

SEMINARIO:

"ATENCION PRIMARIA EN SALUD"

Ponencia del Partido Colorado:

"La Participación del Estado y
la Participación de la Comunidad"

C.L.A.E.H. - 27, 28 y 29 de mayo 1985

Este informe no pretende ser una visión acabada de un problema que es extremadamente complejo, sino justamente rescatar su complejidad, levantando un poco desordenadamente algunos aspectos para la reflexión y la polémica.

Al plantear una estrategia de Atención Primaria en un medio altamente urbanizado y sin lazos comunitarios firmes, la participación comunitaria representa un factor incógnita. Por una parte, se tiende a suponer que la comunidad organizada es el factor fundamental en la extensión de los cuidados de salud. Por otra parte, se tiende a considerar que el más alto exponente de la comunidad organizada, o sea el Estado legitimado, no representa (por diferentes motivos) la participación comunitaria que se desearía desarrollar en la estrategia de A.P.S.

Convendría recordad aquí que diversos autores definen a la participación social no estatal como teniendo lugar en tres planos diferenciados:

- a) una participación política que se canaliza por los partidos y organizaciones que luchan por el poder estatal;
- b) una participación gremial que pasa por la organización sindical en el cambio de las relaciones laborales, ya sea en forma puntual o en forma radical;
- c) una participación en el cambio de las condiciones de vida a través de organizaciones que plantean reivindicaciones sobre la disposición de los llamados "medios de consumo colectivo". Esta participación que toca especialmente la distribución de servicios de salud, se ha puesto en relevancia sobre todo en las concentraciones urbanas, y si bien puede tener lazos con los niveles gremial y político, tiene también un grado de independencia significativo.

Esta diferenciación hace pensar que la participación comunitaria efectiva en salud debe pasar por las organizaciones que planteen las reivindicaciones de las condiciones de vida de la población, a partir de unidades territoriales (comisiones barriales u otros) cuyos objetivos sean la acción de mejoramiento comunal intersectorial y no sólo de salud.

Al mismo tiempo el aparato estatal de Servicios Públicos tiene con la comunidad una relación que presenta aspectos contradictorios.

Por una parte asume sus responsabilidades, imponiendo trabas burocráticas como verdaderos precios no monetarios para impedir una demanda que no puede satisfacer. Por otra parte, la propia estructuración de los programas de acción, sobre todo los de salud y educación, exigen, casi como requisito de eficiencia, la pasividad y obediencia de la población a las normas e indicaciones de los prestadores de servicios. Desde la población además se percibe a los servicios públicos como una obligación estatal y la participación activa no se entiende sino como la exigencia del Estado en cubrir una carencia que el propio Estado debería cubrir.

En este mismo sentido convendría resaltar que la tradición cultural de nuestro pueblo no es abundante en construcciones colectivas, siendo en cambio muy fértil para los episodios de resistencia colectiva. La construcción temprana del Estado benefactor batllista hizo que la distribución de servicios públicos como mecanismo de cooptación de grupos sociales se anticipara con frecuencia a la aparición de los conflictos y que el proceso vivido desde entonces haya sido de involución de la distribución social de servicios.

Se impone a partir de estas contradicciones y ambigüedades, desechando los esquemas simplificados de participación y comenzar a realizar una práctica conjunta del Estado y los grupos comunitarios en que los dinamismos de ambos entren en un proceso común a partir de un proceso social de consenso.