



Revista Facultad Nacional de Salud Pública

ISSN: 0120-386X

revistasaludpublica@udea.edu.co

Universidad de Antioquia

Colombia

Espinosa de Restrepo, Helena
Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud

Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 19, núm. 1, enero-juni, 2001

Universidad de Antioquia

.png, Colombia

Available in: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12019104>

- How to cite
- Complete issue
- More information about this article
- Journal's homepage in redalyc.org

redalyc.org

Scientific Information System

Network of Scientific Journals from Latin America, the Caribbean, Spain and Portugal

Non-profit academic project, developed under the open access initiative

Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud*

Helena Espinosa de Restrepo¹

Resumen

Construir capacidad comunitaria (CC) y empoderar a las comunidades para que actúen sobre sus condiciones de vida, son procesos políticos y sociales difíciles que requieren estrategias, habilidades y competencias procedentes de diferentes campos y disciplinas. Comprender la interrelación que existe entre la promoción de la salud (PS), el cambio social, la construcción de capital social, la política y la distribución del poder es esencial para orientar las acciones hacia el mejoramiento de la calidad de vida y la salud de toda la población. No es posible desarrollar un ambiente saludable de convivencia con equidad sin la participación de individuos y comunidades. Los trabajadores de la salud necesitan redefinir su papel para impulsar la participación de las organizaciones comunitarias y las comunidades locales. El sector de la salud no ha sido preparado para asumir un papel de liderazgo que le permita ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la gente. Es necesario evaluar las actuales reformas del sector salud en América Latina para determinar si están afectando negativamente los procesos participativos y aumentando las inequidades. Dada la persistencia de éstas en América Latina, es urgente activar las estrategias participativas.

Palabras clave

Empoderamiento, promoción de la salud, capacidad comunitaria, políticas saludables, equidad.

* Informe técnico presentado en la 5ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud: Hacia una Mayor Equidad. Ciudad de México, 5-9 de junio de 2000.

1 Médica salubrista, consultora en promoción de la salud.

.....

Abstract

Building community capacity (CC) and empowering communities oriented to improving living conditions are complex and difficult social and political processes that require strategies and skills from different disciplines. Understanding the relationships of health promotion (HP) with social change, social capital construct, politics and power distribution is essential for orienting work towards community involvement in order to achieve health goals and better quality of life for every body. It is not possible to develop a convivial and healthy environment without the participation of individuals and communities. Health workers need to redefine their role to impulse the participation of community organizations and local communities. It is necessary to evaluate the health sector reforms to determine if they are negatively affecting participatory processes and increasing inequities. Given the persistence of inequities in health in Latin America, there is still a desperate need to encourage participatory strategies in the region.

.....
Key words

Empowerment, health promotion, community capacity, health policies, equity.

Introducción

Dentro del concepto de *promoción de la salud* (PS), la justicia social y la equidad son prerrequisitos para alcanzar mejor salud y bienestar de las poblaciones. La democracia y el respeto por los derechos humanos son cualidades inherentes a la construcción de ambos prerrequisitos. De ahí que no sería posible desarrollar un ambiente saludable de convivencia sin la participación de individuos y comunidades. Desgraciadamente, aquéllos que desarrollan las políticas y toman las decisiones importantes con relación a la salud y la calidad de vida de las comunidades no siempre tienen presente esta consideración. Existen grandes dificultades en el sector salud para asumir un liderazgo que responda adecuadamente a las necesidades sentidas de los grupos. El gran reto es escuchar a la gente y evitar la tentación de manipular los procesos participativos con objetivos diferentes a los de responder a las prioridades identificadas por la comunidad. Si en PS estamos persiguiendo la equidad como el resultado más deseado, nuestro principal objetivo debe ser la aplicación de estrategias participativas.

Este informe técnico se refiere al complejo tema de construir la capacidad de la comunidad (CC) y al empoderamiento individual y comunitario. Está influenciado por la situación actual del desarrollo de la promoción de la salud (PS) en el contexto de América Latina. De igual modo, se hace énfasis en las relaciones mutuas entre los aspectos de poder y política, cambio social, capital social y los procesos participativos y de empoderamiento. No obstante, cualquiera que busque en este documento una fórmula o prescripción única, no la hallará. Se anima al lector para que busque sustituciones creativas que se ajusten más adecuadamente a la mente colectiva y al espíritu de cada comunidad.

La participación de la comunidad en los programas de salud pública y en la promoción de la salud

La participación comunitaria no es posible en un vacío; las personas necesitan de incentivos para participar y el mejor incentivo es proporcionarles la oportunidad de trabajar por la solución de los problemas y las condiciones que afectan negativamente su vida diaria.

Antecedentes

Para los antiguos griegos, que crearon los conceptos de democracia y ciudadanía, el ideal de “vida sana” como meta para toda la gente, estaba basada en procesos participativos.¹ Este concepto es un valor central de la doctrina de la PS moderna. Desafortunadamente, la ausencia de enfermedad y malestar como sinónimos de salud distorsionó la concepción griega de gente saludable y llevó a una pérdida significativa del campo de la salud pública y al dominio de la medicina orientada al individuo.² La PS, como ha sido concebida en los últimos veinte años, ha expandido de nuevo el concepto de salud y el significado de “saludable”.

La educación sanitaria hizo una importante contribución a la participación de la comunidad al compartir conocimientos acerca de salud y enfermedad.^{3,4,5} Sin embargo, no todas las corrientes educativas en salud han promovido la participación social genuina, pues ha predominado un enfoque vertical, de aprendizaje de arriba hacia abajo y un concepto estrictamente biomédico de salud.

Paulo Freire fue quien desarrolló las teorías más progresistas de educación popular para la liberación y la elevación de la conciencia

de los oprimidos.^{6,7,8} Los métodos pedagógicos de la “educación popular”, que refuerzan la confianza en sí mismo y la libre determinación, se aplican hoy de nuevo en gran medida en los campos de la educación y la comunicación en salud.*

En países en desarrollo se han descrito experiencias exitosas en programas de atención primaria en salud (APS), con participación de grupos de base. Sin embargo, como fue declarado por Mahler,⁹ el concepto y la práctica de la APS sufrió grandes distorsiones cuando se perdió su filosofía orientada a la gente.

En el contexto latinoamericano es importante reconocer la Declaración de Santafé de Bogotá sobre Promoción de la Salud y Equidad¹⁰ porque en ella, representantes de veintidós países se comprometieron a “fortalecer la capacidad de la gente para participar en las decisiones que afectan sus vidas”.

Más recientemente, los movimientos de mujeres en todo el mundo han hecho contribuciones notables a los esfuerzos participativos y a las estrategias de empoderamiento para promover la salud en comunidades pobres.

Capacidad comunitaria y equidad

Para propósitos prácticos, recomendamos la unificación del concepto de comunidad de acuerdo con el *Glosario de promoción de la salud* de la Organización Mundial de la Salud.^{11,**} Independientemente de cómo definimos comunidad, trabajar en PS con comunida-

des y para ellas demanda el establecimiento de una fuerte identificación con las características socioecológicas del grupo y la inclusión social en una determinada localidad. Ambas son pre-condiciones para la búsqueda de la equidad a través de procesos participativos.

En un simposio convocado por el Centro de Prevención y Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC), se afirmó: “No hay duda de que el concepto de capacidad comunitaria requiere clarificación [...]. La capacidad comunitaria es un concepto complejo, multidimensional y dinámico que requiere precisión para evaluar las fortalezas o recursos (*assets*) de una comunidad y para desarrollar intervenciones apropiadas”.¹² Las diez dimensiones de la capacidad de la comunidad anotadas por estos autores y que definen cómo se construye la capacidad de actuar de una comunidad son: 1) participación comunitaria, 2) liderazgo, 3) redes sociales sólidas, 4) habilidad para articular valores, 5) sentido histórico, 6) sentido de comunidad, 7) reflexión crítica, 8) habilidad para movilizar recursos, 9) destrezas, y 10) capacidad para ejercer poder.

Quisiéramos hacer hincapié en que la CC se disminuye y debilita cuando excluimos de su valoración y del desarrollo de intervenciones el componente de realidad que solamente puede ser fruto de la participación de la gente en su propio medio. Hay que reconocer que la creación de CC no es un asunto fácil; todo el proceso de hacer que el poder se transfiera de abajo hacia arriba, en lugar de hacerlo de arriba hacia abajo, demanda gran cantidad de esfuerzos y de tiempo de

* El diálogo es el centro de la filosofía de Freire, quien concibió al ser humano siempre interconectado en un permanente diálogo que se convierte en la esencia de la liberación y la solidaridad; por el contrario, la conquista, la manipulación, la división y la invasión cultural son características de la opresión.

** “Un grupo específico de personas, viviendo a menudo en una área geográfica definida, que comparte una cultura común, valores y normas, se organizan en una estructura social según relaciones que la comunidad ha desarrollado durante un período de tiempo [...] y comparten sus necesidades con un compromiso para llenarlas”.

todos los involucrados y de los propios miembros de la comunidad. La frustración de líderes y de ciudadanos puede ir tan lejos que el proceso puede fracasar. El ideal es contar también con el apoyo de las políticas dictadas desde los niveles altos de gobierno, aunque existe evidencia suficiente sobre la influencia positiva de los movimientos de abajo hacia arriba en procesos de desarrollo y mejoramiento de las comunidades.

El concepto de equidad es también complejo y difícil. El problema de la equidad en salud continúa preocupando a los gobiernos y a las agencias internacionales de salud. Involucrar a las comunidades es una de las estrategias reconocidas para alcanzar sociedades más justas.

En 1989, Ron Draper definió desde la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹³ la diferencia entre equidad e igualdad así:

Si usted vive más tiempo que yo, o si sufro de menos enfermedad y discapacidad, nuestro estado de salud es desigual; hay desigualdad entre nosotros, pero no necesariamente falta de equidad. La diferencia puede no resultar de nuestras condiciones de vida, las cuales pueden ser esencialmente las mismas, sino ser producto de accidentes, factores genéticos, o de opciones de estilos de vida. Si, sin embargo, las diferencias en nuestro estado de salud son el resultado de diferentes condiciones de vida, siendo las mías menos satisfactorias que las tuyas, un problema de inequidad aparece. Yo puedo tener menos acceso a alimentos nutritivos, más dificultad en encontrar una vivienda decente o un servicio de atención de salud de alta calidad y sensible a mis necesidades particulares. Mi ingreso puede ser más bajo y mi trabajo más estresante y desmoralizador, afectado por frecuentes períodos de desempleo prolongado. En este caso, las desigualdades en el estado de salud son el resultado de la falta de equidad en la vida.

La equidad fue definida también como “oportunidades de vida” por Kadt y Tasca.¹⁴ Este

concepto está basado en experiencias urbanas del Brasil. Es un enfoque socioecológico que toma en cuenta las necesidades de diferentes grupos sociales, que no son las necesidades específicas de salud en términos de servicios y riesgos de enfermedad. Esta noción particular tiene profundas implicaciones en países en desarrollo en donde el derecho a contar con condiciones mínimas para sobrevivir se niega, más frecuentemente de lo que se piensa, a grupos que padecen toda clase de exclusión social.

La falta de equidad social es el término apropiado para referirnos a la carencia total de ingreso o a su insuficiencia, así como a la de otros bienes como vivienda, alimentos, servicios sociales, educación, seguridad, recreación, distribución de poder, etc., que determinan los niveles de salud y de bienestar de una población. La “desigualdad” no siempre muestra las profundas inequidades y exclusiones de los diferentes grupos de la sociedad y no tiene las implicaciones éticas y morales que tiene la inequidad.

La reducción de las brechas de equidad, sean en salud o en cualquier otro sector social, requieren, por parte de los gobiernos, la promulgación de políticas públicas, y de la sociedad en su conjunto, un gran sentido de solidaridad y de nuevos pactos sociales. La PS intenta cerrar las brechas con respecto a la equidad, apoyando las redes sociales, abogando por políticas públicas saludables y fortaleciendo la capacidad de la comunidad.¹⁵

Las reformas del sector salud y la construcción de la capacidad comunitaria

Los movimientos actuales para establecer nuevos modelos de sistemas de atención de salud, conocidos como reformas del sector salud (RSS), están afectando adversamente

los procesos de construcción de CC. Las RSS son parte de las llamadas reformas del estado o ajustes estructurales promovidos por el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM). El Informe del BM de 1993¹⁶ recomienda que los países en desarrollo (de bajo y mediano ingreso) formulen una agenda de salud que responda a las políticas económicas neoliberales, las cuales demandan la subordinación de la “política de salud a las prioridades del ajuste fiscal que requiere reducir y reestructurar el gasto público, incluyendo el gasto en salud”.¹⁷ El movimiento hacia la privatización y la competitividad del mercado está condicionando los derechos en salud a las leyes del mercado. Esto es, para decirlo suavemente, un error muy grave de juicio.¹⁸ Establecer un mínimo indiscriminado de cuidado de la salud para hacer correcciones sociales y cubrir la población más marginal está causando serios problemas éticos y operacionales. Los principios que son indispensables para alcanzar la equidad, tales como la solidaridad y el impulso hacia la participación comunitaria, son muy difíciles de ejercer dentro de un ambiente de insatisfacción de usuarios y proveedores de atención de la salud. Los enfoques amplios y las iniciativas de salud pública están desapareciendo y la dirección de los servicios de atención médica por parte de tecnócratas es ahora la prioridad.

Hasta la fecha, la evidencia de las RSS muestra que las inequidades siguen rompiendo el tejido social, que la salud de la gente pobre se está deteriorando rápidamente y que el apoyo a los procesos de desarrollo de la CC es muy difícil de obtener. Aquellos interesados en la PS tienen la obligación de evaluar los nuevos modelos de reforma y determinar si en realidad están contribuyendo al fortalecimiento de la CC y por consiguiente a cerrar las brechas de equidad. Si,

por el contrario, constituyen un impedimento para ello, se debe tener la valentía de criticarlas.

La capacidad de la comunidad y el cambio social: los eslabones de la promoción de la salud con el capital social

Muchos grupos y comunidades a lo largo de nuestro planeta están esforzándose sólo por sobrevivir, nutriéndose de la esperanza y muy poco más. El número de tales grupos y comunidades está aumentando, ampliando así la brecha entre los privilegiados y los excluidos. La Comisión para Asuntos Económicos de América Latina, de las Naciones Unidas, (CEPAL) tiene evidencia sobre el deterioro acelerado de la calidad de vida en la mayoría de los países de esta región. El nuevo informe del Banco Mundial para el año 2000 se refiere al aumento de la pobreza en países en desarrollo y el decrecimiento de las inversiones en salud y educación en países bajo crisis.¹⁹ Este fenómeno no sólo se observa en los menos desarrollados sino también en sectores de las naciones más desarrolladas de la región de las Américas, como Estados Unidos y Canadá. El cambio social se hace cada día más urgente y tiene una íntima relación con la promoción de la salud y la mejor calidad de vida de los grandes grupos de población con los peores índices de desarrollo.

La propuesta de cambio social es considerada por Naidoo y Wills²⁰ como “promoción de la salud radical”, porque reconoce la importancia del entorno socioeconómico como un determinante fundamental de la salud: “El objetivo es provocar los cambios en los ambientes físicos, sociales y económicos para tener el efecto de promover la salud”. Este enfoque radical o no tradicional de la PS

involucra un método de actuar de arriba hacia abajo y requiere, como los mismos autores describen, de nuevas habilidades, tales como el cabildeo o *lobbying*,* la planeación de políticas, la negociación e implementación de “una manera (que) puede ser interpretada como muy política o de alguna otra jurisdicción”. Los enfoques de Freire sobre elevar la conciencia política en los pobres a través de la apropiación de sus propios valores y autonomía, es decir, de abajo hacia arriba, complementaría el radicalismo de la PS.

Las estrategias de la participación social establecen claramente poderosos vínculos con el cambio social y por ende con los procesos de construir CC y empoderamiento desde abajo hacia arriba. El desarrollo de política pública saludable involucra movimientos en los dos sentidos, de arriba hacia abajo y de la base hacia arriba, para asegurar los compromisos políticos dirigidos a las necesidades prioritarias de la comunidad. Parecería obvio que la política pública saludable, como parte de una política social integral, sea uno de los productos de la CC y que una de las metas de cambio social es la de lograr comunidades capaces de controlar su propia salud con el apoyo de los gobiernos.

En la actualidad, el cambio social está influenciado por la globalización, la cual se supone que trata como urgente la necesidad de animar y facilitar las relaciones entre personas, grupos, comunidades y naciones comprometidas en la búsqueda de soluciones que eliminen las inequidades del escenario global. Desgraciadamente, mientras los engranajes de la globalización se mueven rápidamente en el plano macroeconómico de los países, los que se dirigen a revertir el curso de la falta de equidad en la “aldea global” parecen quedarse atrás. Las

demostraciones masivas durante la reunión de la Organización Mundial del Comercio (OMC) en Seattle (noviembre de 1999) y las reuniones del FMI y del BM en Washington, D.C. (abril de 2000) nos ponen en alerta sobre sus posibles fracasos. De ahí que aquellos que todavía se mueven por una conciencia social están encontrando muy difícil corregir las injusticias de las comunidades locales pobres y los conglomerados urbanos de excluidos sociales.

La globalización también implica muchos otros problemas que necesitan ser considerados. Uno muy importante es el de la protección de consumidores. Es necesario promover estrategias para empoderar a las comunidades a fin de protegerlas de los asaltos de la comercialización de bienes, incluyendo el mercado de la atención médica.

El capital social es considerado hoy en día como una de las características más importantes de la democracia y el buen gobierno y existe un interés creciente por analizar su relación con la salud. De acuerdo con Kawachi,²¹ las variables de capital social “explican una porción significativa de las variaciones de las tasas de mortalidad a lo largo de los estados en Estados Unidos”. Este investigador también afirma la relación entre capital social y la prevención del crimen.

Putnam²² considera que el capital social

“como cualquier otra forma de capital es productivo, haciendo posible el logro de ciertos fines que no serían alcanzables en su ausencia [...]. Capital social (aquí) se refiere a hechos de organización social, tales como confianza, normas, y redes que pueden mejorar la eficiencia de la sociedad facilitando las acciones coordinadas”.

* Este cabildeo debe tener el propósito de mover a los poderosos a considerar los problemas sociales y destinar recursos para su solución, y no al que usualmente se hace para lograr beneficios económicos de personas y grupos (opinión personal de la autora).

Para Fukuyama,²³ el capital social está relacionado con la capacidad de la gente para asociarse y trabajar juntos hacia objetivos y metas comunes.

Una relación inversa entre capital social, pobreza y salud ha sido documentada: a mayor capital social dentro de una área de pobreza, mejores logros en salud. No obstante, mientras el capital social ha ganado prominencia —por enfocarse en las relaciones sociales de una comunidad que pueden fortalecerse para mejorar la salud, la calidad de vida y la longevidad—, el concepto es todavía limitado en su explicación de lo que constituye el tejido social de una comunidad. El capital social es, con frecuencia, conceptualizado como las relaciones horizontales entre vecinos y la participación de la sociedad civil y no ha sido claramente definido para incluir las capacidades de las comunidades y de las organizaciones que existen dentro de ellas para elevar el poder externo a la sociedad que pueda mejorar sus condiciones de salud.²⁴ Estas dimensiones de poder dentro de las redes sociales y las organizaciones se tienen en cuenta en los conceptos que trata este informe sobre CC y el empoderamiento de comunidades.

Kawachi²⁵ plantea algunas preguntas importantes acerca de la relación entre capital social y salud: “¿Cómo puede promover salud el capital social? ¿Cuál es el escenario pertinente para que la sociedad invierta en capital social y promueva la salud? ¿Cuáles son los aspectos negativos potenciales de la conexión entre capital social y salud?” Estas preguntas llaman la atención sobre aspectos importantes que deben discutirse entre los trabajadores de la promoción de la salud; aún queda un campo amplio de análisis y discusión sobre la relación de capital social y salud. En un reciente debate en internet sobre capital social del Journal of Epidemiology and Community Health,²⁶ un

autor se preguntaba si el pertenecer a grupos voluntarios —una de las variables de capital social— es siempre saludable. ¿No son estos grupos a veces opuestos a políticas saludables como, por ejemplo, el de los grupos defensores del derecho a portar armas en Estados Unidos?

El deterioro de las iniciativas participativas está afectando la construcción de capital social en las grandes áreas urbanas y es notoria su correlación con las tasas de homicidios y traumas. La violencia en todas sus formas, incluyendo la guerra, es una fuerza poderosa para la destrucción de capital social y por consiguiente, de preocupación para la salud pública. La exclusión social, la inequidad y la opresión evitan la cohesión social y son responsables de la reducción de capital social.

En la ciudad de Cali, Colombia, un estudio hecho por la Universidad del Valle en 1999 mostró que los barrios con las tasas más altas de violencia eran los de mayores niveles de exclusión social, ausencia de procesos participativos y de construcción de capital social.²⁷

Necesitamos declaraciones fuertes sobre las responsabilidades de los gobiernos en el estímulo al desarrollo de capital social, entendiéndolo como una nueva avenida para fortalecer los procesos participativos y de empoderamiento de los grupos más vulnerables.

Poder, política y empoderamiento

Las estructuras de poder afectan la vida de las personas en todos los niveles. Según Hancock,²⁸ la PS “como parte de una rica tradición de salud pública, reconoce la relación entre salud, política y poder”. Pero ¿cuáles son las implicaciones de dichas relaciones para la capacidad comunitaria (CC)

y el empoderamiento? Tal vez encontremos una respuesta revisando la influencia del poder político en los procesos participativos.

Debemos empezar afirmando que la legitimidad del poder político se basa en el consenso social. El poder dentro de un vacío de consenso social se vuelve autoritarismo. De acuerdo con Aristóteles, el poder político es ejercido sobre personas libres y de la misma categoría. Los poderes paternalistas y coercitivos se oponen al desarrollo de las comunidades²⁹. Por consiguiente, si queremos fortalecer grupos y comunidades para mejorar su salud, debemos abolir tales poderes. También se reconoce como una trivialidad hoy en día, que el poder político para que sea reconocido como tal debe pasar primero la prueba de la legitimidad: ser libremente aceptado por los subordinados a través de consensos, y construido sin el uso de ninguna medida coercitiva.³⁰ Los que creen que los estilos de vida saludables se pueden conseguir con medidas coercitivas están muy equivocados.

Labonté³¹ distingue las relaciones entre el “poder sobre” y el “poder con”. El primero representa el poder ideológico coercitivo que se ejerce sobre grupos de personas para mantenerlos marginados, mientras el poder con es el que influencia cambios con otros. El empoderamiento necesita orientarse hacia desafiar las estructuras opresoras y hacia nutrir las relaciones que habiliten a la gente para fortalecer el control sobre sus vidas para beneficio de todos.

Para el antropólogo peruano Ponce-Alberti, un tipo de “poder igualitario” opuesto al “poder coercitivo” es una característica de las sociedades primitivas como las culturas indígenas de América.³² El poder igualitario facilita los cogobiernos o gobiernos compar-

tidos que obtienen consensos en asuntos que afectan la vida diaria de los pobladores, como son los de disponibilidad de agua limpia, vivienda, alimentación, etc., como lo ha podido comprobar este autor en los asentamientos de poblaciones migrantes en Lima. Desafortunadamente este tipo de poder está desapareciendo en nuestros pueblos dominados.

Íntimamente ligado al poder y la política está el concepto de empoderamiento. Comprender y aplicar las estrategias que empoderan son hoy objetivos claros para promover salud. El glosario de la OMS³³ de PS afirma: En promoción de la salud, el empoderamiento es un proceso a través del cual la gente gana un mayor control sobre decisiones y acciones que afectan su salud.

La falta de poder ha sido reconocida por mucho tiempo como una carga para la salud de las personas. Pero solamente en las dos últimas décadas se ha incorporado el sentido positivo del concepto de poder en la teoría y práctica de la salud. La definición de Wallerstein³⁴ es clara y facilita el uso de un lenguaje común en PS:

Un proceso de acción social que promueve la participación de las personas, las organizaciones, y comunidades hacia metas de incremento del control individual y comunitario, eficacia política, mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad y la justicia social.*

El empoderamiento individual versus el colectivo es un aspecto polémico. El empoderamiento individual es aceptado por algunos en el campo de la salud referido a la capacidad de la persona para controlar su propia salud. Pero el empoderamiento visto solamente como de naturaleza individual es un concepto muy limitado puesto que la transformación personal es, en gran medida, un

* Para una discusión más amplia de empoderamiento, véase Bernstein y col. (1994).

producto colectivo, es decir que el individuo sólo sin la influencia de la sociedad en que está inserto no es capaz de hacer todas las transformaciones en su conducta para ser más saludable. Esa transformación individual, como resultado de acciones participativas en procesos sociales, es lo que Zimmerman³⁵ llama "empoderamiento psicológico", o una combinación de creencias y comportamientos influenciados por las personas en sus respectivos mundos. De acuerdo con Murphy,³⁶ los dos empoderamientos, individual y colectivo, se interrelacionan, no se puede obtener el uno sin el otro (por ejemplo un individuo no puede consumir alimentos sanos si no se ha logrado la disponibilidad de ellos mediante un proceso colectivo que conduzca a políticas públicas de alimentación y nutrición). El enfoque de Murphy sobre los cambios conductuales se relaciona mucho con la falta de deseo de cambio y la psicología de la inercia, es decir, que él apunta al primer nivel de conciencia identificado por Freire.*

En el campo de salud podemos identificar dos tendencias de pensamiento sobre el empoderamiento. Algunos sostienen que el uso más importante del concepto de empoderamiento es el del énfasis a los cambios conductuales individuales para mejorar los niveles de salud de la población, noción muy fuerte en las culturas individualistas. Esta tendencia considera que las modificaciones conductuales para los estilos de vida saludables son el propósito esencial de la PS. Algunos de los defensores de este pensamiento son aquellos que ponen el énfasis en la reducción de factores de riesgo por encima de la tarea más difícil y compleja, como es la modificación de ambientes socioculturales y políticos. Otros se subscriben a la idea de que para cambiar comunidades y grupos es necesario primero

cambiar a cada individuo, pero hay evidencia suficiente para afirmar que la conducta colectiva no es la suma de las conductas individuales. Además, existe suficiente evidencia que muestra que la conducta individual se forma por la influencia de fuerzas sociales, y que, para cambiarla deben cambiarse las condiciones sociales. Los fanáticos de cambios del estilo de vida individual siempre terminan "culpando a la víctima".

Cerramos esta sección reiterando que la participación de la comunidad para la salud es parte del poder político y que el empoderamiento de individuos y grupos es una cuestión política. La meta es, como lo declaró Hancock³⁷, que la gente gane poder en el buen sentido de la palabra.

Herramientas para el fortalecimiento de la capacidad comunitaria

Los mecanismos para fortalecer las comunidades se nutren siempre de los principios básicos de respeto por los valores, el conocimiento, la cultura y las decisiones de la comunidad. El aporte del liderazgo de la comunidad es esencial al proceso entero y no puede dejarse exclusivamente al personal técnico. Existe una profusa literatura que aporta en métodos y técnicas útiles y prácticas para implantar procesos participativos de la comunidad para beneficio de la salud. Por esta razón, en este resumen del informe técnico presentado en México se omite este capítulo. Diríamos que en último término lo que importa es que las comunidades adquieran las habilidades para negociar los asuntos de salud y ejercer su poder en los procesos de toma de decisiones.

* Este es un aporte de Jane Springett, una de las revisoras de este informe.

Cualquiera que sea la técnica que se utilice para estimular la participación de la comunidad (grupos focales, Delphi, desarrollo de consensos, planeación participativa, marco lógico, etc.), el objetivo debe ser siempre la evaluación de la situación y la definición de prioridades de necesidades y problemas hecha por los ciudadanos. Este ejercicio es el mejor punto de partida para construir capacidad comunitaria, y la meta es obtener la participación de aquellos que nunca han tenido la oportunidad de ser oídos. Los administradores de salud, los líderes y los políticos deben escuchar los problemas identificados por la comunidad para ganar su confianza. Además de expertos técnicos, otros recursos son esenciales para el trabajo con las comunidades. Es necesario también el financiamiento para fortalecer la capacidad de la comunidad. La experiencia muestra la creencia errónea, muy común entre los gerentes, en que el trabajo de comunidad no necesita asignación de recursos económicos.

Agregaríamos finalmente que la incorporación de tecnologías modernas de información y comunicación en el campo de la salud pública es una de las estrategias innovadoras incorporadas a “la nueva salud pública” basada en la teoría y la práctica de la PS. La comunicación social es un valioso instrumento para promover salud pero se necesita que se use con responsabilidad, seriedad y compromiso de los comunicadores y los medios.

Apoyo a las organizaciones comunitarias y a las comunidades locales

Milio³⁸ hace énfasis en el apoyo a las organizaciones de la comunidad para hacer las conexiones eficaces entre la política pública, la salud y el bienestar de la comunidad. El apoyo debe incluir financiamiento, servicios e información.

Las comunidades locales están sufriendo los ajustes del proceso de la globalización más que cualquier otro nivel de gobierno. El modelo económico actual impone una carga tremenda en las pequeñas comunidades locales para competir por bienes y servicios en un ambiente de mercado. Paradójicamente, tales comunidades se aíslan más en un mundo globalizado porque ellas no son objeto de iniciativas de desarrollo socioeconómico, y a menudo se ven como consumidores desechables. Un desafío para la PS en los países en vías de desarrollo es proponer nuevas maneras de apoyar a las comunidades locales eficazmente.

El movimiento de Municipios Saludables en América Latina es uno de los desarrollos más inspiradores y prometedores de fortalecimiento de las comunidades locales. El modelo ha demostrado su poderoso potencial para lograr metas importantes y contribuciones a la salud para todos. Los resultados en creación de ambientes saludables, modificación de estilos de vida, acciones intersectoriales, fortalecimiento de los servicios locales de salud, empoderamiento de grupos postergados, los proyectos novedosos para mejorar condiciones sociales y bienestar son las nuevas posibilidades y esperanzas para las comunidades locales en esta región.³⁹

A pesar de la declaración anterior, los gobiernos nacionales y locales deben dar el apoyo necesario a las organizaciones de la comunidad para animar y facilitar el movimiento de municipios saludables en todos los países latinoamericanos.

Evaluación de la capacidad comunitaria y del empoderamiento

La evaluación de los procesos de construcción de capacidad comunitaria y de empoderamiento

miento es tan compleja y difícil como lo es la evaluación de cualquier intervención socio-política. Este tema ha sido y continúa siendo el centro de debates en los campos relacionados con el desarrollo humano. Sin embargo, a pesar de las dificultades, algún progreso se ha conseguido en la evaluación y la evidencia de la promoción de la salud. Hay abundancia de literatura sobre la evaluación de proyectos de ciudades, comunidades y municipios saludables que tienen mucho de participación comunitaria. Publicaciones recientes presentan contribuciones importantes a la evaluación de los procesos de desarrollo de CC y empoderamiento.^{40,41,42}

Algunos de los aspectos claves necesitan resaltarse. Primero, la evaluación de la PS debe basarse en la situación contextual de cada lugar dónde el proyecto se lleva a cabo; en otras palabras no existe una lista única de indicadores para evaluar los procesos socioculturales y sociopolíticos. Segundo, la evaluación debe ser participativa; las comunidades deben ser involucradas en el proceso de la evaluación y en la identificación y definición de indicadores —en esto las “historias” peculiares de cada lugar son importantes—. Tercero, hay acuerdo general en que la evaluación debe ser cuantitativa y cualitativa, los indicadores cualitativos son muy importantes y necesitan ser desarrollados teniendo en cuenta el contexto. Los indicadores cuantitativos tradicionales de salud como la morbilidad y la mortalidad son muy limitados para medir el compromiso de la comunidad en la solución de problemas de salud y en el desarrollo de su capacidad social. Los procesos evaluativos deben enfocarse en el porqué y el cómo y no sólo en el qué y cuántos. Cuarto, la evaluación de procesos de la comunidad requiere enfoques multidisciplinarios y transdisciplinarios; esto significa que las disciplinas necesitan desarrollar primero un marco común para explicar la situa-

ción/ problema o intervención para evaluar y después sí aplicar los métodos de medición propios de cada disciplina. Quinto, los procesos participativos deben ser sostenibles; es importante la búsqueda de indicadores de sostenibilidad en los procesos de construcción de capacidad comunitaria y de empoderamiento.

Puede considerarse que la medición de cambios, tanto en capital social como en construcción de CC y empoderamiento, todavía está en una etapa de infancia. Aún pueden considerarse dichos cambios similares a cambios sistémicos del nivel comunitario, o como un cambio de política, o como resultados intermedios en el mejoramiento del estado de bienestar. La medición del capital social es también un problema actual. Wallerstein considera que la medición de las variables de capital social se ha enfocado primariamente hacia relaciones horizontales. Sin embargo, parecería que ya se ha comenzado a incorporar el empoderamiento de la gente y de las organizaciones para cambiar las condiciones no saludables dentro del capital social.⁴³

Mato⁴⁴ ha propuesto cinco valoraciones de participación de la comunidad que ilustran el fortalecimiento de la CC:

1. Extensión: quién participa y quién no lo hace.
2. Profundidad o intensidad: en qué tipo de actividades participan.
3. Modalidades: cuáles maneras escogen las personas para participar.
4. Impacto: cuáles son los impactos en los logros de las metas de salud.
5. Sostenibilidad: cómo asegurar la buena participación en el futuro.

Pero la principal característica para tener presente en la evaluación de los procesos que

nos ocupan, es la de que tales procesos son de naturaleza política.

Conclusiones

Este informe revisa la problemática de la construcción de la capacidad comunitaria y el empoderamiento de las comunidades para promover la salud teniendo en cuenta la situación social de las poblaciones más excluidas.

La exclusión social está aumentando en todo el mundo y es altamente responsable de la presencia continua de la falta de equidad en salud. La aplicación de estrategias de participación propias de la promoción de la salud es un arma poderosa para invertir esa tendencia y encontrar mecanismos concretos para inyectar energía a los cambios sociales.

Comprender las relaciones mutuas entre política, modelos económicos y distribución de poder en un contexto dado es un imperativo para todos los comprometidos en el trabajo de PS. Dicha comprensión hará más claro el camino por seguir con respecto a los enfoques, estrategias y a la oportunidad que tienen en el tiempo.

Los líderes y trabajadores de la salud interesados en fortalecer a las comunidades en acciones de salud deben crear las oportunidades correctas para la participación, negociación y desarrollo de consensos. Pero las acciones gubernamentales, como el desarrollo e implantación de políticas sociales, son la mejor manera de reducir la carga de la pobreza y de otras causas de exclusión social. Las comunidades deben ser potenciadas para exigir de todos los niveles de gobierno —a través de medios no violentos— la adopción de tales políticas y su aplicación permanente.

Los gobiernos tienen la responsabilidad de apoyar una filosofía orientada a la gente

como base para lograr la meta de Salud Para Todos (SPT), y los trabajadores de salud pública tienen la obligación de rechazar cualquier distorsión de ésta que disminuya su verdadero propósito e intención. Ellos también tienen la obligación de evaluar el impacto de sus políticas y programas. Los ciudadanos deben comprometerse a exigir el desarrollo de procesos democráticos, a hacer oír sus voces y que sus opiniones sean tomadas en cuenta. En el mundo contemporáneo cuando los gobiernos se están debilitando debido al crecimiento del poder de grandes corporaciones, la participación democrática genuina es el único medio que tienen las personas para defender las oportunidades de vida justa. La solidaridad, el respeto por la diversidad y la confianza entre los individuos y comunidades son capital social, cimientos para construir sociedades pacíficas y equitativas.

Las comunidades locales en un mundo globalizado necesitan hoy, más que nunca, el apoyo de las agencias de desarrollo. Los proyectos de PS de alcance local, como los de ciudades o municipios saludables, han mostrado un potencial muy grande para mejorar la calidad de vida y deben recibir el estímulo y apoyo continuos de gobiernos.

A pesar de las inspiradoras experiencias de América Latina en participación de la comunidad y empoderamiento de grupos desprotegidos para mejorar su salud y oportunidades de vida, hay todavía una necesidad urgente de estimular la aplicación de estas estrategias y mecanismos, dado el deterioro de las políticas y programas de salud pública. La evaluación de las reformas del sector de la salud es un asunto urgente. Debemos saber, más pronto que tarde, si tales reformas están contribuyendo a la equidad en la salud o si, al contrario, están agravando la situación. ¿Cuáles son los avances mundiales de la privatización para mejorar la salud de las

poblaciones menos desarrolladas? Un debate sobre este aspecto es oportuno para confrontar los movimientos de la privatización en la salud y otros sectores sociales.

Aunque es importante reconocer que el trabajo con comunidades es político y que, a veces, ha sido valorado y apoyado por gobiernos ilustres, también ha sido reprimido por algunos; las amenazas contra la vida de líderes y personas comprometidas con el trabajo comunitario e incluso su asesinato son hechos trágicos comunes en algunos países. Por tanto, defender, proteger y apoyar este trabajo son aún grandes desafíos.

El reconocimiento de la contribución de las mujeres al trabajo comunitario en salud debe ser una prioridad; la participación femenina es un recurso invaluable para reorientar la práctica de la salud pública hacia la equidad y transformación de la sociedad.

Abrir la discusión del tema de medir las dimensiones de la CC y el empoderamiento es muy provocativo y oportuno. Es deseable que comprometa a una selecta audiencia y promueva discusiones vigorosas sobre la evaluación de experiencias concretas de participación comunitaria, como un mecanismo poderoso para cambiar los determinantes de la salud en los diferentes escenarios socioculturales. Las universidades deberían asumir un papel activo ayudando a las comunidades locales a realizar esta tarea y a documentar y publicar la riqueza de conocimiento derivada de tales experiencias. Esto es sumamente pertinente para América Latina.

Agradecimientos

Gracias a Nancy Milio por su tiempo en la revisión y mejora de este documento; a Nina Wallerstein por sus comentarios estimulantes y las valiosas adiciones a algunas secciones; a Hernán Málaga, Dora Cardaci y

Gustavo de Roux, por sus comentarios y sugerencias; a los equipos de OMS, OPS y Ministerio de Salud de México, a los revisores y autores de los informes técnicos para la 5ª. Conferencia de Promoción de la Salud de México 2000 por sus aportes en las discusiones de los informes técnicos.

Referencias

1. Guthrie D. Historia de la medicina. Buenos Aires: Salvat; 1947, p.48-76.
2. Renaud M. The future hygeia versus panakeia? En: Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations. New York: Aldine de Gruyter; 1994. p. 317-334.
3. Cardaci D. Health education in Latin America: the difficulties of community participation and empowerment. Promotion and Education, 1997;4(1);
4. Cardaci D. Promoción de la salud: ¿cambio cultural o nueva retórica? En: Salud, cambio social y política: perspectivas desde América Latina. México: Instituto Nacional de Salud Pública y Foro Internacional de Ciencias Sociales y Salud; 1998.
5. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. La participación social en el desarrollo de la salud: experiencias latinoamericanas. Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Washington, D.C.: HSP/SILOS; 1995. p. 35.
6. Freire P. Education for critical consciousness. New York: Seabury Press; 1973.
7. Freire P. Pedagogía del oprimido. 16ª ed. Santafé de Bogotá: Siglo Veintiuno; 1977.
8. Wallerstein N, Sánchez-Merki V. Freiran praxis in health education: research results from an adolescent prevention program. Health Education Research. Theory and Practice 1994;9(1):105-118.
9. Mahler H. Discurso pronunciado en la 39ª Asamblea Mundial de la Salud. WHA39/DIV; 1986 may 4-6; Ginebra, Suiza.

**Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento
de las comunidades para promover la salud**

10. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), Ministerio de Salud de Colombia. Promoción y equidad. Declaración de la Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud y Equidad; 1992 nov 9-12; Santafé de Bogotá. p. 4.
11. Organización Mundial de la Salud, OMS. Glosario de Promoción de la Salud. Ginebra, Suiza; 1998.
12. Goodman RM et al. Identifying and defining the dimensions of community capacity to provide a basis for measurement. *Health Education and Behavior* 1998;25(3):258-278.
13. Draper R. Equity definition, from World Health Organization. En: Maltrud K, Polacsek M, Wallerstein N. Participatory evaluation workbook for communities initiatives. University of New Mexico: Masters in Public Health Program; 1997, p. 1.
14. Kadat E, Tasca R. Promover la equidad: un nuevo enfoque desde el sector salud. Washington, D.C.: OPS/OMS. Programa de políticas de Salud, División de Salud y Desarrollo; 1993.
15. Contreras A., Restrepo HE. El Reto de la promoción de la salud con equidad en el proceso de desarrollo de América Latina. Revisión en Salud Pública: España: Masson; 1997. p. 101-117.
16. Banco Mundial. Informe mundial de desarrollo: invertir en salud. Oxford University Press; 1993.
17. Laurell AC, López-Arellano O. Market commodities and poor relief: the world bank proposal for health. *International Journal of Health Services* 1996;26(1):1-16.
18. Stocker K, Waitzkin H, Iriart C. The exportation of managed care to Latin America. *New England Journal of Medicine* 1999;340(14):1131-1136 .
19. Editorial del periódico El Espectador 2000 marzo 5.
20. Naidoo J, Wills J. Models and approaches to health promotion, section 1, 5. En: *Health promotion foundations for practice*. London: Baillière Tindall; 1998. p.83-102.
21. Kawachi I. Discussion Group on Social Capital, 2000. <http://www.worldbank.org/poverty/scapital/library/index.htm>, p.2.
22. Putnam RD. Making democracy work: civic traditions in modern Italy. Princeton, New Jersey: Princeton University Press; 1993. p. 167-169.
23. Fukuyama F. Confianza. Buenos Aires: Atlántida; 1996. p.45. En: *En busca de la equidad: política social para el municipio de Cali*. Cali: Foro Nacional por Colombia, Capítulo Regional Valle del Cauca; 1999. p. 87.
24. Wallerstein N. Comunicación oral.
25. Kawachi I. *Op. cit*. p. 3-4.
26. <http://www.jech.com/cgi/content/full/54/6/404>.
27. Propuesta para una Política Social para Cali. Foro Nacional por Colombia, Capítulo Regional del Valle del Cauca.
28. Hancock T. Health promotion in Canada: did we win the battle but lose the war? En: *Health promotion in Canada; provincial, national and international perspectives*. Canada: WB Saunders; 1994. p. 350-373.
29. Bobbio N, Bovero M. Origen y fundamentos del poder político. México: Enlace Grijalbo; 1985. p. 13-16.
30. Ibídem. p. 44-46 .
31. Labonte R. Health promotion and empowerment reflections on professional. *Health Education Quarterly* 1994; 21(2): 253-268.
32. Ponce-Alberti H. El poder igualitario. Lima: Brasa; 1995. p. 84.
33. OMS. *op. cit*
34. Wallerstein N. Powerless, empowerment, and health: implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion* 1992;6(3): p. 198.
35. Zimmerman N A. Psychological empowerment: issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology* 1995, 23(5).
36. Murphy B. Transforming ourselves, transforming the world: an open conspiracy for social change. Zed Books; 1999.
37. Hancock T. *Op. cit*.

38. Milio N. Fortaleciendo la capacidad de las comunidades: una forma de lograr la salud y la equidad. En: Cartilla de Seguridad Social. 1997.

39. Restrepo HE et al. The PAHO/WHO experience: healthy municipalities in Latin America. En: Our cities, our future: policies and action plans for health and sustainable development. Madrid: WHO Regional Office for Europe; 1996. p. 203-215.

40. Gómez-Zamudio M. Teoría y guía práctica para la promoción de la salud. Nicaragua: Uni-

dad de Salud Internacional, USI, de la Universidad de Montreal y Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud, CIES; 1998.

41. Mato D. Guía para la evaluación de la participación social en estrategias y programas de salud en el nivel local. Caracas: 1996.

42. Springett J. From evidence-based practice to knowledge-based action in health promotion: ad hoc technical meeting on health promotion. WHO 1999;15-16.

43. N. Wallerstein, comunicación oral.