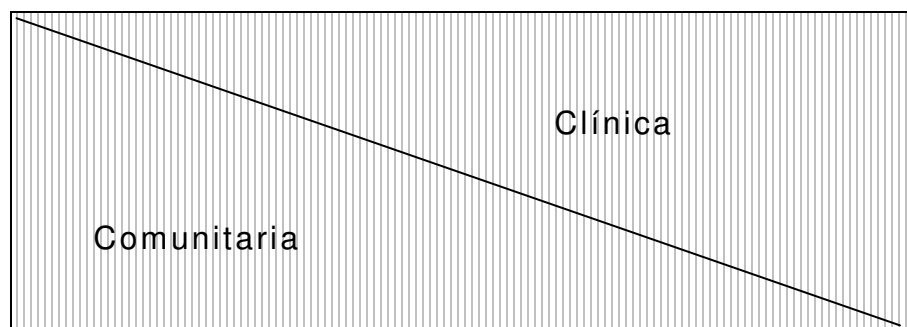
De sanidad, salud pública, salud comunitaria, promoción, prevención, entre muchos otros apelativos, se ha venido hablando desde siglos atrás refiriéndose al cuidado del ambiente, en una primera instancia y del cuidado personal en una segunda, sin tener mucha acogida pues lo prioritario ha sido lo biológico, esto es comprensible puesto que las enfermedades sólo podían estudiarse cuando éstas aparecían y en esa misma medida podrían ir teniendo pautas de prevenirlas al descubrir sus causas. Sin embargo, lo preventivo no ha tenido prioridad ya que la influencia de lo religioso y lo mesiánico poseen una combinación bastante fuerte por la misma connotación cultural que caracteriza las épocas.

Como una lucecilla tibia y tenue y hasta diría que, temerosa, ha ido apareciendo el trabajo comunitario desde hace ya dos décadas; todo el proceso de un camino recorrido tratando de motivar e inquietar en cuanto a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, autocuidado, estilos de vida saludables, mejor calidad de vida y un sinnúmero de slogan que

en el nuevo milenio son escuchados con un poco más de atención.

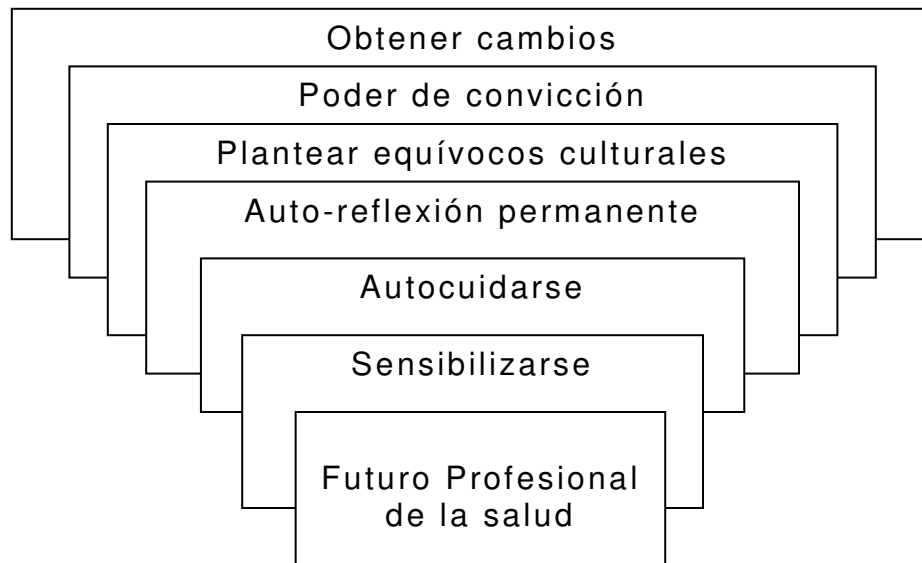
Pero lo comunitario sigue allí, con pasos sigilosos, lentos, silenciosos, como esperando la oportunidad de tomar impulso, correr un poco y empezar a saltar para hacerse notar. No nos damos cuenta que ha estado presente en todo momento y que sólo en algunas ocasiones muy evidentes, con mucha timidez logramos resaltar sus múltiples beneficios.

FIGURA 2. HIBRIDO



Resulta evidente encontrar un profesional de la salud con hibridación entre lo clínico y lo comunitario ya que no existe un profesional absolutamente clínico ni absolutamente comunitario; el que es muy clínico maneja algo de comunitario y viceversa, observándose posiciones extremas y como dicen que todo extremo es vicioso...

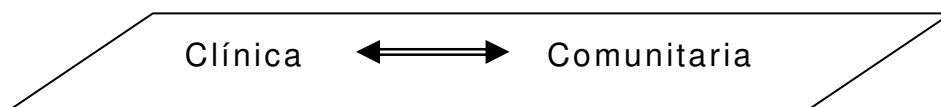
FIGURA 3. PROCESO DE SENSIBILIZACION



El profesional de la salud durante su formación recibe el componente comunitario de afuera hacia adentro, desde el mundo externo, muchas veces ajeno a su contexto, sistema social y cultural, recibe herramientas que utilizará para la “intervención” comunitaria, pretendiendo cambiar hábitos de salud inadecuados sin poder apropiarse, ni llegar a comprender por qué es tan difícil que las personas cambien sus hábitos de la noche a la mañana siendo conscientes completamente de los daños que ellos le ocasionan, además de comprobarse, que las comunidades poseen y manejan buena información sobre la forma de prevenir muchas enfermedades pero que definitivamente hacen muy poco o nada por apropiarse esos

mensajes. El profesional de la salud llega a juzgar, regañar, exigir cambios de conducta, lejos de imaginar que es él quien primero debe aprender a cuidarse para ser coherente con lo que dice, piensa y hace, pues está muy claro, que nadie puede exigir lo que no puede dar.

FIGURA 4. PUNTO DE EQUILIBRIO



De otro lado, es importante preparar un profesional de la salud que responda a las necesidades del contexto actual, debido a la crisis actual, el giro en promoción y prevención comienza a tomar tal fuerza, que en el momento se halla la salud comunitaria en todo su apogeo, surge y brilla con luz propia; para nadie es desconocido la desproporción de gastos que demanda una persona hospitalizada o frecuentemente consultando, cuando con una educación sencilla, práctica y ajustada a sus necesidades particulares podrían lograrse períodos más prolongados de salud, ya que el trabajo comunitario no pretenderá desaparecer a los enfermos, estos siempre existirán, reitero, debe propender por estados de salud más prolongados.

Por lo anterior, el profesional deberá alcanzar un “punto de equilibrio” entre su capacidad de desempeño clínico y su capacidad de desempeño comunitario, preparado para adaptarse a cualquier crisis y orientar las diferentes comunidades para salir adelante. Teniendo en cuenta, que cada persona tiene actitudes y aptitudes para preferir determinada área o áreas de la salud, desde esa área de preferencia deberá mantener el equilibrio entre lo clínico y lo comunitario para que su desempeño sea altamente efectivo al complementarlas ya que al separar ambas áreas y trabajarlas aisladas, cada una por su lado, se seguirán viendo resultados desastrosos como los que se palpan en la actualidad.

El trabajo comunitario comienza a salir de la oscuridad, ya no estará más a la sombra de lo clínico, pero no por su auge o por estar de “moda” deben todos los profesionales inclinarse hacia acá, tampoco debe verse solamente como un campo nuevo de trabajo, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad deben ser inherentes a nuestra labor desde cualquier campo de la salud y lo que es más importante, **INHERENTES A NUESTRA COTIDIANIDAD.**

BIBLIOGRAFIA

ANDER, Ezequiel. Comunidad. 1981. 9 ed. Buenos Aires: Humanitas, 1981.

AGNES, Heller. Historia y vida cotidiana. Aporte a la psicología socialista.

BERGER, P. y LUCKMAN, T. La construcción social de la realidad. 1978.

BRIONES, Guillermo. Formación docente en investigación educativa. La investigación de la comunidad. Bogotá – Colombia, 1990. Convenio Andrés Bello.

CANTOLLA BERNAL, Enrique. Revista ciencia política. La cruz de nuestra modernidad. 1993.

CASSIRER, Ernst. Antropología filosófica. Bogotá – Colombia, 1976. 3 ed. Fondo de Cultura Económica.

DELVAL, Juan. La representación infantil del mundo social. Serie postgrado. Módulo 3. Desarrollo Humano, 1999. Manizales

FOUCAULT, Michel. Las palabras y las cosas. México. Siglo Veintiuno editores, 1985.

FOUCAULT, Michel. Vigilar y castigar. México, Siglo Veintiuno, 1990.

FLOREZ O., Rafael. Pedagogía y verdad. Medellín, 1989.

GARCIA VALDES, Alberto. Historia de la medicina. Madrid – España: McGraw-Hill, 1987.

GONZALEZ, Nijad Hamdan. Hacia la universidad del siglo XXI. Venezuela, 1995.

GUTIERREZ S., Edgar J. Revista Huellas. Modernidad y postmodernidad, debate en el milenio agónico. 1995.

JUNG, C.G. Psicología del arquetipo infantil. Recuperar al niño interior. Barcelona: Plaza y Janes, 1996.

LEVY STRAUSS, Claude. El pensamiento salvaje. México: Fondo de cultura económica, 1972.

MARIÑO, Fernán. Hacia la construcción de un marco teórico para la investigación de la lógica popular. Bogotá – Colombia, 1986.

MEJIA, Marco Raúl. Educación y escuela en el fin de siglo. Módulo de educación. CINDE. Manizales, 1999.

MEJIA Q., Oscar. Cultura y democracia en América Latina. Colombia, 1992.

MODULOS CINDE. Colección de contexto. 1999.

MODULOS CINDE. Colección de Desarrollo Humano. 1999.

MODULOS CINDE. Los procesos de la construcción de la inteligencia humana y la solución de problemas: primera parte. 1999.

MODULOS CINDE. Colección de investigación. 1999.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Promoción de la salud: una antología. Washington, 1996.

PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS. El Estado del desarrollo humano. 1995.

QUEVEDO, Emilia. Sociedad y salud. Bogotá – Colombia, 1992.

RODRIGUEZ GOMEZ, Gregorio y otros. Entrevista. 1996.

ROUSSEAU, Juan Jacobo. El contrato social. México. Universidad Nacional Autónoma, 1962.

SÁNCHEZ, Dairo. Teoría de la acción comunicativa. Síntesis personal. Manizales (Caldas), 1995. Manuscrito inédito. Disponible en la Facultad de Medicina. Universidad de Manizales.

SILVA, Armando. Imaginarios urbanos. 3 ed. Santafé de Bogotá: Tercer Mundo editores, 1997.

WEBER, Max. Economía y sociedad. 2 ed. Tomos I y II. México: Fondo de la Cultura Económica, 1969.

ZULUAGA P., Luis Fernando. Transparencias. Manizales, 1991.

ANEXO A. MATRIZ 1: SINTESIS HISTORICA DE LA SALUD

EPOCAS	CIENCIA (CIENTIFICO)	ETICA (MORAL)	ESTETICA (ARTISTICO)
1º ETAPA DE LA EVOLUCION	<ul style="list-style-type: none"> • Incipiente • Por ensayo 	<p>Poblaciones muy pequeñas, aún no son necesarias las normas. Sigue fielmente el ejemplo de los padres. Cada quien ayuda a los de su especie.</p>	
PREHISTORIA	<ul style="list-style-type: none"> • Mejor desarrollo cerebral y manual. • Ante las inclemencias de la naturaleza elaboran sistemas de creencias religiosas. • Sentido común, las fuerzas superiores los gobernaban. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dirigida por magos y hechiceros, los dioses les revelaban lo malo y lo bueno. 	
ANTIGUA ANTES DE CRISTO	<ul style="list-style-type: none"> • Experimentación, prácticas. • Aún los religiosos impartían las instrucciones e información en lugares especiales y de grupos seleccionados. • Primeros papiros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se comienza a manejar el concepto de ética frente a los diferentes actos humanos a medida que se hacían descubrimientos. • Van apareciendo las primeras leyes y normas. 	
CRISTIANISMO	<ul style="list-style-type: none"> • Poco acceso a lo científico. • La ciencia es manejada por unos pocos. • Los laicos que acudían a ésta eran herejes 	<ul style="list-style-type: none"> • Mandaban las normas religiosas • Acogidos a los diez mandamientos • Énfasis en las buenas costumbres 	<ul style="list-style-type: none"> • Fundamentada en lo bello • Lo bello es medible, tiene forma y proporción
EDAD MEDIA BAJA	<ul style="list-style-type: none"> • Énfasis en la tradición de tener en cuenta los estudios anteriores, recoge la antigua sabiduría • Grupos de monjes no aportaron saberes nuevos 	<ul style="list-style-type: none"> • Las crisis eran afrontadas como purificación de los pecados. • Soportar con paciencia, traía recompensa ante dios. • Basada en lo bueno y en lo malo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lo bello es lo perfecto y lo absoluto. • Dios se manifiesta en la naturaleza y en el arte bajo la forma de belleza. • Lo perfecto, lo armónico.

EPOCAS	CIENCIA (CIENTIFICO)	ETICA (MORAL)	ESTETICA (ARTISTICO)
EDAD MEDIA ALTA XII	<ul style="list-style-type: none"> • Gran avance debido a los buenos recursos económicos. • Creación de escuelas catedráticas. • Los profesionales se vuelven muy experimentales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las crisis eran afrontadas como purificación de los pecados. • Soportar con paciencia, traía recompensa ante Dios. • Basada en lo bueno y lo malo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es lo que agrada, así no sea útil. • Lo feo es lo limitado, incompleto. Lo bello es lo armónico.
RENACIMIENTO XV	<ul style="list-style-type: none"> • Hipótesis innovadoras que llevan a investigar, innovar, crear. • Verdaderas academias científicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Discriminación marcada entre grupos de personas. • Se pierde consideración con la vida humana. • Poco respeto por la vida propia y la de los demás. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lo bello, como consecuencia e integración mutua entre las partes. • Lo bello como cualidad de las cosas.
DESPOTISMO ILUSTRADO XVI	<ul style="list-style-type: none"> • Corrientes materialistas intentaban lograr el dominio de la naturaleza. 	<ul style="list-style-type: none"> • Retorno a la naturaleza. • Se comienza a hablar sobre igualdad de derechos. • Con la Revolución Francesa llega la Constitución Republicana. • Libertad de expresión y tolerancia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Igual al anterior.
ROMANTICISMO XIX	<ul style="list-style-type: none"> • Triunfos científicos • La naturaleza se convirtió en lo absoluto, la manifestación suprema de la idea divina. • Despliegue industrial. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pregona la igualdad, al surgir nuevas formas de entender la sociedad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Igual a lo anterior. • Lo bello como centro de la estética.
MUNDO CONTEMPORANEO XX	<ul style="list-style-type: none"> • Auge en lo científico y tecnológico. • Mecanismo científico aún con influencias. • La influencia de los procedimientos técnicos han llevado a la especialidad de la superespecialidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Énfasis en reformar las leyes, insistir en la paz y el respeto a los derechos humanos debido a la crisis mundial que lleva a la pobreza, desempleo e inseguridad. • Se ha cambiado de sentido a los valores. • Deshumanización, tecnocracia. 	<ul style="list-style-type: none"> • La dimensión estética se desplaza del objeto al sujeto • Directa relación con el arte. • Estética como filosofía del arte.

ANEXO B: MATRIZ 2. COINCIDENCIAS EN LA VIVENCIA DE LO COMUNITARIO

CONCEPTO	TIPOS	ANTECEDENTES	PRESENTE	FUTURO
TENDENCIAS:				
Saber { Académico	Status Socioeconómico { Clases sociales	Socialización Primaria { Ser	Saber { Académico	Saber { Académico
Tener { Económico		Socialización Secundaria { Hacer	Tener { Económico	Tener { Económico
			Ser { Cultural	Ser { Cultural
CATEGORIAS: Implícita	* "Imaginario del profesional de la salud en lo comunitario" * "Clínica y comunitaria, dos amigas enemigas"		* "Comunidades siguen siendo manipuladas"	

ANEXO C. MATRIZ 3: CONTRADICCIONES EN LA VIVENCIA DE LO COMUNITARIO

CONCEPTO	TIPOS	ANTECEDENTES	PRESENTE	FUTURO
TENDENCIAS: Ser { Cultural		Socialización { Hacer Terciara	Preventivo Biologista Formativo Social Político	Moda Formativo
CATEGORIAS: Implícita *	"Imaginaris del profesional de la salud en lo comunitario"		* " Comunidades al poder" * "Prevención Vs Curación"	

ANEXO D. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA #2

PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

Fecha: _____

Carrera: _____

Cargo: _____

Area de desempeño: _____

- ¿Cuál es el concepto que tiene sobre salud?
- ¿Cómo ha sido la salud a través de la historia?
- ¿Cuál es el concepto que tiene sobre comunidad?
- ¿Cómo se han ido estructurando las comunidades desde la aparición del hombre?
- ¿En la época actual cómo ve salud?
- ¿Cómo ve ahora la comunidad?

ANEXO E. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA #3

PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

OBJETIVO:

- Indagar acerca de los trabajos comunitarios del profesional de la salud para inferior:
 - Cómo conciben lo comunitario.
 - Qué tipos de comunidades identifican.
 - De dónde viene su preferencia por lo comunitario.
 - Como está lo comunitario hoy
 - Cómo estará lo comunitario en el futuro.
1. Desde cuándo comienza a tener contacto con comunidades?
 2. Cuáles son las actividades en que participa o ha participado su familia?
 3. Cómo percibe el trabajo comunitario hoy
 - 4.Cuál es su proyección sobre el trabajo comunitario.

ANEXO F. GUIA PARA LA INTERPRETACION DEL TEXTO

1. Conjunto de datos { Entrevistas

2. Clasificación nominal { Nombres, palabras o frases que se relacionan o se parecen.

3. Organización de la información:
 - Lista de palabras o frases { - Obvias
 - Veladas { - Relaciones { Causalidad
Covariación

4. Primeras abstracciones { - Subtendencias { Descripción
- Subcategorías {

5. Segundas abstracciones:
 - Tendencias { Interpretación { Semántico
 - Categorías { Argumentación { Pragmático
Paradigmático

CENTRO DE EDUCACIÓN Y DESARROLLO HUMANO

CINDE

MAESTRIA EN PEDAGOGIAS ACTIVAS Y DESARROLLO

HUMANO

“LO COMUNITARIO A LA LUZ DE LA SOMBRA”

IMAGINARIOS DEL PROFESIONAL DE LA SALUD EN LO
COMUNITARIO

Tesis de Grado

Autora:

ANGELA MARIA DUQUE ROBAYO
U.M.Z.2

Asesores

MAGISTER GUILLERMO ORLANDO SIERRA
MAGISTER DAIRO SANCHEZ

MANIZALES

FEBRERO 2001

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	1
“LA VIDA”	1
PRESENTACION	3
CAPITULO I. RECORRIDO EPISTÉMICO Y METODOLÓGICO	6
CAPITULO 2: TENDENCIAS	17
2.1 ECONOMICA: "¿TENER SINONIMO DE AYUDA"?	16
2.2 EL SABER “ CLAVE” PARA ORGANIZAR Y LIDERAR	35
2.3 RECUPERAR LA CULTURA POPULAR	46
CAPITULO 3: CONSTRUCCION TEORICA DE RESULTADOS REALIDADES DEL TRABAJO COMUNITARIO	55 55
3.1 CLINICA Y COMUNIDAD DOS AMIGAS ENEMIGAS	55
3.2 COMUNIDADES SEGUIRAN MANIPULADAS	60
3.3 PREVENCION Vs CURACION	63
3.4 SUPERAR LA REALIDAD	65
3.5 LO COMUNITARIO, A LA LUZ DE LA SOMBRA	75
BIBLIOGRAFIA	80

LISTA DE ANEXOS Y FIGURAS

	Pág.
ANEXO A. MATRIZ 1: SINTESIS HISTORICA DE LA SALUD	83
ANEXO B. MATRIZ 2. COINCIDENCIAS EN LA VIVENCIA DE LO COMUNITARIO	85
ANEXO C. MATRIZ 3: CONTRADICCIONES EN LA VIVENCIA DE LO COMUNITARIO	86
ANEXO D. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA #2	87
ANEXO E. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA #3	88
ANEXO F. GUIA PARA LA INTERPRETACION DEL TEXTO	89
FIGURA 1. RECORRIDO METODOLOGICO	5
FIGURA 2. HIBRIDO	76
FIGURA 3. PROCESO DE SENSIBILIZACION	77
FIGURA 4. PUNTO DE EQUILIBRIO	78

“LO COMUNITARIO A LA LUZ DE LA SOMBRA”

IMAGINARIOS DEL PROFESIONAL DE LA SALUD EN LO COMUNITARIO

Angela María Duque Robayo



Woman in the night. 1942

Joan Miró
