



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES
LIC. EN TRABAJO SOCIAL

***“Concepciones y sentidos en torno a la
participación social en salud”***



Índice

Agradecimientos	3
Resumen	4
Introducción	5
<u>Capítulo I: Distintos debates y perspectivas en Salud</u>	
Pública	10
<u>Capítulo II: Acercándonos al concepto de Participación en Salud</u>	
La participación en salud en perspectiva histórica.....	17
Debates actuales sobre participación en salud: participación social, comunitaria y participación popular en salud.....	22
El concepto de participación en el Trabajo Social.....	27

Capítulo III: Decisiones metodológicas	30
Capítulo IV: Analizando las voces de las/os trabajadoras/es del centro de salud “San Agustín”	
Perspectivas y sentidos en torno a la participación social en salud.....	37
Diversas prácticas participativas en salud.....	47
Concepciones de participación social de las/os trabajadoras/es de la salud.....	74
Conclusiones	90
Bibliografía	95

Agradecimientos

A la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, por brindarme la posibilidad de experimentar distintos recorridos académicos, laborales, sociales y culturales que me han enriquecido profesional y personalmente a lo largo de la carrera.

A las/os profesoras/es Mercedes Gomitolo, Gustavo Papili y Federico Guzmán Ramonda por su acompañamiento, dedicación y por brindarme las herramientas necesarias para poder reflexionar, dudar, cuestionar constantemente la información recabada así como las teorías leídas.

A mi asesora temática, Carmen Lera, por ser mi guía en este proceso, por su apoyo constante, compromiso, paciencia y su gran calidez que me ha permitido poder llegar a esta meta tan esperada.

A las/os entrevistadas/os por su confianza, predisposición y apertura al espacio de intercambio que contribuyó un aporte esencial para la investigación.

A mi familia que me ha acompañado, alentado y ayudado permanentemente, sin ellas/os no hubiese sido posible llegar hasta aquí.

A mis amigas y compañeras de la vida por acompañarme y alentarme siempre en este recorrido, por apoyarme en los buenos y malos momentos, siendo un gran sostén para mí

Muchas gracias a todas y todos ustedes.

Resumen

La presente tesina buscó indagar y analizar las concepciones¹ que tienen las/os trabajadoras/es del centro de salud “San Agustín” de la ciudad de Santa Fe, en relación a la participación social en salud. Para ello opté por utilizar una metodología cualitativa de

¹Entiendo por concepciones al punto de vista interno que cada sujeta/o tiene, el cual puede o no estar explicitado en el discurso. Se diferencian de las percepciones, ya que éstas últimas, aluden a los aspectos más visibles y superficiales que tienen las/os sujetas/os sobre un determinado tema, en cambio las concepciones hacen referencia a los aspectos más profundos, a aquellas tramas que están ocultas o que subyacen en los discursos. Las concepciones que cada uno tenga van a estar condicionadas por su historia y experiencia, por la posición social de cada sujeta/o, por la formación, la ideología, los intereses, las motivaciones u orientaciones de cada una/o. A su vez, dichas concepciones no son estáticas sino que se van transformando en el tiempo de acuerdo al contexto, a las experiencias vividas, a la formación profesional, a la reflexión, entre otros.

investigación lo que me permitió centrarme en los discursos de los sujetas/os entrevistadas/os, y así profundizar en el mundo de los significados y sentidos de sus palabras y acciones.

Las técnicas que utilicé para poder acceder a los conceptos y opiniones de los diferentes actores, fueron entrevistas semi-estructuradas, las cuales, en conjunto con el soporte teórico citado así como mi formación profesional, me han posibilitado reflexionar y poner en tensión/discusión las perspectivas y concepciones de las/os trabajadoras/es del centro de salud.

Introducción

En la Declaración firmada en la Conferencia Internacional realizada el 12 de septiembre de 1978 en Alma Ata, se establece como prioritaria la construcción de la estrategia de Atención Primaria de la Salud², para hacer frente a diversos problemas en salud y llegar a la meta: "Salud para todos en el año 2000". Los principios básicos que se establecieron fueron: el carácter integral, integrado, continuado y longitudinal, activo, accesible, desarrollada por equipos, comunitario y participativo, programada y evaluable, docente e investigadora. A partir de allí es cuando el concepto de participación social o comunitaria en salud comienza a tener gran relevancia y se establece como uno de los pilares fundamentales para llevar a cabo dicha estrategia.

² En adelante APS.

Sin embargo, habiendo transcurrido casi 40 años de la Declaración, la participación social no ha logrado institucionalizarse y sigue siendo un desafío para el sistema de salud. Varios autores concuerdan que los organismos internacionales han definido a la participación de manera ambigua y confusa, aceptando una polisemia que ha dado lugar a fenómenos muy heterogéneos y a que muchas veces se legitimen políticas contrarias al espíritu de la APS. En este sentido, se podría decir que esta polisemia ha obstaculizado, por un lado, la implementación de la participación social en el sistema de salud, y por el otro, el reconocimiento por parte de las/os trabajadoras/es de la salud, de los procesos participativos que se llevan a cabo por fuera del sistema.

En palabras de Menéndez (1998), se suele reconocer a nivel discursivo que la participación social favorece la creatividad, la involucración de la persona o grupo, la concientización; potencia la educación, la responsabilidad, la democratización, el sentido de pertenencia, la modificación de la persona o grupo. No obstante, dichas características son consideradas como si la participación social implicara en sí estos rasgos, en vez de considerarlos como desarrollos posibles, dependientes de las orientaciones y de las condiciones en las cuales operan.

Es por ello que en esta tesina se buscó analizar los discursos con el objetivo de indagar cuáles son las concepciones y orientaciones que subyacen a los conceptos que poseen las/os trabajadoras/es del centro de salud “San Agustín” de la ciudad de Santa Fe sobre la participación social en salud. Para ello se utilizó una metodología cualitativa de investigación, lo que me ha permitido imbuirme en la trama de sentidos y significados que atribuyen las/os entrevistadas/os a la participación social en salud.

En palabras de Denzin y Lincoln (1994) la metodología cualitativa es multimetódica, naturalista e interpretativa. En este sentido, las/os investigadoras/es cualitativos indagan en situaciones naturales, intentando dar sentido a los fenómenos en los términos del significado que las personas les otorgan. De este modo, la investigación cualitativa ocupa un lugar privilegiado, ya que supone la inmersión en la vida cotidiana del recorte seleccionado para el estudio y la valoración e intento por descubrir la perspectiva de los participantes sobre sus propios mundos.

Este modo particular de acercamiento a la realidad, nos permite hallar nuevas perspectivas sobre lo que conocemos y nos dice más de lo que las personas piensan y expresan, nos dice qué significa e implica ese pensamiento. No obstante, para que la

tarea de investigar constituya un aporte novedoso, es necesario agregar a las palabras de las/os sujetos/as algo adicional; sea una síntesis, una interpretación, una reflexión, sea el desarrollo de un concepto, un modelo, una teoría. (Morse, 1999 en Vasilachis de Gialdino, 2006).

De esta manera, se buscó construir reflexiones fundamentadas que den cuenta de la tensión y relación de los datos empíricos con la teoría propuesta en el marco teórico. Dicho proceso, a decir de Vasilachis (2006), se realizó como una secuencia ininterrumpida y recurrente, como un zig-zag desde el inicio del proceso de investigación, lo que me permitió ir retroalimentando y modificando tanto las reflexiones como el sustento teórico.

Lo anterior se relaciona a su vez con el concepto de diseño flexible propuesto por Mendizábal (2006), el cual brinda a el/la investigador/ra la posibilidad de advertir durante el proceso de indagación sobre situaciones nuevas o aspectos relevantes de la realidad que no habían sido pensadas, lo que pueden generar cambios en las preguntas de investigación y en los propósitos, la incorporación de técnicas novedosas de recolección de datos y la factibilidad de elaborar conceptualmente los datos en forma original.

Optar por este tipo de diseño me ha posibilitado realizar modificaciones a lo largo del proceso de investigación, ya sea en la elección de unas categorías de análisis más pertinentes que otras, como así también poder ir incorporando nuevos aspectos a reflexionar, los que fueron surgiendo del mismo proceso de recolección de información.

En cuanto a la unidad de análisis, se ha escogido a las trabajadoras y los trabajadores del centro de salud “San Agustín” de la ciudad de Santa Fe y como técnica de recolección de información se ha utilizado entrevistas semi-estructuradas. Las mismas me permitieron ingresar al nivel discursivo y expresivo de las trabajadoras y trabajadores del centro de salud, posibilitando el análisis de los sentidos y de las concepciones en torno a la participación social en salud.

En este sentido, durante el mes de mayo del año 2017 entrevisté a 11 personas que trabajan en el centro de salud, siendo la mayoría de las entrevistas de una duración de 20 minutos aproximadamente, con excepción de las realizadas tanto a la psicóloga como a la trabajadora social que se extendieron por más de 40 minutos.

Respecto al análisis de la información, se eligió como estrategia de procesamiento de los datos a la codificación, la cual según Borda y otros (2007) es una actividad de

categorización, clasificación y rotulación de los datos que tiene como objetivo identificar en los relatos de las personas entrevistadas, distintos temas, subtemas y conceptos para luego efectuar comparaciones entre éxitos e intracasos que permitan establecer patrones recurrentes y especificidades. No obstante, dicha estrategia no constituye un conjunto de prescripciones y recetas para la acción de la persona que investiga sino más bien, una caja de herramientas que debe ser reapropiada reflexivamente y de manera situada, atendiendo a una actitud flexible y abierta a los cambios.

Dicha estrategia me ha aportado valiosas herramientas para el análisis, en tanto me permitió reflexionar e identificar puntos de encuentro entre las voces de las personas entrevistadas y las categorías conceptuales, dando éstas últimas sentido y fundamentación a la información recabada.

Las concepciones y sentidos que son asignados por parte de las/os trabajadoras/es de la salud forman parte de un entramado contradictorio de posiciones teóricas, prácticas e ideológicas que guían las formas de interpretar la realidad y los modos de intervenir en ella. De este modo, a partir de esta investigación se pretendió contribuir al conocimiento, explicitación y análisis de dichas concepciones, así como también poder tener un acercamiento a experiencias concretas, ahondando en las posibilidades y límites de las prácticas participativas en salud.

Los interrogantes que guiaron mi proceso de investigación fueron:

¿Qué ideas acerca de la participación social en salud tienen las/os trabajadoras/es del centro de salud? ¿Consideran que la participación debe ser promovida desde el centro de salud? ¿Cuáles son las prácticas participativas que se dan en el centro de salud? ¿Se reconocen y acompañan los procesos participativos de los grupos o sujetas/os? ¿Se tiene en cuenta los cuestionamientos, propuestas y saberes de las/os sujetas/os?

Los motivos que me han llevado a querer profundizar sobre este tema tienen que ver, por un lado, con las experiencias de prácticas de formación profesional transitadas en un centro de salud de la ciudad de Santa Fe, donde las mismas estuvieron atravesadas y motivadas por la orientación que tenía la trabajadora social de dicha institución, quien me impulsó a trabajar desde la participación social y la promoción en salud. Y por el otro, se relacionan con la formación académica del Trabajo Social, ya que el concepto de

participación ha estado presente desde los inicios de nuestra profesión como un núcleo central de la intervención.

Respecto a su estructura, la tesina se encuentra dividida en cuatro capítulos y la conclusión final. En el primer capítulo se sitúan los distintos debates y perspectivas en Salud Pública, teniendo en cuenta su devenir histórico. En el segundo capítulo, se pretende realizar un acercamiento al concepto de participación en salud. Para ello, se presenta en tres apartados dentro del mismo capítulo: la construcción histórica del concepto de participación en salud, las distintas acepciones del término como ser participación social, comunitaria y participación popular en salud, y la importancia del concepto de participación para la profesión del Trabajo Social. En el tercer capítulo, se presentan las decisiones y estrategias metodológicas que he utilizado para poder realizar el trabajo de campo y el análisis de la información. El cuarto capítulo expone el análisis de los discursos de las/os trabajadoras/es de la salud y se lo ha estructurado en tres apartados distintos para su mejor exposición y comprensión. En el primer apartado, se plantean las perspectivas y sentidos que explicitaron las/os trabajadoras/es en torno a la participación en salud, en el segundo se presentaron las distintas prácticas que las/os trabajadoras/es reconocieron como participativas y que se dieron dentro del centro de salud, y en el tercero, se analizaron las concepciones de participación social que subyacen a los discursos de los mismos. Por último se presentan las conclusiones finales, aquí se explicitan los resultados a los que se llegaron a partir del proceso de investigación, los cuáles, lejos de ser reflexiones cerradas y acabadas, pretenden ser aportes a los distintos debates e incentivos a continuar investigando y problematizando sobre los conceptos y prácticas de participación social en salud.

Capítulo I: Distintos debates y perspectivas en Salud Pública

Antes de comenzar a desarrollar la categoría central de mi investigación: “participación en salud”, se hace necesario comprender de donde procede dicha categoría y cuando se la empezó a utilizar. De esta manera, se torna ineludible indagar y contextualizar los distintos movimientos y perspectivas que se fueron desarrollando en relación a la llamada Salud Pública, así como también los diversos conceptos que se fueron utilizando a lo largo de la historia sobre lo que es la salud, para luego llegar a los lineamientos de APS y a la participación.

Las diferentes respuestas sociales que ha dado el Estado hacia los problemas de salud, se derivan consecuentemente de las relaciones establecidas entre Estado y sociedad en cada momento histórico. Es así que los discursos sociales sobre la salud se remontan a la segunda mitad del siglo XVIII, en Europa Occidental, en un proceso histórico de disciplinamiento de los cuerpos, el cual responde a una lógica puramente política debido a la necesidad de mantener el orden y el control social. (Foucault, 1966 en Almeida Filho y Paim, 1999) Aquí es cuando toma relevancia la corriente higienista, estableciendo un

conjunto de normatizaciones y valores a ser aplicados en el ámbito individual y familiar, reforzando una concepción biologicista y moralista de lo que sería la salud. Sumado a ello, surge la idea de la policía médica, estableciendo la responsabilidad del Estado como definidor de políticas, leyes y reglamentos en relación a la salud y como agente fiscalizador de su aplicación social.

La Revolución Industrial, es otro hito histórico que produce gran impacto sobre las condiciones de vida y de salud de sus poblaciones. La organización de las clases trabajadoras y el aumento de su participación política, genera que estos movimientos reclamen e incorporen en la agenda pública temas relativos a la salud. Al mismo tiempo que el Estado entiende que debe preservar la salud de la clase trabajadora, ya que son los principales afectados y esto repercute en la economía de toda la sociedad. Es por ello que se comienzan a adoptar medidas preventivas y de estudio de las causas de las enfermedades para poder combatirlos. Sumado a ello, se puede mencionar que entre 1830 y 1880, surgen propuestas de interpretación de la crisis sanitaria como un proceso fundamentalmente político y social (Almeida Filho y Paim, 1999), así se empezó a estudiar las relaciones que existen entre enfermedad y condiciones de trabajo, como también entre condición socioeconómica de la población y salud. Este movimiento recibió el nombre de Medicina Social. A su vez, en forma paralela, en Inglaterra y EEUU se empieza a constituir la corriente Sanitarista, la cual se define estrictamente por la acción del Estado en el ámbito de la salud. (Silva, 1973 en Almeida Filho y Paim, 1999). En este sentido, "(...) los sanitaristas producen un discurso y una práctica sobre las cuestiones de salud basados fundamentalmente en la aplicación de tecnología y en los principios de organización racional para la expansión de actividades profilácticas (saneamiento, inmunización y control de vectores) destinadas principalmente a los pobres y sectores excluidos de la población". (Almeida Filho y Paim, 1999: 10)

Acompañando estos distintos movimientos, en la segunda mitad del siglo XIX y a principios del siglo XX, se producen grandes descubrimientos microbiológicos. Se hallan los agentes causantes de las enfermedades infecciosas, las primeras vacunas bacterianas y se comienza el estudio de las causas de las enfermedades no infecciosas. (Piedrola, 2008)

El informe Flexner en EE.UU., produce una redefinición de la enseñanza y la práctica médica, reforzando con su modelo conceptual la separación entre lo individual y lo colectivo, lo privado y lo público, lo biológico y lo social, lo curativo y lo preventivo. En este

contexto surgen las primeras escuelas de salud pública contando con el respaldo de organismos como la Fundación Rockefeller, primeramente en los EE.UU. y luego en diferentes países, incluyendo América Latina. (Almeida Filho y Paim, 1999)

Seguidamente en la década de los cuarenta, se comienzan a articular propuestas de implantación en los EE.UU. de un sistema nacional de salud, consecuencia de procesos externos e internos al campo de la salud. Siguiendo a Almeida Filho y Paim (1999), como ejemplo de ello se puede mencionar la crisis económica del 29, el incremento de los costos debido al aumento de la especialización y la tecnologización, mientras que otros autores como Espinosa (2014), recuperan que los logros alcanzados en el Caribe, respecto al control de la fiebre amarilla y del anquilostoma, fueron sucesos que también impulsaron la centralización de la salud pública norteamericana bajo el control del gobierno federal.

Sin embargo, en lugar de una reforma sectorial de la salud, se proponen cambios en la enseñanza médica, con énfasis en la prevención. Es así que, "(...) en las décadas de 1950 y 1960 se fueron consolidando los conceptos de la medicina preventiva, gracias al desarrollo de la teoría multicausal por MacMahon y la construcción de la teoría de la historia natural de la enfermedad por Leavell y Clark". (Cadena Afanador, 2007: 9)

Primeramente, en Estados Unidos (1952) se llevó a cabo una reunión de representantes de las principales escuelas de medicina norteamericanas, lo que constituyó el punto de partida para la reforma de la currícula en los cursos médicos. Luego, se realizaron en Francia e Inglaterra, las que fueron seguidas por los Seminarios de Viña del Mar, Chile en 1955 y Tehuacán, México en 1956. De esta manera, se produjo lo que Almeida Filho y Paim denominaron como la internacionalización de la Medicina Preventiva como movimiento ideológico.

En consecuencia, el concepto de salud estuvo representado por metáforas gradualistas y dimensionales que justificaban conceptualmente intervenciones previas a la ocurrencia concreta de síntomas y señales en una fase pre-clínica. (Almeida Filho y Paim, 1999) Además, ya para esta época la Organización Mundial de la Salud³, había definido a la salud como: el estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no solo ausencia de enfermedad.

³ En adelante OMS.

Aquí vale decir, en primer lugar, que ello significó un avance conceptual para la época, al incluir los aspectos psicológicos y sociales de la salud. Y, en segundo lugar, que en palabras de Stolkner (2003) esta definición no fue teórica sino política, ya que en concordancia con el desarrollo de los Estados de Bienestar, pretendió señalar la función del estado y la sociedad en el cuidado colectivo de la salud.

Desde otra perspectiva, Vicente Navarro (1998) plantea que, entre los años '50 y '60 se produjeron cambios en la concepción del sujeto/a de intervención del sistema salubrista. Esto implicó que el sistema sanitario saliera a la comunidad para hacerse cargo de los que no acudían al mismo, articulando las dimensiones médicas con las sociales. Según dicho autor, este cambio fue producto de fuerzas sociales y políticas de la época que promovieron una redefinición de la población. Como acontecimiento importante, se puede mencionar que, cuando se llamó a los jóvenes para integrar las Fuerzas Armadas en la Segunda Guerra Mundial, un porcentaje muy importante no pudo ser reclutado por no estar suficientemente sanos. Esto llevó a reflexionar sobre las falencias del sistema sanitario y sobre "la parte oculta del iceberg".⁴

Los años '60 estuvieron marcados por intensas movilizaciones populares y estudiantiles a nivel mundial. Es así, que surgen grandes movimientos sociales que cuestionan las relaciones de poder dominante en las sociedades y demandan mejoras en las condiciones de trabajo, redefiniendo nuevamente la/el sujeta/o de intervención del sistema sanitario. De esta manera, emergen estudios que contribuyen a definir la salud laboral, y que promueven intervenciones estatales en esta materia. (Navarro, 1998)

En EE.UU. nace el movimiento de la Salud Comunitaria, basado en la implantación de centros comunitarios de salud, con el objetivo de reducir la brecha de desigualdades en salud existentes entre las distintas áreas geográficas de un mismo país, así como también entre los llamados países desarrollados y los en vías de desarrollo. Tal es así, que por esta misma década, el gobierno de EE.UU. implementó la política de "combate a la pobreza", o lo que también se denominó Alianza para el Progreso, con el fin de que los países mal llamados "subdesarrollados" alcanzaran el desarrollo, sin importar las particularidades y diferencias de los contextos sociales.

⁴ El concepto de Iceberg de la enfermedad hace referencia a toda la población, sujeto de intervención del sistema de salud. Por un lado, se encuentra la parte visible, aquellos que acuden al sistema, y por el otro, la parte oculta del iceberg, es decir, aquellos que no asisten al sistema, como los que aun estando sanos, son vulnerables a la enfermedad y cuya vulnerabilidad podría reducirse con la intervención del sistema de salud. (Navarro, 1998)

La corriente de la Salud Comunitaria recuperó elementos discursivos de la Medicina Preventiva, principalmente los conocimientos de los procesos socioculturales y psicosociales en salud, los que se destinaron a “posibilitar la integración de los equipos de salud en las comunidades “problemáticas”, a través de la identificación y cooptación de los agentes y fuerzas sociales locales para los programas de educación en salud”. (Almeida Filho y Paim, 1999: 11)

Si bien este movimiento fracasa en su país de origen, los organismos internacionales del campo de la salud, adoptaron rápidamente esta propuesta aplicándola a los diferentes contextos. Apuntaron a la extensión de la cobertura de servicios a poblaciones hasta ese momento excluidas y se fue incorporando en el discurso de las agencias oficiales los principios de los programas comunitarios. En América Latina, estos programas fueron implantados principalmente en Colombia, Brasil y Chile, bajo el patrocinio de fundaciones norteamericanas y respaldados por la OPS. Otro elemento importante a destacar aquí, es que la definición de los “servicios básicos de salud”⁵ de la OMS fue revisada en 1963, por una comisión de especialistas integrados en el movimiento de la salud comunitaria, proponiendo la incorporación de la participación comunitaria. (Almeida Filho y Paim, 1999)

No obstante, autoras como Cristina Laurell (1981), exponen que para finales de los años ‘60 comienza a surgir una corriente de pensamiento médico crítica latinoamericana que cuestiona el carácter puramente biológico de la enfermedad y de la práctica médica dominante y propone que el proceso salud-enfermedad puede ser analizado como un hecho social e histórico⁶. Este cambio de perspectiva fue producto de la crisis política, social y económica de la época, así como también de la propia medicina que encontró dificultades para el mejoramiento de las condiciones de salud de la población. Desde esta corriente, se pretendió no solo ampliar la mirada del proceso salud-enfermedad, sino poder generar conocimientos científicos que expliquen cómo se producen las

⁵ Dicha definición fue creada por la OMS en el año 1953 y comprende las siguientes actividades: a) atención de salud de la mujer y el niño; b) control de enfermedades transmisibles; c) saneamiento ambiental, d) mantenimiento de sistemas de información; e) educación en salud; f) enfermería de salud pública; g) atención médica de bajo nivel de complejidad.

⁶ Según Cristina Laurell, el carácter social del proceso salud-enfermedad se puede verificar en el perfil patológico de los grupos humanos. En otras palabras, dicho perfil puede variar para una misma población según el momento histórico. De la misma manera, las sociedades que se diferencian en su grado de desarrollo y de organización social muestran una patología colectiva diferente. Como así también, dentro de una misma sociedad, se puede comprobar que la distribución de la enfermedad y de la muerte se da de manera desigual y obedece a las distintas clases sociales que la componen.

articulaciones entre los procesos biológicos y los sociales y que esto pueda influir en la práctica médica.

Ahora bien, llegados a este punto, cabe preguntarnos ¿qué estaba ocurriendo a nivel mundial en esta época?

Hacia 1973, la Asamblea de la OMS elige al Dr Halfdan Mahler como su tercer Director General, quien en los años siguientes propone una “asistencia sanitaria completa y eficaz” para toda la población del mundo. Es así que, para avanzar en esta propuesta, se decide convocar a una Conferencia Internacional en 1978 para intercambiar ideas y experiencias acerca del desarrollo de la Atención Primaria de Salud.

Durante la conferencia se debatieron temas como la desigualdad, el desamparo de atención sanitaria a la gran mayoría de la población mundial, el descontento de los que acceden a los servicios y la dudosa eficacia de la tecnología médica. La misma finaliza con la firma del documento conocido como “La Declaración de Alma Ata”, por parte de los gobiernos de 134 países y representantes de 67 organizaciones de las Naciones Unidas, organismos especializados y organizaciones no gubernamentales con relaciones oficiales con la OMS y UNICEF. (Monsalvo, 2008)

En la Declaración se propone como meta que todos los pueblos del mundo en el año 2000, gocen de una salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. Además, se establece que los componentes esenciales de la Atención Primaria de la Salud⁷ son: accesibilidad, intersectorialidad, tecnologías apropiadas, participación comunitaria y el carácter integral, integrado, continuado y longitudinal.

Por lo tanto, es a partir de allí, cuando el concepto de participación comunitaria comienza a tener gran relevancia en el ámbito de la salud, momento en el que se centra la atención en la comunidad y su participación como elemento fundamental de la estrategia de APS. (Bang, 2011)

Otro aspecto a destacar de la APS es que, se incorpora en su discurso la noción de derecho a la salud. Así queda establecido en el primer postulado de la declaración, donde se expresa que la salud “es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya

⁷ En adelante APS.

realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud”.

Sin embargo, cabe agregar aquí, las reflexiones de autores como Monsalvo, quien plantea que todo suceso histórico, como lo ha sido la conferencia de Alma Ata, “es emergente de miríadas de sentipensares surgidos por diversos actores en multifacéticos escenarios en el mundo”. (2008: 3) Así lo expresan, por un lado, retomando la investigación bibliográfica realizada por Alberto Zorrilla en el año 2006 quien hace un correlato de la Declaración de Alma Ata con el pensamiento del Dr. Ramón Carrillo hallado en sus libros, escritos durante los años 40 y 50. Según este último autor, el pensamiento de Carrillo, surgido en años anteriores a la Declaración, nutrió en forma importante, aunque intangible, a los integrantes de la Conferencia de Alma Ata.

Por otro lado, retoman a Carlos Alvarado, médico sanitarista y Ministro de Salud de la Provincia de Jujuy en la década del 60, quien implementó la figura del agente sanitario, a partir de la necesidad de orientar la atención médica individual, centrada en el consultorio, a una atención poblacional. Para ello estableció las pautas para una cobertura sanitaria en poblaciones rurales, que luego se transformaron en el Plan de Salud Rural de la Provincia de Jujuy.

Dicha propuesta puede ser considerada como precursora de lo que se propone en Alma Ata sobre la extensión de cobertura del sistema de salud y, como precedente de la implementación de las estrategias de APS, ya que los documentos presentados por Alvarado fueron pensados en función de las problemáticas de salud existentes en esa época, de la distribución poblacional, de las características geográficas así como de los recursos con los que se contaba, es decir que esta reforma surgió como una necesidad propia de un sistema hasta ese momento ineficaz para dar respuestas a los problemas de salud. (Musante, 2016)

En la misma línea, Catalina Eibenschutz (1989) plantea que la APS no fue un modelo del todo innovador, sino que tuvo antecedentes en varios países, entre ellos se puede nombrar a México y a su modelo de “Servicios Médicos Ejidales” donde se pudo contar con una real participación de los campesinos. Además, toma como antecedentes los distintos modelos y programas surgidos en la década del 60, como ser el modelo de Medicina Comunitaria, el modelo Médico Descalzo de China, los programas de Extensión de Cobertura, para llegar luego a la APS en 1978.

Capítulo II: Acercándonos al concepto de Participación en Salud

La participación en salud en perspectiva histórica

La palabra participación procede del latín participare, compuesta de la raíz pars (parte) y del derivado capere (tomar). De esta manera según la etimología del término, participar significa “tener parte”, “tomar parte” de algo.

Si bien la etimología marca un posicionamiento o significado de este término, el concepto de participación en relación a los procesos de salud-enfermedad, ha ido tomando distintos significados y usos a lo largo de la historia.

A fines de siglo XIX ya se comenzaban a divisar diferentes formas de acción colectiva, desarrolladas por grupos políticos y sindicales de países capitalistas centrales, que reclamaban por mejoras en las condiciones de vida y trabajo, siendo los problemas de salud y la alimentación parte indisoluble de sus demandas. Décadas más tarde, hacia el año 1940, lo que ocurrió fue que organismos internacionales empezaron a impulsar la

participación social respecto a problemas específicos y a otros contextos y grupos sociales diferentes. (Menéndez, 2006)

Aun así, estas propuestas que impulsaban la participación se aplicaron a contextos en los cuales se estaban desarrollando similares o diferentes propuestas participativas desde grupos sindicales, políticos o estudiantiles, los cuales ponían el foco en la cuestión del poder y de las desigualdades socioeconómicas, tema que dejaron de lado los organismos internacionales. Siguiendo a Menéndez (2006), la participación social, desde la finalización de la Segunda Guerra Mundial, ha sido utilizada con diferentes objetivos y por diversos sectores sociales en términos técnicos, políticos, sindicales y académicos. Esto supone reconocer, por un lado, la existencia de distintas trayectorias del concepto de participación social y, por el otro, que antes que el sistema de salud impulsara la participación, varios actores sociales reflexionaron, impulsaron y/o actuaron en términos de participación.⁸

Se puede decir, entonces, que desde la década de los '40, la participación social aparece como un objetivo y como un instrumento de aplicación y reflexión teórica respecto de los procesos de salud-enfermedad. En un primer momento, aparece asociada a los procesos comunitarios, es decir la participación como necesaria para realizar actividades de promoción y educación para salud, mientras que a partir de los '50 y '60, surge la idea de que la participación de las personas podría contribuir a mejorar las condiciones de vida y reducir la incidencia de factores negativos a nivel de grupos domésticos y de grupos de autoayuda. (Menéndez, 2006)

Décadas más tarde, ya entrando a finales de los años '70, y como se mencionó en el capítulo anterior, en la Declaración de Alma Ata es cuando se consagra o se oficializa la necesidad de la participación comunitaria en salud. (Ugalde, 2006)

De esta manera, la participación en salud fue definida como:

(...) un proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y los de la colectividad y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo

⁸ Conuerdo con el planteo de Menéndez, que a la hora de reflexionar sobre la participación en relación a los procesos de salud-enfermedad, debemos centrarnos en los procesos específicos pero sin dejar de lado las condiciones sociales generales que lo contextualizan, ya que muchas veces ocurre que reflexionamos o intentamos trabajarla, desconociendo las formas y experiencias previas de participación en las comunidades, grupos y sujetos.

económico y comunitario. Llegan a conocer mejor su propia situación y a encontrar incentivo para resolver sus problemas comunes. Esto les permite ser agentes de su propio desarrollo, en vez de beneficiarios pasivos de la ayuda al desarrollo. (OMS-UNICEF, 1978: 7)

Sin embargo, varios autores concuerdan que dicha definición es demasiado ambigua, ya que los organismos internacionales la han definido de forma vaga y confusa, aceptando una polisemia que ha permitido que bajo su nombre se agrupen acriticamente fenómenos muy heterogéneos y que muchas veces se legitimen políticas contrarias al espíritu de la atención primaria de salud. (Bang, 2011)

Según un estudio de la OMS en 1991, la participación en salud puede ser interpretada de tres maneras distintas: como contribución (cuando la comunidad aporta trabajo o materiales), organización (cuando la comunidad se organiza para intervenir en determinadas problemáticas) o empoderamiento (a través de grupos que se organizan para el control de los programas).

Además, Bang (2011) expresa que hay autores que ubican a la posición de la Declaración de Alma Ata dentro de la concepción que toma a la participación como un medio que ofrece mayores posibilidades de éxito a los programas y mejora la accesibilidad y disponibilidad de los servicios. Esta concepción al enfocarse en la dimensión sanitaria, no tiene en cuenta los efectos sobre las dimensiones sociales y políticas, es decir que se piensa como neutra e invisibiliza las relaciones de poder dentro de una comunidad o grupo. Asimismo, varios autores concuerdan que los organismos internacionales no tomaron en cuenta que la participación está íntimamente ligada a las ideas de poder, y que en sus definiciones tradicionales quedaron ocultos los intereses y objetivos de los actores implicados, así como también eludieron los conflictos y luchas de poder que se dan al interior de los grupos.

En este sentido, Bronfman y Gleizer (1994) expresan que la participación nunca es absolutamente neutra, siempre tiene algún efecto en la estructura social, en su organización y su capacidad de acción. Sumado a ello, se puede decir que en toda comunidad o grupo, existe un acceso diferencial al poder y al status, que genera inequidad en la posibilidad de participación efectiva de las/os sujetas/os. Esto se debe tener en cuenta para no caer en idealizaciones de la participación que termina reproduciendo y hasta acentuando las desigualdades existentes. (Bang, 2011)

Desde otra perspectiva Menéndez (2006) analiza que a partir de la Declaración de Alma Ata, se desarrolla una doble acepción de la participación social en salud: una en términos de recurso y la otra en términos de población organizada que interviene en las distintas etapas de los programas de salud. Según dicho autor, la primera es una variante de las definiciones que se venían utilizando desde las décadas de los '40 y '50, donde se estableció que la participación era capacitar a la gente para que resuelva sus problemas y mejore su vida a través de sus propios esfuerzos. Por el contrario, la segunda acepción correspondió a aquellos que asumían a la atención primaria como integral y la definición más utilizada fue la de Muller (1979), quien propuso a la participación social como un proceso que permite el desarrollo de la comunidad a través de su capacidad creadora, de la expresión de sus demandas y necesidades, de la lucha por sus intereses y la participación en el control de las decisiones.

A su vez, Menéndez agrega que de esta última definición se han ido apropiando en forma creciente los organismos internacionales y los gobiernos nacionales, quienes empezaron a hablar cada vez más de participación en términos de toma de decisiones. No obstante, señala que en términos prácticos esto no ha ocurrido como se ha planteado desde los discursos. Varios análisis realizados sobre la participación social llevada a cabo por los aparatos médicos sanitarios a lo largo de 20 años han concluido que los programas han sido suministrados verticalmente y sin fomentar la participación de la comunidad, y que mientras que en los discursos de los gobiernos aparece como algo recurrente en la práctica poco se ha hecho en relación a ello.

Prosiguiendo con el recorrido histórico de este concepto, se puede decir que a partir de los '90 aparece un nuevo escenario que se venía gestando en décadas anteriores. De aquí en adelante se produjo lo que se conoció como reforma del Estado, que trajo aparejado programas de ajuste estructural, reducción del gasto público, descentralización, privatizaciones, donde organismos internacionales, como el Banco Mundial, ocuparon un lugar central.

Estas transformaciones influyeron de manera directa en el sector salud, provocando un cambio de sentido de la participación, muy distinta al concepto establecido anteriormente. De esta manera, la participación fue definida por el Banco Mundial, como un proceso a través del cual las partes implicadas (stakeholders) influyen y comparten el control sobre las propuestas de desarrollo, decisiones y recursos que los afectan. (Bang, 2011)

En dicho concepto, se puede dilucidar que, ya no son los individuos y las familias los que asumen las responsabilidades en salud, sino “las partes implicadas”, es decir, actores con poder y con distintos intereses. Según Claudia Bang, desde este nuevo paradigma de reducción del papel del Estado en las políticas públicas, el objetivo es legitimar la inclusión de poderosos actores del sector privado en la toma de decisiones en salud.

Por su parte Briceño León, plantea que a través de las políticas de focalización se crearon numerosos programas en salud, los cuales todos incluyeron el término de participación, de esta manera: *“(...) la idea de participación comunitaria cambió radicalmente: de ser casi una mala palabra, pasó a constituir una suerte de panacea de los programas de salud”*. (1998: 144) Asimismo, postula que la participación comunitaria adquirió dos modalidades, por un lado, la participación como complemento del Estado con la idea de reducir costos, y, por el otro, como privatización de los servicios de salud con la injerencia de la empresa privada o de organizaciones no gubernamentales.

En otra línea de investigación Menéndez (2006) plantea que en esta época, las organizaciones internacionales utilizaron un discurso según el cual la participación social, especialmente de los pobres, marginales y vulnerables, es considerada decisiva para el mejoramiento de las condiciones de salud y de vida, al mismo tiempo que impulsaron acciones que incrementaron la participación como recurso para asegurar sus objetivos específicos.

Lejos quedaron las definiciones en términos de poder y toma de decisiones, mientras que se incorporó el uso del concepto de autogestión. En este sentido,

“(...) las políticas internacionales en salud impulsaron un concepto de autogestión basado en la capacidad colectiva de obtener y manejar recursos propios, de generar autofinanciamiento con escasa o ninguna inversión del Estado, de colocar la responsabilidad del cumplimiento del programa de salud en los propios actores más allá de que los mismos tengan o no los recursos suficientes para implementarlo”. (Menéndez, 2006: 88)

Continuando con el tema, llegamos a lo que algunos autores llamaron el Nuevo Milenio. Siguiendo a Bang (2011), con la Cumbre del Milenio se inaugura un nuevo contexto de alianza entre organismos internacionales de salud y financiadores, que imprimieron

nuevas tendencias al discurso participativo en salud. De este modo, en el marco de la renovación de APS, la participación en salud es redefinida como aquella que:

“(...) convierte a los individuos en socios activos en la toma de decisiones sobre la asignación y el uso de los recursos, en la definición de las prioridades y en la garantía de la rendición de cuentas. A título individual, las personas deben ser capaces de tomar decisiones de forma libre y han de estar plenamente informadas en lo que respecta a su salud y la de sus familias, con un espíritu de autodeterminación y confianza. A nivel social, la participación en el ámbito de la salud es una faceta de la participación cívica en general, garantiza que el sistema de salud refleje los valores sociales, y proporciona un medio de control social y responsabilidad respecto a las acciones públicas y privadas que repercuten en la sociedad.”
(Vignolo y otros, 2011: 13)

Respecto al concepto explicitado anteriormente se puede visualizar que aparece un nuevo elemento relacionado a la ciudadanía. Así la participación se asocia a acciones de control por parte de los ciudadanos sobre la administración y gestión estatal, es decir sobre los servicios del Estado desde mecanismos participativos. Generalmente se hace referencia a la necesidad de esa participación ante problemas de corrupción que presentan los servicios públicos. (Bang, 2011)

Ahora bien, llegado a este punto considero relevante agregar que pese a que en los diferentes contextos han surgido distintos sentidos y uso del concepto de participación en salud, estos no se han abandonado por completo ni se han superado unos a otros de manera lineal a lo largo de la historia. Así Claudia Bang plantea que se observa que el concepto de participación comunitaria quedó vinculado al sentido que se le otorgó en el contexto particular de la Declaración de Alma Ata, y a través de los años se fue mezclando y confundiendo con otros conceptos que el discurso participativo oficial pretendió imponer desde otros paradigmas.

Asimismo agrega que en diferentes ámbitos se siguen utilizando estos conceptos de forma acrítica, y sin poder llegar a un consenso real sobre su significación, lo que dificulta la consecución de prácticas participativas. Desde mi perspectiva, esto obstaculiza la reflexión acerca de las implicancias de concebir y de practicar la participación desde conceptos que se alejan de la realidad actual, al mismo que se invisibiliza los intereses de

los formuladores de estos conceptos y los intereses y luchas de poder al interior de la comunidad o de los grupos.

Es por ello que en este trabajo de investigación me propuse recuperar y analizar los discursos de las/os trabajadoras/es de la salud del centro de salud San Agustín, para poder develar y reflexionar sobre las concepciones que subyacen a los mismos y que guían las prácticas profesionales.

Debates actuales sobre participación en salud: participación social, comunitaria y participación popular en salud

En este apartado se exponen las perspectivas de los distintos autores que han teorizado e investigado sobre la participación en salud de manera crítica, cuestionando los lineamientos y conceptos de los organismos internacionales. A su vez se plantea distintas formas de nombrar o adjetivar a la participación en salud, a los fines de pensar a los procesos participativos anclados a una realidad particular y concreta, como es el caso de las/os sujetas/os que asisten al centro de salud “San Agustín” de la Ciudad de Santa Fe.

La primera acepción que se desarrollará aquí, será la de participación social, y se tomará como referencia los aportes de diversos autores. Uno de ellos es Eduardo Menéndez quien plantea que la participación social supone cuestionar lo dado, oponerse a lo institucionalizado, a la verticalidad de las organizaciones y de la toma de decisiones, a la dominación en términos de cohesión y/o de consenso, a su vez que posibilita el desarrollo de la autonomía a nivel de sujeta/o y de grupo.

Desde una perspectiva política, se puede decir que la participación social presupone un ejercicio constante de democratización y de ciudadanía, al mismo tiempo que permite la transformación de la persona al convertirla en actor y actriz social que contribuye a producir y cambiar la estructura. La participación aparece como un instrumento necesario para cuestionar y modificar algunas características de las sociedades actuales, como ser: el individualismo, la dependencia, la apatía, entre otros. De esta manera, al involucrar al individuo en una actividad colectiva, favorecería la superación de la atomización social y

posibilitaría la construcción de una subjetividad no centrada en lo privado. (Menéndez, 2006)

En la misma línea Sopransi y Lenta (2010) -recuperando los aportes de Molina y otros- plantean que la participación social en salud es un proceso democrático, que va desde la ejecución de tareas simples hasta el desarrollo de tareas más complejas como la planificación, la programación, el control y la administración de programas de salud, derivándose en acciones de organización y movilización popular.

Además, retoman las ideas de Uzcátegui (2005), quien describe tres propuestas de participación social en salud: la neoliberal o conservadora, la reformista y la alternativa-progresista. La primera de ellas concibe a la participación como una cuestión técnica en la ejecución y administración de los servicios de la salud, fomentando el voluntariado y la co-responsabilidad como una forma de encubrir la privatización y la mano de obra gratuita, sin poder vinculante de la comunidad en las decisiones. La segunda propuesta, vincula la participación a la descentralización, pero conserva a los actores institucionales en el centro de los proyectos comunitarios, la misma está destinada a tareas de prevención, rehabilitación y promoción de la salud. La tercera define a la participación social como un proceso de construcción de ciudadanía y reconoce la condición de sujetas/os de derechos. Se posiciona desde un carácter político dirigido a lograr la democratización-redistribución del poder, incorpora a la comunidad en las funciones de formulación de políticas, planificación, supervisión, control y evaluación; propone la democratización del saber, reconociendo el saber popular.

A su vez, la propuesta alternativa-progresista propone como mecanismo de participación la rendición de cuentas, la revocatoria del mandato, la contraloría social, la asamblea de ciudadanos y se plantea una relación con el Estado que no limite la autonomía del movimiento comunitario, que no permita la cooptación y la dependencia respecto al aparato gubernamental ni con los partidos políticos. Se plantea la re-significación de la política y el ejercicio democrático; asume que lo público es de la gente, y que su objetivo es la consecución de la democracia participativa y protagónica real; se plantea la ciudadanía, como efectivización de los derechos sociales, además de los civiles y políticos.

Otro de los aportes que mencionan Sopransi y Lenta (2010), es el del Movimiento Nacional de Salud Popular de México, quienes sostienen que la participación social en

salud debe partir de considerar a la salud como un derecho, donde el saber médico sea compartido y la comunidad tenga injerencia directa en las decisiones políticas que afectan su salud. Aquí la educación popular es un componente esencial, una actividad colectiva donde todos aprenden de todos a través de mecanismos culturales de transferencia técnica.

Un concepto complementario al de participación social en salud -plantean las mencionadas autoras- es el de estrategias de autoprotección en salud, que constituyen el proceso de apropiación que realizan determinados microgrupos para enfrentar los padecimientos. Estas pueden constituirse como estrategias de supervivencia y reproducción biosocial o como un proceso de transformación que no se reduce a la reproducción de los grupos subalternos. En este sentido, las autoras recuperan los aportes de Menéndez, quien plantea que estas estrategias se dan en tres niveles: a) personas y microgrupos espontáneos, aquí se incluyen los grupos domésticos, los grupos de pares, los laborales, en los cuales se generan básicamente actividades de autoatención considerada como una estructura básica para el proceso de reproducción biosocial; b) microgrupos y mesogrupos contruidos: hace referencia a grupos organizados intencionalmente y de manera voluntaria, tales como grupos de autoayuda para padecimientos específicos, comunidades terapéuticas, comités de salud, grupos contruidos para la realización de acciones inmediatas o a mediano plazo; c) macrogrupos: en algunos casos se constituyen a partir de los anteriores, en la medida que se incluyan momentánea o permanentemente en organizaciones o procesos más amplios (sindicatos, huelgas del personal de salud). Aquí también se incluyen los movimientos sociales en salud.

Una segunda acepción del término es el de participación comunitaria en salud. En este sentido, Bang (2014) la define como un proceso complejo y dinámico en que una comunidad desarrolla activamente mecanismos y prácticas para la toma de decisiones conjunta sobre el propio proceso de salud-enfermedad. Dicho proceso comprende un sinnúmero de actores que se encuentran, comparten, discuten y deciden sobre diferentes aspectos de sus vidas. De esta manera, la participación comunitaria apunta estimular la reflexión crítica, la capacidad de organización e intervención por parte de las/os sujetas/os y colectivos sobre los problemas sociales, democratizando tanto el poder como el saber. Además tomando los aportes de Stolkiner, plantea que: "(...) la participación en sí es un

factor de salud mental, ya que restituye lazos de solidaridad social, diferenciándose de lo patologizante de vivir situaciones conflictivas de forma individual y pasiva". (2014: 115)

En complementación con lo anterior se puede recuperar la postura de Cembranos Díaz (1993), quien plantea que las personas que participan en proyectos colectivos y tienen acceso a la toma de decisiones, poseen un conjunto de motivaciones más amplio y variado por lo que tienen más posibilidades de mantener niveles más altos de satisfacción y bienestar. En consecuencia, tienen menos posibilidades de sufrir patologías como el aislamiento social, la apatía, la depresión, los problemas de autoestima, la indefensión.

Desde la perspectiva de dicho autor, la toma de decisiones colectiva aumenta las posibilidades de comprensión de la complejidad social, incrementa las referencias, la significación social y la implicación personal. A su vez que supone implicaciones políticas y económicas contrarias al modelo hegemónico de desarrollo, lo que permitiría un amplio abanico de posibilidades de resolución, transformación y control de la realidad por parte del colectivo social.

La tercera acepción del término es el de participación popular en salud, que Catalina Eibenschutz (1982) lo entiende como el ejercicio del poder por parte del pueblo organizado y no la mera colaboración en el desarrollo de actividades decididas por la clase dominante o las estructuras de poder clasista. Según su perspectiva, es importante que en la definición se reconozcan los antagonismos de clase en las sociedades capitalistas, ya que el no reconocimiento llevaría a pensar la participación solo en programas de salud, al margen de la participación política en otros ámbitos de la sociedad y, en consecuencia a desconocer los movimientos populares que rebasan la estricta participación en acciones de salud previamente definidas por el Estado o las instituciones. Por lo tanto, se debe plantear la integración de la participación popular, no sólo en el campo de la salud, sino en el ámbito económico y político de la sociedad.

Belmartino y Bloch (1984) también hacen referencia a este término y lo definen como como participación popular efectiva o emancipadora. De esta manera, se la concibe como una instancia concientizadora y movilizadora a través de la cual las/os sujetas/os toman conciencia de los componentes extrasectoriales de la problemática de salud, de los determinantes sociales y se organizan para diseñar estrategias que generen mejores condiciones de vida. *"Este tipo de participación ha sido definido como un proceso de control creciente de la población marginalizada sobre su propio destino como instrumento*

para llegar a una distribución equitativa del poder en la sociedad, para que todos sus sectores y elementos tengan las mismas posibilidades, derechos, acceso a servicios, etc.” (1984:6)

Por último, me parece relevante hacer mención al término que adhiero personalmente. Desde mi perspectiva, considero que el concepto de participación social en salud es el adecuado para mi investigación, ya que como plantea Restrepo (2003) éste es de mayor alcance en términos conceptuales y metodológicos que el de participación comunitaria. En este sentido, retomando los aportes de Müller (1979) podría definir a la participación social como un proceso que permite la transformación de las/os sujetas/os por medio de su capacidad creadora, de la expresión de sus demandas y necesidades, de la lucha por sus intereses y la participación en el control de las decisiones. En complementación con lo anterior, también se podría decir que la participación persigue generar contrahegemonía, en la medida en que la lucha por la salud sea considerada como un problema político. (Ulate, 1986) Aquí se hace necesario que la población se concientice sobre los múltiples atravesamientos económicos, políticos, culturales y sociales que condicionan el proceso salud-enfermedad y se organice para modificar esas situaciones. En tanto el rol de las/os trabajadoras/es de la salud en la participación, debería ser el de acompañar estos procesos, incentivándolos, posibilitando el intercambio y la toma de decisiones de las/os sujetas/os. De esta manera, la participación social opera directamente en la distribución del poder, democratizándolo, haciéndolo circular, a la vez que pone en diálogo a los saberes científicos con los populares. Por lo tanto, dicho concepto apunta principalmente a generar autonomía y empoderamiento de los grupos sociales, al mismo tiempo que encarna un proceso permanente de construcción de ciudadanía y restablecimiento de los vínculos sociales, considerando a la salud como un derecho humano universal y fundamental.

El concepto de participación en el Trabajo Social

El concepto de participación es un elemento relevante en la profesión del Trabajo Social y ha estado presente desde los orígenes de la misma. Autoras como Bañez Tello (2015) sostiene que una de las razones de la importancia de dicho concepto radica en la eficacia

técnica de las intervenciones profesionales, es decir que se considera necesaria la participación de las/os sujetas/os en el proceso de intervención para garantizar un buen resultado. Mientras que otra de las razones es de tipo ideológica y se relaciona con los valores de la profesión: la justicia social, el cambio social, los derechos de las/os sujetas/os.

Desde mi perspectiva adhiero a la razón ideológica, ya que considero que la participación de las/os sujetas/os tanto en la intervención profesional como en los distintos ámbitos de la vida social es un elemento fundamental que apunta a la construcción de la ciudadanía, al ejercicio de los derechos y a la democratización. Se hace necesario el protagonismo y el respeto a la toma de decisiones por parte de las/os mismas/os en el proceso de intervención si queremos apostar una actuación transformadora y que promueva la autonomía.

Desde los inicios de la profesión, la participación ha estado presente de manera importante en la definición del Trabajo Social. Esto se puede ver en las obras de las pioneras, tales como: Mary Richmond, quien destaca la importancia de la participación de las/os sujetas/os en los procesos de ayuda, así como también ha realizado aportes a la teoría de la participación democrática como valor universal. Por su parte, Gordon Hamilton, ha puesto el foco en la participación, señalando que el trabajo social tiene como objetivo poner en marcha las potencialidades y capacidades de las personas para que ellas resuelvan los problemas por sí mismas.

Del mismo modo, el ejercicio de la profesión se vio influenciado por distintos contextos socio-históricos que marcaron aún más la importancia de este concepto. Uno de ellos fue el modelo desarrollista, implementado en América Latina y especialmente en Argentina en los años '60 bajo el lema del "desarrollo de la comunidad".

Ello se puede ver en los libros y autores influyentes en nuestra profesión en dicha época. Se puede nombrar aquí a Ander Egg (1965) quien planteó que el desarrollo de la comunidad es un complejo proceso que tiene por objetivo mejorar las condiciones económicas, sociales, culturales y humanas, realizando un trabajo "desde la base". De esta manera entra en juego la idea participación y la define como la acción e iniciativa de la población en los asuntos locales y de interés colectivo, de manera que se constituyan en agentes activos y responsables de su propio mejoramiento social.

Otro de los contextos relevantes fue la época en la cual se desarrolló el movimiento de la reconceptualización. Aquí se producen cuestionamientos al Trabajo Social Tradicional, desde una perspectiva crítica y revolucionaria proponiendo un quehacer profesional latinoamericano y emancipatorio. Respecto a la participación, se puede decir que durante esta época aparece este concepto desde una impronta distinta a la época anterior, así se construye una práctica que plantea un compromiso con los sectores populares. A decir de Carballada (2000), durante la reconceptualización esa/e "otra/o" se transforma en sujeta/o activa/o, en protagonista clave del proceso de liberación y de la propia intervención profesional.

Ahora bien, si pensamos en la actualidad de nuestra profesión podemos decir que la idea de participación sigue vigente en el ejercicio de la misma y con cada vez más fuerza. Aquín (2003) plantea un Trabajo Social Comunitario que apunte a fortalecer la ciudadanía, entendida desde sus tres dimensiones: los derechos, la pertenencia a la comunidad política y la participación⁹, lo que potenciaría a su vez la realización de valores de solidaridad, justicia, igualdad y libertad.

En este sentido, piensa a los derechos ciudadanos –siguiendo la perspectiva de Marshall– como habilitaciones para su ejercicio, como desarrollo de capacidades, abiertos a la posibilidad de su conquista, y que por lo tanto presuponen la constitución de actores que "ganen" el espacio político que posibilite su implementación efectiva". (2004: 5)

Además, a través de la intervención, propone desarrollar la participación ciudadana a partir de la participación social¹⁰, transformando en públicas y colectivas las demandas que se inician como grupales o sectoriales. Dicho proceso configuraría condiciones para la acción política, en tanto facilitaría el ingreso de cuestiones del debate político a la esfera cotidiana, a la vez que impulsaría la construcción de espacios de poder.

⁹ Aquín retoma la definición de ciudadanía de Villavicencio y García Raggio, quienes establecen que "en primer lugar, la ciudadanía se identifica con los derechos — civiles, políticos y sociales— cuya dinámica cambiante lleva a una ampliación o a una restricción de sentido. En segundo lugar, la ciudadanía es pertenencia a la comunidad política. Y en tercer término, la ciudadanía es participación, en la que derechos significa no sólo su letra legal sino su ejercicio efectivo y en la que pertenencia es, asimismo, participación en la construcción de una identidad y de un orden político democrático". (2004: 4)

¹⁰ Nora Aquín diferencia la participación ciudadana de la social, en tanto la primera trasciende a la social, teniendo en su horizonte ya no sólo el espacio público societal, sino también el público estatal, en el cual se puede participar en la formación de políticas públicas, intentando ingresar en la agenda política aquellos temas que afectan a los sujetos en sus espacios micro.

Para finalizar este apartado, considero pertinente recuperar las palabras de Cazzaniga (2007), quien plantea que desde la intervención aportamos a la construcción de sujetas/os, ya que según el modo en que nos dirigimos a la/el “otra/o”, esto se convierte en una interpelación, un llamado a esa/e “otra/o” a posicionarse, y de este modo podemos realizar intervenciones tutelares o paternalistas, concibiendo que esa/e otra/o no puede o situarlo como sujeta/o de derechos, activa/o de su propia realidad, es decir como un sujeta/o política/o con capacidades de transformación social.

Capítulo III: Decisiones metodológicas

En el presente capítulo se exponen las decisiones metodológicas por las cuales opté a la hora de investigar y analizar los discursos de las/os trabajadoras/es del centro de salud “San Agustín” de la ciudad de Santa Fe. Para ello utilicé una metodología de investigación cualitativa, teniendo como base un diseño flexible.

“La investigación cualitativa es, para Denzin y Lincoln (1994: 2), multimetódica, naturalista e interpretativa. Es decir, que las investigadoras e investigadores cualitativos indagan en situaciones naturales, intentando dar sentido o interpretar los fenómenos en los términos del significado que las personas les otorgan. La investigación cualitativa abarca el estudio, uso y recolección de una variedad de materiales empíricos (...) que describen los momentos habituales y problemáticos y los significados en la vida de los individuos. (Vasilachis de Gialdino, 2006:24)

En complementación con lo anterior se puede decir que la investigación cualitativa ocupa un lugar privilegiado, ya que supone la inmersión en la vida cotidiana del recorte seleccionado para el estudio y la valoración e intento por descubrir la perspectiva de los participantes sobre sus propios mundos. A su vez, es un proceso interactivo entre el investigador y los participantes, donde se prioriza las palabras de las personas y su comportamiento.

En este sentido puedo decir que el haber optado por dicha metodología me permitió imbuirme en la trama de sentidos y significados que atribuyen las/os entrevistadas/os a la participación social en salud, así como también me habilitó a conocer y reflexionar sobre el contexto socio-histórico en el que se encuentran.

Este modo particular de acercamiento a la realidad, nos permite hallar nuevas perspectivas sobre lo que conocemos y nos dice más de lo que las personas piensan y expresan, nos dice qué significa e implica ese pensamiento. No obstante, para que la tarea de investigar constituya un aporte novedoso, es necesario agregar a las palabras de los actores algo adicional; sea una síntesis, una interpretación, una reflexión, sea el desarrollo de un concepto, un modelo, una teoría. (Morse, 1999 en Vasilachis de Gialdino, 2006).

Ello es lo que se realizó en el apartado de análisis de la información, donde se buscó construir teorías fundamentadas a partir de la tensión entre los datos empíricos con la teoría propuesta en el marco teórico, desde una perspectiva dialéctica y compleja de la realidad. Además es necesario mencionar aquí que el análisis no se desarrolló una vez finalizada la recolección de información, sino que desde el inicio del proceso de investigación se fue interpretando la información, es decir que tanto el análisis como la construcción teórica se fueron desarrollando, a decir de Vasilachis (2006) como en una secuencia ininterrumpida y recurrente, como un zig-zag, lo que permitió generar conocimiento fundado y, al mismo tiempo, ir retroalimentando y modificando el marco teórico propuesto en un principio.

Esto a su vez, se relaciona con el concepto de diseño flexible, el cual me habilitó a realizar cambios durante el transcurso indagativo. Siguiendo a Mendizábal (2006), este tipo de diseño brinda al investigador la posibilidad de advertir durante el proceso de indagación sobre situaciones nuevas o aspectos relevantes de la realidad que no habían sido pensadas, lo que pueden generar el cambio en las preguntas de investigación y en los

propósitos, la incorporación de técnicas novedosas de recolección de datos y la factibilidad de elaborar conceptualmente los datos en forma original.

Uno de los cambios introducidos fue el de la categoría de participación comunitaria -la cual había sido elegida en el proyecto de investigación-, por la de participación social por considerarla más pertinente a la realidad concreta del centro de salud “San Agustín” y además por tener mayor alcance en términos conceptuales y metodológicos como se expresó anteriormente. Al hablar de participación comunitaria, se hace necesario hablar de comunidad entendida como un grupo de personas relacionadas por intereses comunes, por una historia compartida, por lazos sociales y que tienen sentido de pertenencia: algo los une, los identifica, los interpela como grupo. (Autor colectivo, 2011)

En este sentido se puede decir que no se pudo identificar una comunidad en el barrio así definida, sino personas que participan de distintos espacios grupales (grupos de mujeres, espacios de educación física, talleres y actividades de promoción de la salud, entre otros). Esta idea a su vez fue sostenida por la trabajadora social del centro de salud, quien planteo que ella no habla de trabajo comunitario o de participación comunitaria, ya que no se visualiza un vínculo fuerte entre las personas del barrio, ni lazos de vecindad, solidaridad, organización, sino que si puede decir que lo que ella hace es trabajo desde espacios colectivos, en equipo o grupales.

Otra de las modificaciones introducidas fue la incorporación de nuevas categorías al análisis, ya que a partir de indagar sobre las concepciones de participación en salud, fueron surgiendo en los discursos de los entrevistados y las entrevistadas, las distintas perspectivas y paradigmas desde los cuales se posicionan en relación a la salud, a la APS y a la/el “otra/o” como sujeta/o que recibe la atención en salud. Dichas categorías resultaron indispensables para el análisis, debido a su vinculación directa con el objeto de estudio, a la vez que enriquecieron y ampliaron mi mirada como investigadora.

Por otra parte, cabe destacar que la presente indagación se enmarcó dentro de una investigación de tipo exploratoria debido a que el tema elegido ha sido poco estudiado. Un estudio exploratorio se desarrolla cuando el tema o problema de investigación ha sido poco examinado o no se ha abordado antes, en consecuencia estos

“(…) sirven para aumentar el grado de familiaridad con fenómenos relativamente desconocidos, obtener información sobre la posibilidad de

Llevar a cabo una investigación más completa sobre un contexto particular de la vida real, investigar problemas del comportamiento humano que consideren cruciales los profesionales de determinada área, identificar conceptos o variables promisorias, establecer prioridades para investigaciones posteriores o sugerir afirmaciones verificables". (Dankhe, 1986 en Sampieri y otros, 2003: 60)

El recorte geográfico en el que se desarrolló la investigación fue el Centro de Salud "San Agustín", ubicado en el barrio San Agustín en el distrito Noroeste de la ciudad de Santa Fe. Dicho centro de salud pertenece a uno de los barrios más vulnerables socialmente, con mayor índice de necesidades básicas insatisfechas, con más crecimiento y densidad poblacional de la ciudad. (Abrigo Robles y otros, 2014) El mismo cuenta con un equipo de trabajo conformado por: psicólogas, médicos, odontólogo, kinesiólogo, ginecólogo y obstetra, enfermeras, enfermeros, trabajadora social, agente sanitaria, personal administrativa, personal de limpieza, practicantes de kinesiología y asistente odontológico.

La elección del mismo vino precedida por los aspectos de accesibilidad y factibilidad de su realización. Al momento de tener el primer contacto con una de las trabajadoras del centro de salud, quien se desempeña como psicóloga y a su vez como responsable técnica de la institución, la misma se mostró con buena predisposición para posibilitar el acceso al campo y al mismo tiempo que se interesó por la temática a investigar. Considero que la posición que ocupa dentro del centro de salud dicha trabajadora, me ha sido de gran oportunidad, constituyéndose en una informante clave para mi estudio. En este sentido, Taylor y Bodgan (1992) expresan que el investigador deberá cultivar relaciones estrechas con una o dos personas respetadas y conocedoras en las primeras etapas de la investigación, estos serán los informantes claves quienes se encargarán de apadrinar al investigador en el campo y serán sus fuentes primarias de información.

Ahora bien, se hace necesario aquí explicitar la unidad de análisis, es decir aquello sobre lo cual se estudiará y que pueden ser individuos, grupos, organizaciones, comunidades, documentos escritos, programas. En lo que respecta al presente estudio, se escogió como unidad de análisis a las trabajadoras y los trabajadores del centro de salud "San Agustín" y como técnica de recolección de información se utilizó entrevistas semi-estructuradas.

Las entrevistas se definen como reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, dirigidos a la comprensión de las perspectivas que tienen las/os

entrevistadas/os respecto de sus vidas, experiencias o situaciones. (Taylor y Bodgan, 1992) Las mismas se pueden clasificar en estructuradas, semi-estructuradas o no estructuradas y abiertas. Específicamente para mi estudio opté por las entrevistas semi-estructuradas, las cuales se basan en una guía de preguntas, pero al mismo tiempo el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas, a través de las preguntas y respuestas, se logra la comunicación y construcción conjunta de significados respecto a una tema. (Sampieri y otros, 2003)

Considero que la elección de este tipo de entrevista, me fue de gran utilidad debido a que la presente tesina constituyó una primera experiencia y acercamiento al arte de investigar. Las mismas me permitieron ingresar al nivel discursivo y expresivo de las/os trabajadoras/es del centro de salud, posibilitando el análisis de los sentidos y de las concepciones en torno a la participación social en salud.

Para dicho propósito, durante el mes de mayo del año 2017 entrevisté a 11 personas que trabajan en el centro de salud, siendo la mayoría de las entrevistas de una duración de 20 minutos aproximadamente. No obstante, las entrevistas realizadas tanto a la psicóloga como a la trabajadora social se extendieron por más de 40 minutos. De lo anterior se podría reflexionar que dichas trabajadoras presentaron mayor predisposición e interés en el tema ya que se extendieron y explayaron por más tiempo a la hora de hablar sobre la participación en salud. El hecho de encontrarse “cómodas” o “familiarizadas” con el tema, me permitió introducir nuevas preguntas de indagación y poder obtener mayor información al respecto. Sin embargo cabe aclarar aquí que todas las personas entrevistadas mostraron gran predisposición y accesibilidad a la hora de realizar las entrevistas, hecho que derrumbó mi supuesto y lo anticipado también por la psicóloga, de que no todas iban a querer acceder a ser entrevistadas por distintas razones, como ser falta de tiempo, desinterés o por ser una persona desconocida en su ámbito laboral.

Es importante mencionar que las entrevistas fueron grabadas con previo consentimiento de sus informantes, para luego ser desgrabadas para una mejor lectura y análisis. **Asimismo, cabe señalar que los nombres reales de las personas entrevistadas fueron sustituidos por nombres ficticios a modo de preservar la identidad y anonimato de las mismas.** Los temas indagados se centraron en 7 ejes: 1) Trayectoria de formación educativa y laboral; 2) Ideas y sentidos asignados a la participación social en salud; 3) Impulsoras e impulsores de la participación social en salud; 4) Ejemplos de participación

en salud y percepción acerca del involucramiento de las/os sujetas/os; 5) Cómo se tiene en cuenta las opiniones, propuestas y cuestionamientos de las/os sujetas/os 6) Participación de las propias trabajadoras y trabajadores; 7) Capacitaciones relacionadas a la participación social en salud.

Otras de las técnicas utilizadas para la recolección de información fueron los registros de las observaciones realizadas, de la participación en actividades de promoción de la salud (actividades de educación física y charlas abiertas) y de las conversaciones informales con las/os trabajadoras/es. Además, capté algunas de las actividades en fotografías ya que me resultaron significativas e ilustrativas, habiéndose pedido el permiso correspondiente.

Lo anterior me ha posibilitado tener un mayor acercamiento y comprensión del objeto de estudio, al poder participar, por ejemplo, de la actividad de educación física, la cual la mayoría de las/os entrevistadas/os ha traído a colación como una de las modalidades o formas en las que se ejerce la participación social. Además me permitió poder observar quiénes son las y los que asisten a esas actividades, cómo es el trato del personal de salud hacia quienes participan, cómo es el vínculo, entre otros aspectos relevantes. De la misma manera, considero que ello ha sido una estrategia para lograr aceptación en el escenario y construir confianza entre los actores y actoras.

Otros aspectos que he podido observar fueron los espacios físicos, y en ellos pude visualizar la disposición de los distintos consultorios y como se distribuyen las distintas profesiones en ellos, las características de la sala de espera, los distintos carteles informativos que existen, entre otros. Dichos aspectos me han sido de utilidad a la hora de analizar los discursos y la posición o rol que ocupa cada una de las personas entrevistadas dentro del centro de salud, así como también las representaciones que se tienen de cada una de ellas.

Respecto al análisis de la información, se eligió como estrategia de procesamiento de los datos a la codificación, la cual según Borda y otros se la puede definir como:

“(…) una actividad de categorización, clasificación y rotulación de los datos que comienza identificando en los testimonios de entrevista distintos temas, subtemas y conceptos de variado nivel de abstracción (algunos muy descriptivos y otros más teóricos) para luego efectuar comparaciones entre

e intracasos que permitan establecer patrones recurrentes y especificidades de los diferentes casos entrevistados". (2017: 34)

Como sostienen Glaser y Strauss (1967) la codificación se realiza para facilitar la comparación constante de casos con el objeto de analizarlos e interpretarlos conceptualmente. No obstante, cabe mencionar aquí que la codificación no sustituye el análisis sino que es su materia prima, es decir el punto de partida del mismo.

Adhiero a la perspectiva de Borda y otros, cuando plantean que esta estrategia no constituye un conjunto de prescripciones y recetas para la acción de la persona que investiga sino más bien, una caja de herramientas que debe ser reapropiada reflexivamente y de manera situada, atendiendo a una actitud flexible y abierta a los cambios.

En este proceso, la investigadora o investigador deberá crear códigos que vinculen los fragmentos de las entrevistas sobre un mismo tema, pero a su vez que conecten las nociones teóricas con las ideas que aparecen en los discursos de los y las entrevistadas. De esta manera, se puede decir que los códigos simplifican la información porque los organizan en ideas/conceptos comunes, pero también constituyen una vía para expandirlos, reconceptualizarlos y transformarlos.

Desde mi perspectiva considero que esta estrategia me ha aportado valiosas herramientas para el análisis, en tanto me permitió reflexionar e identificar puntos de encuentro entre las voces de las personas entrevistadas y las categorías conceptuales, dando éstas últimas sentido y fundamentación a la información recabada.

Este diálogo entre el mundo empírico y el mundo teórico inscribe a las estrategias de codificación dentro de la lógica del análisis temático de datos cualitativos, proceso en el que se identifican temas, se establecen vínculos entre ellos y se integran en un modelo interpretativo que requiere hacia el final del proceso, la construcción de un relato analítico. (Borda y otros, 2017)

Capítulo IV: Analizando las voces de las/os trabajadoras/es del centro de salud “San Agustín”

Teniendo en cuenta el objetivo de la presente investigación, el trabajo analítico de la información proveniente de las entrevistas realizadas a las/os trabajadoras/es de la salud, fue organizado en base a tres grandes núcleos que fueron interpretados a partir de los conceptos y teorías obtenidas de la indagación bibliográfica realizada.

Los núcleos centrales son: Perspectivas y sentidos en torno a la participación social en salud; Diversas prácticas participativas en salud y Concepciones de participación social de las/os trabajadoras/es de la salud.

Perspectivas y sentidos en torno a la participación social en salud

En la búsqueda interpretativa -a través de las distintas entrevistas realizadas- pude visualizar tres posiciones o perspectivas distintas en relación a la participación social en salud. La primera de ellas está representada por la mayoría de las/os entrevistadas/os, quienes a la hora de hablar sobre la participación social utilizaron palabras y expresiones tales como: “es acercarse al barrio y conocerlo”, “es trabajar con la gente”, “que la gente asista a talleres y reuniones”, “que se los capacite y eduque en salud”, “es cuando se interesan y cumplen con lo que se les sugiere”, “es la utilización de los servicios del centro de salud”. En estos enunciados se puede observar que subyace la idea de una relación unilateral desde el equipo de salud hacia las/os sujetas/os, donde el saber de las/os trabajadoras/es ocupa un lugar privilegiado, legitimando relaciones de poder. Desde esta concepción, no es necesario que la persona participe ya que “no posee un saber” que habilite su intervención en el proceso salud-enfermedad, sino que por el contrario es considerado como un sujeta/o pasiva/o, que debe quedar subordinado a las decisiones de las/os “expertas/os”.

Así quedó expresado en el relato de una de las trabajadoras:

“Es como todo, hay gente, o sea la gente que viene es porque algo le interesa, vos le vas a transmitir la información y probablemente la aplique, (...) el tema es que por ahí hay mucha gente que por cuestiones de desinterés o por cuestiones de a lo mejor no sé, que viven muy lejos, que se les complica por los chicos, y no viene y esa gente yo necesitaría llegar porque es la gente que yo si la veo en el consultorio, capaz que no se no, no me presta atención, no me da bolilla, no se interesa, entonces por ahí bueno, eso yo decía si vos le vas dando una continuidad, si vas transmitiendo del boca en boca, si vas buscando una forma, la gente se va interesando porque la gente le gusta que vos le brindes algo, pero bueno hay gente que sí y gente que no, igual acá la mayoría son participativos, o sea cumplen, en cosas que por ahí uno les explica para que estén organizados, para que hagan las cosas, las hacen cuando uno les va sugiriendo digamos”. **(Mariela, pediatra)**

Aquí se puede advertir la idea de participación como aceptación acrítica de los señalamientos de las/os trabajadoras/es, que “cumplan” sería una forma de ser participativos, en cambio cuando “no se interesan, no hacen lo que la/el trabajadora/or le dice”, no se considera como participación. Desde mi perspectiva, considero que es necesario reflexionar sobre esa pasividad o desinterés de las/os sujetas/os. En este sentido, algunos autores plantean que la pasividad constituye un proceso de resistencia en el mismo sentido que le dan las/os sujetas/os que resisten, es decir que la misma

intencionalidad de las/os actores y actrices se traduce en formas de participación social. Sin embargo, Menéndez (2006) sugiere que hay que tener en cuenta las consecuencias prácticas de dicha pasividad, ya que la misma no se reduce a las/os sujetas/os “pasivas/os” sino al propio juego desarrollado entre los sectores hegemónicos y las/os “diferentes”. De esta manera, se podrá observar cual es realmente el sentido y las consecuencias de los comportamientos que aparecen como sumisos y cuestionadores a la vez.

Otros discursos expresan una posición en relación a la participación social que se asemeja a lo que se denomina “Educación para la Salud”:

“Nosotros no tendríamos que estar acá para..., ponéle, en mi caso para hacer una extracción dentaria, eso ya no es atención primaria de la salud. Yo tendría que estar para educar a los niños en el cuidado, o adultos en el cuidado de su higiene, dar charlas, todo eso..., se hace pero en cuentas gotas. (...) Pero en todas las experiencias que yo he tenido en atención primaria de salud se cumple el objetivo, si vos vas a una escuela a dar una charla el objetivo es que los niños aprendan sobre el cuidado de su boca y las patologías que puedan tener..., lo aprenden! Funciona!” (Santiago, odontólogo)

“(...) y yo creo que se puede decir que viene bastante bien eso, porque enseñamos, recomendamos. Ya con el simple hecho de la vacuna y cuando hay mucha gente en sala de espera salimos a revisar carnet y avisar que hay vacunas nuevas, y todo eso, poner carteles, no sé si será, porque lo veo relacionado con eso”. (Pablo, enfermero)

“Ir a la casa enseñarle, a ver cómo, como viven, como..., limpieza..., (...) si vos vieras como viven por ahí algunos, no todos eh, porque acá en la zona hay de todo, pero más allá más para los bordes y todo..., si pedís higiene ahí es imposible”. (Luis, médico)

La OMS en la 36ª Asamblea Mundial de la Salud (1983), define a la Educación para la Salud como una acción ejercida sobre los individuos con el fin de modificar sus comportamientos, o cualquier combinación de actividades de información y de educación que conduzca a una situación en la que las personas deseen estar sanas, sepan cómo alcanzar la salud, hagan lo que puedan individual y colectivamente para mantenerla.

Si bien este postulado marcó rupturas con los modelos tradicionales de atención, junto con la promoción y prevención de la salud, adhiero a la postura recuperada por Castrillo (2013) de Belmartino y Bloch, quienes establecen que la educación para la salud y la

autorresponsabilidad, muchas veces se convierte en una modalidad paliativa de las consecuencias de la crisis fiscal y la incapacidad del Estado y una propuesta marginalista de extensión de los servicios en vez de constituirse es una modalidad emancipadora para las/os sujetas/os.

En los discursos de las/os entrevistadas/os, aparece la idea de educar a las/os sujetas/os desde los saberes del modelo médico científico, sin poner a discusión ni reflexión por parte de las/os sujetas/os. En consecuencia, desde esta práctica se puede caer en el riesgo de impartir información y educación desde una perspectiva moralizante y estigmatizante, la que no se constituiría en participación real de las/os sujetas/os, sino más bien construcción de sujetas/os acrílicas/os y dependientes de las decisiones y del poder de las/os profesionales.

Otra idea de participación que surge en los discursos es la del trabajo conjunto de las personas con el equipo de salud:

“(...) me parece bien que la gente empiece a ver y poder trabajar juntos con el equipo de salud, porque es importante, la gente conoce el barrio, la gente conoce la misma gente. La promoción debe ser desde acá, justamente integrar un grupo de mujeres para... o de caballeros... eh... para ir preparándolos para distintos talleres, para distintas actividades (...).” (Fabiana, enfermera de farmacia)

Aquí aparece por un lado, la idea del trabajo conjunto asociado al conocimiento de las necesidades y prioridades de la comunidad respecto a la salud y por el otro, la cuestión de capacitar a las personas de la comunidad con el objetivo de ampliar la cobertura del centro de salud o de formar promotores en salud.

Ahora bien, antes de seguir con la exposición de las distintas perspectivas visualizadas en los discursos de las/os entrevistadas/os, me parece conveniente traer a colación lo expuesto por Sherry Arnstein sobre la escalera de la participación. Esta fue una metáfora creada para evaluar los distintos grados de participación ciudadana, donde los escalones más altos representan un mayor grado de poder de la ciudadanía, los escalones medios muestran a una participación simbólica y los inferiores se consideran participación engañosa o no-participación. Siguiendo con esta metáfora, se puede inferir que algunas expresiones pueden estar ubicadas, en términos de proceso, en el propio andar de un escalón a otro.

De esta manera, se podría considerar que los discursos expuestos hasta ahora forman parte de los escalones inferiores, ya que no se observa una intención por parte de los trabajadores de fomentar una participación real de las/os sujetas/os.

Por su parte, los escalones medios representan una participación simbólica y consultiva, entendiéndose por esta a:

“(...) las acciones que ejercen poca o ninguna influencia sobre la política y gestión institucional y generan una ilusión de poder inexistente, un “como si” se participara; bajo las cuales se identifican relaciones de subordinación que impiden cambios en las relaciones de poder.” (Castrillo, 2013: 32)

Este tipo de participación coincide con la segunda de las perspectivas encontradas en los discursos, la cual está representada en la voz de la psicóloga. La misma expresó:

“(...) hay un estilo propio, podríamos decir, de participación o intercambio que es más del uno a uno, hay posibilidad de escuchar, la gente que tiene dificultades al interior o con el equipo, ha podido hablar con el director anterior tranquilamente o conmigo, siempre ha habido una apertura por eso te digo no hay algo formal. Si hay intercambio, no formales, no sistemático, hay una posición de escucha en relación a los problemas (...)” (Andrea, psicóloga y responsable técnica del centro de salud)

Frente a este discurso se observa que la participación de las/os sujetas/os queda acotada a la consulta, a ese intercambio de información con el equipo de salud, que si bien muchas veces -según lo expresado por la trabajadora- estas demandas se tienen en cuenta y viabilizan, la decisión de modificar esas prácticas quedan en manos de las/os trabajadoras/es. Es decir, que las decisiones quedan a criterio y consideración del equipo de salud, donde la mayoría de las veces se encuentran prácticas instituidas que son difíciles de modificar, ya sea porque los profesionales no consideran que sea necesario o porque no tienen una visión crítica de la realidad y de su intervención.

La tercera perspectiva visualizada se encuentra representada por el kinesiólogo y la trabajadora social, la cual coincide -según mi perspectiva- con los escalones superiores de la escalera de la participación. Según ambos relatos, la participación social tiene que ver con “formar parte de algo”, “tener la palabra, ser protagonista de un proceso”, “es cuando uno deja de mirarse el ombligo y se junta con otros para resolver algo”, “cuando se interesa por los otros para mejorar la salud”. La misma podría incluirse dentro de lo que

Belmartino y Bloch (1984) denominan como participación emancipadora. Esta ha sido definida como una instancia concientizadora y movilizadora por la que la población toma conciencia de su situación y de los determinantes sociales de los procesos de salud-enfermedad y se organiza para crear estrategias eficaces para lograr mejores condiciones de vida.

A modo de ejemplificar dichas posturas recupero algunos fragmentos de las entrevistas mantenidas con el kinesiólogo y la trabajadora social:

“Y yo veo que la comunidad para mí se interesa, cuando se interesan en los otros. Por ejemplo, cuando no viene solamente porque le dolió, sino porque vino, porque vio que al centro de salud le faltaba un azulejo, mucha gente viene y me dice che podemos poner esto, podemos hacer empanadas para conseguir esto o vamos a hacer caminatas, cuando se interesan por el otro, entendés? Cuando se interesan y cuando toman conciencia de decir bueno yo no tengo que venir solamente cuando me duele, como ahora esto que están viniendo acá (a las actividades de gimnasia), para mí eso es la participación”. **(Nicolás, kinesiólogo)**

“(...) la participación social es formar parte de algo o tomar carta en el asunto, tomar parte de algo que tiene que ver con un interés de todos o con una necesidad de todos o con un deseo de todos y ponerse en movimiento para lograr como objetivo común, que eso que uno quiere ocurra. Cuando uno deja de mirarse el ombligo y de pensar en la vida solo de uno y se puede juntar con otros, juntos a la par pensando cómo poder llevar adelante una situación.” **(Mariana, trabajadora social)**

“(...) por lo tanto para mí la participación, la imagen además de que es en forma horizontal, tiene que poder formar parte uno de la elección y de la decisión. Para mí para que haya participación social real, uno tiene que poder, cada uno de los sujetos no es pensado como un adorno o que por conveniencia de alguien que considera que tiene que participar o no, sino que es tomar parte en todo el proceso de decisión también y de elección, que tiene que ver con los problemas. Sería la participación social es vos formas parte del diagnóstico, del proceso y de la resolución y tenés que poder, poder justamente sería una palabra que yo relaciono con participación, tenés que poder formar parte también con las decisiones que tiene que ver con tu propia vida.” **(Mariana, trabajadora social)**

En este sentido, considero pertinente recuperar los aportes Sartori (1997) quien expresa que la participación no se trata de formar parte o ser parte pasiva u obligadamente, sino que estaría vinculada a tomar parte personal y activamente a partir de la propia y libre decisión, es decir, es ponerse en movimiento por sí mismo y no como respuesta a la convocatoria de otros. Sin embargo, cabe señalar aquí que cuando existe participación social hay tensiones, conflictos y desigualdades entre las/os sujetas/os y las/os trabajadoras/es del sistema de salud, ya que éstas/os últimas/os son quienes poseen conocimientos que son legitimados y reconocidos científica y socialmente. Teniendo en cuenta lo anterior, se puede proponer que en los espacios de participación se combinen las propuestas provenientes del saber sanitario de los equipos de salud con las demandas, intereses y valores de las/os sujetas/os con los que se pretende trabajar en conjunto. Es decir, que en estos espacios se busque la construcción conjunta, a través del diálogo, de la revalorización de los saberes populares y de la historia, pero siempre teniendo presente los límites y posibilidades del sistema, así como también los objetivos e intereses comunes en la construcción social de la salud.

Siguiendo con el análisis, expongo ahora los sentidos de la participación social. En los discursos de las/os trabajadoras/es se pudieron encontrar distintos sentidos atribuidos a la participación. El primero de ellos hace referencia a la ampliación de la cobertura de salud, así lo expresó una trabajadora:

“Si bien acá es muy fluida la cantidad de gente que hay, pero igual sabemos que hay muchos barrios que nos rodean, que hay gente que no llega, que no llega. (...) La promoción debe ser desde acá, justamente integrar un grupo de mujeres para... o de caballeros... eh... para ir preparándolos para distintos talleres, para distintas actividades que puedan involucrar cada más gente, que puedan traer a la gente esa que no conoce la actividad que se hace acá, la tarea que desempeñamos cada uno no?? Porque es un amplio grupo de profesionales”. **(Fabiana, enfermera de farmacia)**

Según Menéndez (1998) la participación social ha sido utilizada en relación al proceso de salud-enfermedad-atención en términos básicamente aplicados, y a través de orientaciones ideológicas y técnicas distintas. De esta manera, se puede distinguir varios objetivos de la participación respecto al proceso mencionado: a) la participación social referida a actividades específicas con objetivo expreso y real de mejorar el estado de salud, abatir los daños, mejorar la cobertura; b) la referida a actividades específicas, pero además buscando legitimar al Estado o al grupo que impulsa este tipo de actividades; c)

la participación social en salud como paso para organizar a la comunidad/barrio, grupo, d) la participación social en salud como proceso significativo, pero no determinante para organizar, movilizar y generar transformaciones en el nivel general de una sociedad; e) la considerada como irrelevante para la modificación sustantiva de las condiciones de salud o para algunos de sus aspectos; la solución está depositada en cambios estructurales y/o en soluciones técnicas; f) la participación social como mecanismo que soluciona parcialmente los problemas, pero que debe ser impulsada porque en función de diferentes factores (reducción de recursos financieros), la misma asegura un mínimo de intervención y/o de eficacia sobre los problemas; g) la participación social en salud como un proceso que asegura la continuidad de las actividades médico/sanitarias, pese al proceso de discontinuidad que caracteriza las actividades y políticas de los aparatos médicos sanitarios. En otras palabras, la participación social en salud puede ser considerada como objetivo específico de salud, como medio para la obtención de otro tipo de objetivos, como recurso y/o como sujeto.

En este caso, el discurso de Fabiana (enfermera) se asemeja al primer objetivo descrito por Menéndez, es decir que a la participación la piensa como un objetivo específico de salud: ampliar la cobertura y llegada de la atención de salud a las personas del barrio. Otro de los sentidos expuestos en las entrevistas, fue la participación de las/os sujetas/os como medio para conocer las problemáticas y la realidad social del barrio, así lo plantearon tres trabajadoras:

“Si vos realmente involucras a la gente te vas a... yo creo que sí empezas con algo así te vas a ir enterando cada vez de mayores problemáticas que uno hoy las está ignorando, porque no le das la apertura necesaria o la gente no se anima a llegar. (...) necesitas si o sí a la gente para saber la realidad con la que vos estás viviendo, yo no puedo decir de una realidad que no conozco (...)” (Fabiana, enfermera farmacia)

“O sea si participas también intercambias información y al intercambiar información también puedes saber cuáles son los problemas que detectan ellos y cuáles son los que vos estas detectando, que vos también puedes tener una lectura en relación a la población que estas atendiendo y tomar decisiones en relación a eso, y también está bueno ver cuál es el problema que la comunidad identifica como problema que puede no coincidir en lo que vos identificas como problema principal y lo que ellos consideran como problema principal. (Andrea, psicóloga)

“Yo creo que la participación es el conocimiento del barrio, el trabajar con la gente, el acercarse a la gente. (...) creo que es necesario que el médico que está a cargo de una población conozca esa población, conozca esas necesidades. (Mariela, pediatra)

La participación de las/os sujetas/os para trabajar problemáticas complejas, como ser el consumo problemático de drogas y la violencia de género, fue otro de los sentidos atribuidos a la participación. Esto quedó plasmado en lo dicho por dos trabajadoras del centro de salud:

“Hoy por hoy yo creo que tenés que trabajar, enfocarte más en los adolescentes, en los jóvenes, por la gran consumición de estupefacientes que hay. Yo creo que tenés que buscar talleres, actividades, cosas que ellos pongan su cabeza en otra cosa y no en eso, orientarlos para que sigan un estudio o un oficio, lo que sea (...) (Fabiana, enfermera farmacia)

“Nosotros en el 2008 empezamos a ver que era recurrente la cantidad de personas que aparecían con problemas vinculados a la agresión, a la violencia de parte de su pareja, de su familia, entonces lo empezamos a visibilizar como un problema a eso y pensamos un espacio que nosotros lo llamamos Entretejiendo. (...) nos empezamos a encontrar todos los jueves con mujeres que estaban atravesando situaciones de violencia y que habían empezado a trabajarlo en forma individual porque venían a consultarme a mi o a Andrea, a plantear sus problema, a querer trabajarlos, algunas estaban haciendo un espacio de terapia y se les propuso empezar a pensar esto en forma conjunta, de pensar cómo se salía de esta situación o de trabajar esta situación pero de una manera colectiva.” (Mariana, trabajadora social)

Otro de los sentidos visualizados fue la idea de la participación social con el objetivo de evaluar al centro de salud, es decir que las/os sujetas/os cumplan la función de control o contralor de las prácticas en salud.

“El tema de la participación social cuando uno da cabida a la participación social, operaria o debiera operar también como un control, como un controlador de las propias prácticas que se hacen en salud. (...) había vecinalistas que iban y se sentaban en la sala de espera a ver cómo funcionaban los turnos, si los médicos se quedaban o no se quedaban, y estaba optimo eso, (...) y abrimos una reunión a la que vino la gente de todas las

vecinales a plantear los problemas que ellos veían de los centros de salud”. (Mariana, Trabajadora Social)

“(…) yo creo que la comunidad tendría que tener un lugarcito, un espacio, ver si funcionamos bien, si funcionamos mal, que ellos nos hagan propuestas, que vean como están las escuelas, como están el tema de la vacunación y como estamos con los turnos, si viene mucha gente, si no viene gente, que sepa que haya una comisión estaría bueno”. (Nicolás, kinesiólogo)

Esta representación deviene del concepto de participación ciudadana incorporado a principios del año 2000 principalmente por el Banco Mundial, pero consensuadas al mismo tiempo por otras agencias internacionales. De esta manera, la idea de participación como posibilidad de un proceso conjunto interviniendo en las instancias de decisión y ejecución en las políticas de salud se modifica, y aparece la noción de la ejecución de acciones de control por parte de los ciudadanos sobre la administración y gestión estatal en salud. (Bang, 2011)

Respecto a los últimos tres sentidos -la participación como medio para conocer las problemáticas del barrio, para trabajar problemáticas complejas y evaluar al centro de salud-, se puede decir que los mismos se asemejan a lo expuesto por Menéndez en relación a la participación como medio para la concreción de otros objetivos, lo que se podría traducir en la participación como medio y no como fin en sí mismo, que acentúa los efectos democratizadores como proponen algunos autores.

El quinto y último sentido observado en los discursos fue la idea de la participación de las/os sujetas/os como recurso, es decir como colaboración o mano de obra, con el objetivo de movilizar recursos propios de la comunidad y así mejorar las condiciones de salud.

(…) ahora justo atendí un paciente que tiene una radio así que, por ejemplo esto que esta acá (las actividades de educación física) lo hablé en la radio, invité a la gente que venga y ya lo tengo a él para siempre. (...) pero si no hacíamos afiches nosotros con los alumnos de kinesiología y bueno la señora que tenía el supermercado allá: “yo lo llevo al otro lado, yo lo llevo allá”, y así invitaba”. (Nicolás, kinesiólogo)

“(…) yo tengo pacientes albañiles que me han dicho: “yo te vengo a trabajar gratis, ponemos ladrillos”. Y eso por ejemplo le surgió al paciente que es albañil me dijo, mira la

frase que me acuerdo: “yo en esto voy a trabajar porque va a ser para mis hijos, para mis nietos esto, esto no es para mí solo”. Como que vio más allá y es para el barrio, y varias personas me han dicho eso”. (Nicolás, kinesiólogo)

Este sentido atribuido a la participación se podría relacionar con lo que exponen algunos autores como un enfoque funcional de la participación, el cual se instala como un medio de obtener apoyo oficial para programas gubernamentales aprovechándose de los recursos de la población. Tiene como finalidad garantizar la adhesión de la población a través de la ejecución de tareas prescriptas por las/os trabajadoras/es de la salud, donde la población queda relegada de los procesos decisorios. (Kind y otros, 2012)

Sin embargo, no se puede dejar de mencionar aquí que dichos sentidos tienen relación directa con los discursos de los organismos internacionales y con los distintos contextos sociales que fueron atravesando los mismos. Como ya se expuso en el marco conceptual, desde la conferencia de Alma Ata se mantiene una doble acepción de la participación social, una en términos de recurso y otra en términos de población organizada que interviene en todos los momentos de los programas y políticas en salud. (Menéndez, 1998) Además, se puede decir que estas visiones pueden ser encontradas en el discurso de un mismo trabajador o trabajadora, en tanto en algún momento se acerca a una perspectiva y luego más a la otra.

Diversas prácticas participativas en salud

A los fines ampliar mi mirada sobre las concepciones de participación de las/os trabajadoras/es de la salud, me propuse indagar sobre las distintas prácticas concretas de participación que se llevan a cabo en el centro de salud. De esta manera pude observar las contradicciones, congruencias e incongruencias que aparecen en la práctica social en tensión con lo discursivo.

En los relatos de las/os entrevistadas/os se reconocieron distintas prácticas participativas en salud que fueron clasificadas en seis tipologías. En primer lugar, las charlas y talleres realizados tanto en el centro de salud como en las escuelas del barrio, fueron identificados por la mayoría de las/os trabajadoras/es como espacios de participación. Los mismos se realizaron en base a distintas temáticas como ser: sexualidad responsable, violencia de género, cáncer de cuello uterino, diabetes, TBC, entre otros. Algunas de estas actividades

se llevan a cabo en conjunto con docentes y estudiantes de la Universidad Nacional del Litoral en el marco de proyectos de extensión, mientras que otras se realizan en conjunto con practicantes de las carreras de enfermería, kinesiología, trabajo social y medicina.

En segundo lugar, las actividades de gimnasia y educación física realizadas por el kinesiólogo y los practicantes de kinesiología, fueron reconocidas por la mayoría de las trabajadoras y trabajadores como una de las actividades de participación que más convoca a la gente. En estas actividades, se pudo observar como lo vincular ocupa un lugar central en la construcción de lazos entre las/os trabajadoras/es y las/os sujetas/os, los cuales están basados en el respeto, el buen trato, la empatía.

En palabras de Bang y Corín (2017) la creación de dispositivos vinculares y afectivos pueden dar lugar a procesos de subjetivación para el sostenimiento de la participación. Se supera así la concepción instrumental y meramente racional de participación, sostenida desde las políticas y modelos normativos de APS. De esta manera, la participación puede constituirse en una estrategia de transformación conjunta de los procesos de salud-enfermedad, así como en una estrategia de promoción de salud en el ámbito comunitario.

La tercer práctica de participación identificada fue la concentración y caminata por el NI UNA MENOS en el barrio. Esta actividad apareció en el discurso de solo dos trabajadoras:

“(...) hemos hecho para el 3 de junio, desde hace 2 años empezamos a instalar una cosa de replicar la caminata de la plaza acá en el barrio, entonces con motivo del NI UNA MENOS, VIVAS NOS QUEREMOS ahora hicimos una caminata.” (Mariana, trabajadora social)

“(...) hacemos caminatas también, el año pasado hicimos una, todos los años hacemos una, que nos vamos hasta el centro de salud de Yapeyú y volvemos caminando, hacemos una actividad física primero de precalentamiento y nos vamos. Unas veces se sumó la escuela porque era con el lema NI UNA MENOS, generalmente hacemos en esa semana y todos los eventos que tenemos así tratamos de que tenga este perfil”. (Andrea, psicóloga)

El hecho de que solo en los discursos de estas trabajadoras surja esta idea, denota una perspectiva distinta al resto de los trabajadores, se puede visualizar mayor apertura e interés para trabajar temas en relación a las cuestiones de género y a la violencia hacia

las mujeres. Además, se puede ver que existe una representación o creencia por parte del equipo de salud en relación a que las profesiones “más sociales” como ser el trabajo social, la psicología, son aquellas que deben atender las situaciones sociales complejas, dejándose de lado la importancia del abordaje interdisciplinario y fragmentándose la atención según sea la demanda puntual. Esto apareció en los discursos de una trabajadora:

*“Si en equipo depende, depende de que se trate porque hay como una cuestión tácita de, a no si es tema social o de abuso..., va, en realidad siempre intervenimos en esos casos, si hablamos de esos problemas, los psicólogos y la trabajadora social, el resto del equipo a veces ni se entera, no saben o vos comentas, o si si necesito mira este caso con la pediatra por ejemplo tenemos que hacer una interconsulta o necesitamos, bueno ahí sí, pero en general, como que no son temas que ellos se sientan cómodos, no ya lo derivan, viste? Y aparte al estar acá, la demanda es dirigida a alguna de las dos, la gente ya sabe, viene y habla de eso acá, esa también no se lo plantean al médico y se lo plantean es porque hay un vínculo muy fuerte y bueno hacemos esa interconsulta, esa..., pero excepciones, excepciones. La mayoría de las veces o a la trabajadora social o a la psicóloga. **(Andrea, psicóloga)***

Esta idea también se pudo observar en los relatos, cuando hicieron referencia a las charlas que dan en las escuelas, donde estas trabajadoras fueron las únicas que mencionaron como temáticas a trabajar las relacionadas con la violencia de género.

*“Y mucho trabajamos con las escuelas, por ejemplo, las escuelas secundarias, ya venimos haciendo hace varios años talleres sobre sexualidad, sexualidad responsable y ahora específicamente nos vinieron a pedir temas..., de violencia de género, sobre todo trabajar con las mujeres y abuso sexual. **(Andrea, psicóloga)***

*“(...) hay una tarea con la escuela técnica secundaria que hace varios años empezamos a ir para abordar distintos temas, el tema de salud sexual y reproductiva, embarazo adolescente, noviazgos violentos, la última fue también por el la cuestión de género”. **(Mariana, trabajadora social)***

Otra de las prácticas de participación mencionadas -que se encuentra relacionada por la temática con la anterior- fue el grupo de mujeres denominado “Entretejiendo”, el cual comenzó en el año 2008. Según los relatos de la trabajadora social, este grupo se

conformó a partir de un diagnóstico que se hizo sobre la cantidad de mujeres en situación de violencia que llegaban al centro de salud, lo cual fue compartido a su vez por otras instituciones, tanto del barrio San Agustín, como del barrio Abasto y Yapeyú. De esta manera, se comenzó a pensar una forma de abordaje de manera colectiva e intersectorial, ya que luego se fue convocando a las distintas instituciones que atienden esta temática: Área Mujer y Diversidad Sexual del municipio, Centro de Asistencia a la Víctima de la Defensoría del Pueblo, Subsecretaría de Políticas de Género, entre otras.

La trabajadora social apuntó que este grupo fue un espacio de participación social y de mucha referencia para las mujeres:

“(...) se abrió un espacio interesante y de mucha referencia que nosotros incluso pensamos un montón el nombre, el entretejiendo y nombrarlo así, porque en realidad las mujeres nos decían que era imposible que ellas les dijeran a sus maridos que iban a un grupo de violencia, entonces venían con las agujas y las lanas y venían a un grupo de tejido, y se empezó a instalar así como que era grupo de tejido. En realidad la propuesta era que tejíamos mientras tanto, después en un momento hubo que no tejíamos más, algunas ni sabíamos tejer, pero si no, cada una tejía un cuadrado y la idea era unir, hacer mantas y venderlos y eso de a rato lo pudimos hacer, costó un montón institucionalizarlo pero la idea iba acompañada de que ese cuadrado, ese proceso individual pudiera unirse a otros retazos y formar parte de una manta en este caso y formar parte de una cuestión, de un producto colectivo, o sea yo creo que esa experiencia en realidad tenía que ver mucho con participación social y propiciarla”. (Mariana)

Desde mi perspectiva considero que este grupo conformado con un objetivo específico, fue un espacio de participación social, de construcción colectiva, de intercambio de saberes que constituyó un fin en sí mismo¹¹, ya que apuntó a la reflexión crítica de la realidad social, al empoderamiento de las mujeres y a la transformación de las relaciones sociales. Además se puede traer a colación lo que plantea Menéndez (1998) en relación a las estrategias de autoprotección en salud que realizan determinados microgrupos para enfrentar los padecimientos. Una de estas estrategias podría ser la creación del Entretejiendo, en tanto fue un microgrupo de mujeres que se construyó de manera

¹¹ La participación como fin en sí mismo se entiende a aquella que tiene como eje principal los procesos de poder y la toma de decisiones, es decir que la misma tiene implicaciones políticas que rebasan el marco de la atención a la salud, en cuanto fomenta el ejercicio de poder, fortalecimiento de la sociedad civil y de la democracia de base. (Menéndez, 1998)

intencional y voluntaria, con el objetivo de realizar acciones inmediatas o a mediano plazo para abordar las situaciones de violencia de género.

En quinto lugar, se identificó como otra práctica a las instancias de escucha y diálogo entre profesionales y las/os sujetas/os –la que denominan participación del uno a uno-. Estos espacios fueron recuperados durante las entrevistas por la psicóloga y la trabajadora social, ya que son quienes lo propician.

“(...) hay un estilo propio, podríamos decir, de participación o intercambio que es más del uno a uno, hay posibilidad de escuchar, la gente que tiene dificultades al interior o con el equipo, ha podido, por ejemplo hablar con el director anterior tranquilamente o conmigo, siempre ha habido una apertura por eso te digo no hay algo formal”. (Andrea, psicóloga)

“Yo creo que nosotros particularmente, ahí capaz que puedo hablar en dupla con Andrea, porque tenemos una escucha muy atenta de lo que nos va planteando la gente, respecto de cómo es atendida, respecto de las necesidades y en función de eso vamos tratando de reacomodarnos nosotros, de pensar acá distinta la cuestión de la salud. Son elementos, lo que dice la gente son elementos que nosotros tenemos muy en cuenta en las reuniones de equipo, no es que lo dejamos pasar como un comentario y entonces no es importante, sino que realmente estamos muy atentas a lo que la gente va planteando para tratar de modificar las prácticas que fueran necesarias modificar. (Mariana, trabajadora social)

Nuevamente aquí se percibe en los discursos de estas trabajadoras mayor apertura y predisposición para la escucha de propuestas y cuestionamientos de las/os sujetas/os en relación a la atención de la salud.

En sexto lugar, tres trabajadoras hicieron referencia a los Colegiados de Gestión de las Subregiones, como otra de las prácticas participativas en salud. Los mismos fueron creados con el objetivo de ser espacios de discusión sobre distintos aspectos de la atención en salud y teniendo en cuenta los principios rectores de la Atención Primaria de la Salud: gratuidad, universalidad, equidad, participación comunitaria, resolución clínica de los problemas respetando la dignidad humana y concepción de la salud como un derecho. Su principal finalidad fue apuntar a la democratización del sistema de salud a partir de la participación de trabajadoras/es y coordinadoras/es de los centros de salud, trabajadoras/es y directoras/es de hospitales, coordinadoras/es de subregiones,

funcionarias/os y las/os sujetas/os que utilizan estos servicios.¹² Si bien estos espacios no existen en la actualidad, según los discursos de las trabajadoras estos fueron muy importantes ya que existía una pluralidad de participantes y se podía trabajar diversas cuestiones, tanto teóricas como prácticas en relación a la salud.

“Y por ejemplo hace dos o tres años vos tenías un espacio que era un colegiado de gestión en el Sayago y estaban todos los centros de salud, todas las asociaciones, podían participar, incluso algunas asociaciones, vecinos que iban o de los representantes de la comunidad, viste? Que era un espacio de discusión viste? Entonces era súper importante, esos espacios medios que se han diluido y se han focalizado en pequeños espacios así, se han fragmentado mucho”. **(Andrea, psicóloga)**

“Los centros de salud están solos, somos los últimos en enterarnos, antes se hacían reuniones entre los centros de salud en el Sayago, ahí había mucha participación y se podía trabajar los distintos problemas que teníamos. Pero ahora no porque lo hace una gestión, después otra no”. **(Claudia, personal admisión)**

“(…) con la misma propuesta de nodo y subregiones, viene una propuesta de colegiados que operan a los fines de espacios de asamblea y participación en donde los trabajadores de salud plantean su opinión, dan su consideración respecto de cuáles eran los problemas y se tomaban las decisiones en asamblea, o sea que esas son instancias de participación justamente. Eso sirvió a los fines de discusión, no sé qué tanto en términos de toma de decisión, en términos resolutivos, y después se dejaron de hacer no sé por qué motivo, pero en el momento en que yo estuve en gestión eso era algo muy importante, nosotros estábamos pendientes, diseñábamos objetivos y la verdad que era una instancia interesante porque nos encontrábamos todos los trabajadores de salud. Y después yo recuerdo que en esa misma instancia se hicieron espacios muy interesantes, yo me acuerdo una vez que llevamos el video de Testa justamente de participación en salud y el texto que él hace de APS o atención primitiva de la salud y discutimos en función de eso. **(Mariana, trabajadora social)**

No obstante, una de las trabajadoras sostuvo que en estos espacios de participación también se presentaron dificultades, ya que aparecían distintas concepciones, intereses, perspectivas en relación a la salud:

¹² Información obtenida del Blog de la Región 3-Nodo Santa Fe, Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. <http://nodosantafesalud.blogspot.com.ar/>

“Así como en esa instancia había gente que le interesaba mucho, había otros que salían de la reunión y que decían: ‘a esto no vengo más, es al pedo discutir estas cosas, nosotros que tenemos tantos problemas’, o sea no podían asociar que eso era para justamente pensar, salir de la cuestión inmediata y poder pensar, bueno otras prácticas desde otro lugar y después volver a ver como resolvíamos el problema, pero ahí había una dificultad muy grande para pensar, el pensamiento abstracto, era todo concreto, concreto, concreto, esta esto, tengo esto, quiero esto, me das la solución. Entonces pensar ahí una instancia de participación a donde uno abra, en donde tomamos las decisiones en conjunto, era mucho esfuerzo porque en realidad había una idea vertical, vos sos la jefa, yo te cuento el problema y vos me tenés que decir como yo lo resuelvo, esta como instalada mucho esa práctica, que de hecho en salud era muy así porque estaba el programa, el supervisor, entonces es como desandar una cosa que está súper institucionalizada”. (Mariana, trabajadora social)

Respecto a lo anterior, considero interesante recuperar la idea que expone la trabajadora social, en relación a que si bien este era un espacio de participación, seguía persistiendo la impronta vertical tanto en las prácticas como en las formas de pensar de los equipos de salud. Aquí se puede ver como la estructura u organización del sistema de salud condiciona las prácticas e impone modos de actuar. Siguiendo a Bang (2013) esta lógica es la propuesta por los modelos normativos de gestión, donde se centraliza las decisiones y no se propone un trabajo en conjunto con las/os trabajadoras/es ni con las/os sujetas/os destinatarios de las políticas de salud, reproduciéndose la asimetría en la relación poder-saber.

Pero frente a estos modelos normativos, distintos autores como Sousa Campos y Onocko proponen otros modelos de gestión más democráticos en salud. La propuesta de Sousa Campos se basa en dispositivos para los servicios de salud conformados a partir de los conceptos de Equipos de Referencia y de Apoyo Especializado Matricial. Estos dispositivos tienen como directrices principales el trabajo interdisciplinario y la consolidación del vínculo terapéutico entre equipo de profesionales y usuarios. En este vínculo se hace necesaria la incorporación de las dimensiones subjetivas y sociales de las/os sujetas/os, y se apunta a reducir las distancias de poder entre las/os profesionales y las/os sujetas/os. (Sousa Campos, 1998) Aportando a esta postura, Onocko (2002) plantea, por un lado, que este vínculo contribuye a acercar el control social al espacio donde se producen los cuidados en salud, es decir que ello crearía nuevos patrones de

contrato con el equipo profesional, aumentando la autonomía de las/os sujetas/os. Y por otro lado, que el mismo propicia una mayor implicación de los profesionales con su lugar y su objeto de trabajo.

Asimismo, ambos autores plantean que se debe apuntar a la creación de espacios colectivos donde los distintos actores del sistema (trabajadoras/es y usuarias/os) puedan debatir, analizar y tomar decisiones sobre temas relevantes. *“Espacios en los cuales sea posible formular proyectos. Espacios que puedan transformarse en instancias, en el sentido de procesar aquello que les llega, y tener un grado mayor de análisis de la implicación con aquello que producen”*. (Onocko, 2002: 2)

Estos espacios podrían ser pensados como herramientas que apunten a contrarrestar los modos tradicionales de experimentar la vida dentro de las instituciones de salud. (Weller, 2007)

“En la mayoría de las situaciones institucionales, el modelo gerencial hegemónico (Campos, 2000) contribuye al establecimiento de patrones en los modos de relacionarse entre las personas, sumamente marcados por la amenaza que el otro representa. La mayoría de los grupos que encontramos en los servicios de salud no son grupos, sino más bien agrupamientos; no tienen constituida un área de relaciones intersubjetivas que permita que la experiencia de la diferencia no sea vivida como mortal. El otro como amenaza. El otro como depositario de todo lo que hay de malo. El otro como aquello que me impide crecer. El otro como lugar donde vomitar lo que yo quiera. El otro como testigo para quien representar, el agrupamiento como escenario”. (Onocko Campos, 2002:4)

No obstante, en estos espacios siempre debe haber alguien que convoque a la reunión –el coordinador o gestor-, quien tiene la responsabilidad de fijar un tiempo, un espacio y formular una agenda de propuestas que serán puestas a consideración de los participantes. Pero además, éste debe estar capacitado para trabajar con las relaciones de poder existentes, ya que en todo encuentro de sujetas/os se ponen en juego realidades subjetivas y socioculturales diferentes, lo que se traduce en personas con diferentes intereses, modos de pensar y distintos tipos de poder según la posición social que ocupen. Es así que el coordinador no tendrá la función de controlar ni de imponer su perspectiva, sino posibilitar el intercambio y la toma de decisiones. (Weller, 2007)

En síntesis, este modelo propone a la gestión como una tarea colectiva, es decir la co-gestión, donde se construya la capacidad de dirección entre el conjunto de personas de un colectivo, y no solamente en su cúpula. En palabras de Sousa Campos, la mayoría de las discusiones y la toma de decisiones ocurren en los encuentros cotidianos entre directoras/es y trabajadoras/es, trabajadoras/es y trabajadoras/es, equipos y usuarias/os, es por ello que se hace necesario que las decisiones se tomen en los espacios de gobernabilidad de cada uno y que apenas lo contradictorio, lo nuevo o lo desconocido sean llevados a instancias colectivas. (Weller, 2007)

Ahora bien, una vez expuestas las distintas prácticas participativas considero importante mencionar cuatro aspectos relacionados que fueron indagados durante las entrevistas. Estos aspectos son: 1) la percepción de las trabajadoras y trabajadores en relación al involucramiento de las/os sujetas/os en las distintas actividades, 2) las opiniones y propuestas de las/os sujetas/os y como se las tiene en cuenta, 3) quiénes son los que deben impulsar la participación y cuáles son las estrategias que se dan para que las/os sujetas/os participen, y 4) las limitaciones que aparecen en la participación.

En relación al primer aspecto, varias/os de las personas entrevistadas concordaron que en general las/os sujetas/os se involucran y les gusta asistir a las actividades:

“Si, acá vienen, nosotros te ponemos una mesa y siempre ponemos alguna cosa tipo desayuno así, charlamos, traemos un proyector, a la gente le gusta. (Raúl, ginecólogo)

“Si, ya te digo. Cuando te doy esos ejemplos que he visto que estuvo lindo, que funcionaban bien, los del PAP, estas chicas que vinieron y siii, eh..., se copan. Sí, sí. Les gusta, participan, captan gente para hacer esos análisis, o sea, el objetivo lo cumplen, el objetivo se cumple. (Santiago, odontólogo)

“Si se involucran, se, por ejemplo yo los veo ahora actualmente en la actividad de gimnasia que les gusta, vos ves que a la gente le interesa. (...) todas las actividades, todos los talleres que se te ocurra acá podrías... porque tenés gente dispuesta, dispuesta a hacerlo, a ayudarte y te acompaña”. (Fabiana, enfermera farmacia)

“Bárbaro lo toman, si siempre viene la gente. (...) aparte termina todo a los aplausos, hasta traen bizcochos, se traen el mate, está bueno. Siempre, siempre hay algo que les interesa a la gente (...)” (Pablo, enfermero)

Además, uno de los entrevistados adhirió a esta postura pero planteó:

“Y yo veo que si ven a alguien que se compromete participan, si vos querés que ellos hagan algo sin tener un respaldo, olvidáte. (...) necesitan un líder porque si no no se involucra la gente. Sí tienen muchas ganas de hacer cosas pero no hay líderes, porque no hay compromiso, entonces cuando ven alguien que se compromete, van todos, pero si no no”. (Nicolás, kinesiólogo)

Lo anterior podría hacer referencia a la idea de que para que la participación de las/os sujetas/os se efectivice se hace necesario que las/os trabajadoras/es del centro de salud estén capacitadas/os y predispuestas/os a trabajar de manera conjunta las propuestas o demandas de las/os sujetas/os. Es decir que se dé un ida y vuelta, que no se quede solo en las propuestas de las/os sujetas/os, sino que desde las instituciones, como representantes del Estado se posibilite el diálogo, se dé respuestas a las demandas y que haya compromiso por parte de las/os trabajadoras/es para el trabajo desde un posicionamiento más horizontal.

Esto se puede relacionar a su vez con la idea planteada por la psicóloga en relación a las formas ideales de participación:

“En la participación el lugar que tiene la comunidad es decisión, acá no decide, entendés? O sea te escucho y yo veo que hago, no hay un acuerdo, entonces depende de la voluntad del que está del otro lado, en cambio una instancia asamblearia de participación, bueno ahí hacemos como un acuerdo, yo asumo, veo como, o sea los lugares y las responsabilidades que asumen cada uno son distintas, por lo menos así lo veo, así lo pienso, viste? Que no quede a la libre, a que, o sea a la cuestión de la buena voluntad, o sea uno puede tener buena voluntad pero si es tu responsabilidad y hace tu función vos tenés que tratar de garantizarlo”. (Andrea, psicóloga)

El entrevistado también agregó:

“(...) hay que darle entrada desde acá también porque si no la gente no quiere entrar, no sabe si puede. Si nosotros del personal acá no le damos entrada, la gente no va a venir a proponer”. (Nicolás, kinesiólogo)

Esta idea de “darle entrada a la gente” tiene que ver con posibilitar espacios de participación dentro del centro de salud, donde las/os sujetas/os se sientan en confianza,

se sientan escuchados, se los trate bien y las/os trabajadoras/es quieran trabajar las propuestas de la gente.

Otra de las trabajadoras también señaló la importancia de darle lugar a la gente:

“Para mí todo el equipo tiene que involucrarse con la gente. Si le damos lugar a la gente, aparte vamos a conocer mucho más problemas y situaciones que hay en la comunidad. (...) Ahora se están haciendo actividades de gimnasia, por ejemplo, con los kinesiólogos, que viene muchísima gente que quizás si pudiéramos más días o más horarios o pudiéramos una apertura mayor de tiempo a la tarde, porque a la tarde queda mucho tiempo para poder explotarlo al centro de salud, tanto en atención médica, en actividades con la gente porque realmente queda mucho... quedan muchas horas”. **(Fabiana, enfermera farmacia)**

No obstante, se visualizó una posición que se contrapone con las anteriores:

“Y después en realidad, yo no sé si la comunidad podría involucrarse en el centro o que nosotros nos podamos incorporar más a la comunidad porque acá por ahí es muy difícil poner un taller para que venga la comunidad por una cuestión de espacio, por una cuestión de organización, de todo. Entonces por ahí para el acercamiento con la comunidad sería más cómodo que uno pueda salir a que la gente pueda involucrarse acá adentro, ese es el tema, por una cuestión de espacio. (...) lo ideal es articular pero afuera”. **(Mariela, pediatra)**

Aquí subyace la idea de que el espacio público o de las instituciones de salud debe ser utilizado por las/os sujetas/os solo cuando demandan la atención de los profesionales y no para otras actividades relacionadas a la prevención, promoción y participación. Esto a su vez, se relaciona con la concepción de salud que tienen la mayoría de las/os trabajadoras/es del centro de salud (tema que se abordará más adelante).

Volviendo a la idea anterior, respecto a que se hace necesario crear espacios donde las/os sujetas/os se sientan en confianza para participar, recupero lo expuesto por la trabajadora social en relación a su percepción sobre el involucramiento de las/os mismas/os en las actividades.

“(...) tiene mucho que ver, a ver eso no surge espontáneamente, sino que tiene mucho que ver el trabajo transitado, te quiero decir la gente que se suma, habrá alguno que se suma en forma descolgada, pero si no el que se suma es porque tiene alguna relación y

proceso iniciado de trabajo con Andrea, conmigo, con Luis, con Nicolás, que Nicolás [kinesiólogo] es un gran convocador de gente y de instancias participativas digamos. Tiene que ver con quien convoca, a veces la gente no viene porque le interesa la actividad, sino porque Nicolás la invitó, entonces como le va a fallar a Nicolás, me entendés?” (Mariana, trabajadora social)

Lo mencionado por esta trabajadora tiene que ver con lo que también expone el kinesiólogo en relación a que si las personas ven que alguien se compromete con ellas o si hay un “líder”, participan. Asimismo, depende de si se ha llevado a cabo un proceso de trabajo con las mismas y de cómo es ese trato o la relación con ellas. Si tenemos en cuenta lo que dice la trabajadora social respecto a que la gente participa porque no le puede “fallar a Nicolás”, se puede deducir que existe una relación empática y próxima con las/os sujetas/os. Esto a su vez, pudo ser observado en la sala de espera, ya que al momento de recibimiento que dan el kinesiólogo y las/os practicantes a la gente que atienden, lo expresan a través del respeto, la calidez, el buen trato, lo que ocurre también durante las actividades de educación física realizadas, en las cuales pude participar una vez.

Si la persona se siente respetada, alojada, valorada en su singularidad, ésto puede posibilitar la generación de un lazo, un vínculo con las/os trabajadoras/es del centro de salud, y en consecuencia, puede sentirse más motivada a participar de las actividades, es decir, se puede sentir partícipe de la construcción de la salud. De esta manera, se podría decir que el kinesiólogo es un referente para las/os sujetas/os, en primer lugar porque la relación que construye con ellas/os se basa en una posición ética del buen trato, del respeto, de la empatía y, en segundo lugar, porque esta relación también tiene que ver con entender y abordar la situación social de la/el sujeta/o en su integralidad, teniendo en cuenta su historia de vida y su contexto social.

El segundo aspecto indagado durante las entrevistas fue si existen cuestionamientos y propuestas por parte de las/os sujetas/os y cómo son tenidas en cuenta por las/os trabajadoras/es del centro de salud. En relación a este punto, la mayoría de las/os entrevistadas/os respondieron que cuando hay propuestas o cuestionamientos por parte de las/os sujetas/os, se “trata” de ver si se puede solucionar o dar respuestas:

“Si siempre, y tratamos en lo posible de poder resolverlo de alguna manera (...). Si, bueno si ya es un caso mayor, por ahí hablan con Andrea que es la referente del centro de salud, pero siempre tratamos de resolver. (Claudia, personal admisión)

“Pero bueno se trata de ver, de ver como puedes responder mejor para todo, no solamente si hay quejas, si hay quejas también trabajas mal, entonces tratas de ver las posibilidades, de escuchar y bueno si se puede se hace, se hace. (Luis, médico)

“(...) o sea siempre cuando empieza a ser algo de conflicto se trata de charlar en las reuniones de equipo y ver si se puede encontrar alguna solución”. (Mariela, pediatra)

“Seguramente, eso seguro se trabaja, el trabajo en equipo es la premisa y la atención y facilitar la accesibilidad del centro de salud para la gente es lo primordial, de hecho se han hecho modificaciones hasta edificaciones para que la gente pueda más fácil acceder”. (Santiago, odontólogo)

Pero en estos discursos aparece la idea del conflicto, de la queja como algo negativo, como algo que desestabiliza, y frente a ello aparece la idea de la resistencia a los cambios. En otras palabras, no se ve al conflicto como una oportunidad, como una fuerza creadora y potenciadora de los cambios, sino como algo que incomoda.

Esta misma idea fue expuesta por la trabajadora social, quien ve al conflicto como una dimensión inherente a la intervención en lo social.

“(...) yo pienso en algunas experiencias varias que he tenido de esto cuando dicen, cuando desde lo formal la gente te dice queremos generar participación social y comunitaria, y que cuando después, eso no me pasa a mí porque la verdad que no me molesta el desorden, el movimiento, el conflicto, yo trabajo con eso, el trabajo social para mí, trabaja sabiendo que eso es inherente en la intervención profesional, pero si la experiencia que yo veo es que se propone y cuando está la gente, la gente está adentro por supuesto que empieza a plantear su punto de vista, que a veces vos coincidís, que no coincidís, te desordena lo que viene instalado, lo institucionalizado y después entonces empieza la expulsión de la gente, viste cuando hay participación social real. Así que se me viene ahora a la cabeza en mi historia de intervención profesional (...) he tenido mucho esa experiencia de generar inclusión, participación, que la gente venga, que diga, que cuente que le pasa, y que cuando está dentro de la institución, ‘¡sácame esa gente de

acá!', es un proceso bastante difícil, porque bueno aparece el conflicto". **(Mariana, trabajadora social)**

Por su parte, tres trabajadoras opinaron que hay propuestas y cuestionamientos por parte de las/os sujetas/os y que son tenidas en cuenta a la hora de pensar estrategias para modificar las prácticas. A su vez, agregaron que dichas propuestas o cuestionamientos se encuentran condicionados por las decisiones de los que se encuentran en una posición de jerarquía o por las prácticas instituidas.

*"Tenés quien esté de acuerdo con las actividades que hay y hay otros que no lo están. Pero bueno todo sirve para consensuar, todo sirve para ir evaluando a sí mismo. (...) un montón de gente vas a encontrar que no está de acuerdo por ejemplo con el horario. (...) Lo que pasa que eso no..., no depende de nosotros. Eso depende del Nodo, de los directivos, de quien dé la orden. Todo tiene un límite digamos, no? Un límite y todos estamos limitados a algo, hay una jerarquía a respetar y uno más que una opinión no puede dar. **(Fabiana, enfermera farmacia)***

*"(...) en general la gente acá cuando tiene algún problema con algún médico o alguna cuestión, viene y habla conmigo. O sea yo estoy disponible y la gente empieza como a circular que bueno, frente a una cuestión tranquilamente vienen y me lo plantean. Y..., bueno a mí me compete movilizar algunas cuestiones por el lugar que ocupo, pero también tengo que ser estratégica y ver en qué momento es oportuno, por ejemplo, poder dar este paso o ver, de hacer otras instancias intermedias y ver cómo va, cómo respondemos. (...) una cosa es lo que yo considero y otra cosa es lo que el equipo considera, entonces bueno ahí tengo que ver si el equipo está dispuesto a dar, por más que yo quiera si el equipo no quiere no pasa nada." **(Andrea, psicóloga)***

*"(...) [Con Andrea] realmente estamos muy atentas a lo que la gente va planteando para tratar de modificar las prácticas que fueran necesarias modificar. De nuevo te digo, por supuesto eso es lo que uno pretende y después como uno hace para hacer todo un trabajo más interno en el equipo, hay cosas que tienen que ver con los caracteres, las personalidades, las formas de tratar que son muy difíciles de resolver porque uno las plantea pero se reiteran una y otra vez porque tienen que ver con las representaciones, con las ideologías, con un montón de cosas de cada uno de los integrantes del equipo que en función de eso trata o destrata al otro". **(Mariana, trabajadora social)***

Por otra parte, un entrevistado opinó que hay pocas propuestas por parte de las/os sujetas/os:

“Si yo creo que..., pero veo que no hay tanta opinión, muy pocas han venido a proponer así, por ejemplo a nosotros de mi parte me han propuesto así, vamos a hablar a la radio, vamos a hacer esto y yo le comento a la directora y no tiene problema, viste? Yo creo que no hay problema, el tema es que hay muy pocas propuestas”. **(Nicolás, kinesiólogo)**

Si bien, cuando al entrevistado se le pregunta si hay propuestas por parte de las/os sujetas/os, plantea que hay poca participación, aparecen aquí contradicciones, ya que anteriormente venía planteando que las personas tienen “muchas ganas de hacer cosas” y que cuando ellos las atienden y están en confianza, es cuando también surgen muchas propuestas. Del mismo modo, se pudo percibir, a partir de los relatos de las/os demás trabajadoras/es y de mi propia observación, que en las actividades de gimnasia concurre mucha gente y que son espacios de encuentros donde las/os sujetas/os tienen una posición activa.

Se puede decir que estos espacios pueden ser generadores de vínculos y potenciadores de la participación social, ya que se basan en una participación convocada a partir de un vínculo existente entre las/os sujetas/os y las/os trabajadoras/es, donde la palabra y los saberes circulan de manera horizontal y hay una escucha y apertura por parte de las/os trabajadoras/es. Además, a esta actividad se la puede definir como un encuentro saludable y participativo en sí mismo, ya que apunta a la prevención y promoción de la salud y las/os sujetas/os hacen uso de este espacio desde otra posición, no desde la demanda de atención a partir de la enfermedad, lo que supone romper con la lógica curativa asistencial presente en la mayoría de las prácticas en salud.

En suma, adhiero a la postura de Bang (2011), en relación a que encontrarse con otras/os en una experiencia colectiva permite compartir visiones, enunciar problemáticas compartidas, abriendo canales que posibiliten la resolución conjunta y la toma de posición activa. También aparece en estos espacios la posibilidad de restitución de lazos y vínculos de solidaridad social, en un contexto social donde la soledad relacional como problemática de salud, se expresa en la fuerte labilización de vínculos barriales, de vecindad y de vínculos familiares extensos. De esta manera, este tipo de prácticas se constituyen como un espacio de resistencia, en tanto estas nuevas formas de solidaridad se despliegan a contrapelo de las tendencias hegemónicas. (Stolkiner, 2001).

Desde otra perspectiva, Galende plantea que los problemas de integración social, la participación en la vida comunitaria y en los intercambios económicos y simbólicos, son aspectos determinantes en la producción de salud mental, tanto en las personas singulares, como en los grupos comunitarios. Asimismo, determinadas condiciones de vida aumentan la vulnerabilidad de las personas, tanto social como mental, y es sobre esas condiciones que la participación comunitaria resulta esencial, ya que se trata en definitiva de potenciar las capacidades de las personas para enfrentar estas condiciones y actuar sobre ellas. (Estebanez y otros, 2002)

En cuanto al tercer aspecto, -quiénes deben impulsar la participación y cuáles son las estrategias que utilizan- por una parte, las/os entrevistadas/os respondieron:

“Todo el equipo, todo el equipo... Para mí todo el equipo tiene que involucrarse con la gente”. (Fabiana, enfermera farmacia)

“Todos, un trabajo en equipo obviamente”. (Pablo, enfermero)

“En general todos, porque estamos trabajando todos, si somos un equipo todos tenemos que..., trabajar, tanto enfermeros como profesionales”. (Mirta, agente sanitaria)

“(...) lo deberíamos hacerlo todos, pero bueno cuesta porque uno está solo y en una población tan grande es muy difícil que puedas dejar el consultorio, ese es el tema”. (Mariela, pediatra)

“Cada uno, todos. Participación de la gente deberíamos impulsarla todos. (...) o sea la participación es entre todos”. (Luis, médico)

“Y yo creo que todos estamos habilitados para poder impulsar y orientar a los pacientes a donde ir y qué hacer, tanto en enfermería como los profesionales o yo desde la admisión, porque cada paciente que viene tiene afinidad con alguno más que con otro, entonces, cualquiera puede estar capacitado para informar y dar información a cualquier paciente”. (Claudia, personal admisión)

No obstante, si bien en un primer momento enuncian que impulsar la participación es un trabajo de todas/os las que forman el equipo, luego en los discursos de algunas/os trabajadoras/es aparece la idea de que la medicina es “más asistencial”, o que es la profesión que se dedica más a la atención individual y que hay otras profesiones más

sociales que trabajan más “con la gente” y que serían las encargadas de impulsar la participación.

“Es tanto lo que hay que hacer, que te habrán contestado todos lo mismo, que hacemos más asistencialismo, pero después ahora esta como un poco más participativo, tenemos más profesionales, somos más médicos, más pediatras. Si bien la parte médica sigue siendo más asistencialista, tenemos todo lo que es enfermería, psicología, asistente social, kinesiólogo, todos hacen un buen equipo y trabajan bastante con la gente, haciendo charlas, videos, salen al barrio (...)”. **(Luis, médico)**

“(...) por ahí lo que es la parte clínica o sea, el pediatra, el clínico cuesta muchísimo más, pero los kinesiólogos están trabajando un montón, haciendo caminatas, actividad física para que la gente venga para que se integre, están trabajando re bien, nos ayudan un montón, están haciendo actividades fuera de lo que es que vengan al centro a ser atendidos y retirar medicación y ponerse las vacunas, que es lo que siempre uno tiene así como clásico”. **(Mariela, pediatra)**

“Nosotros tenemos una tarea de base asistencial, que son los que vienen los atendemos, que es nuestro trabajo primario y lo otro bueno, tratar de ir viendo esos datos como para ir organizando”. **(Raúl, ginecólogo)**

Asociada a la idea anterior, aparece en los relatos de la pediatra y el ginecólogo la idea de que “estas profesiones más sociales” son auxiliares de la medicina, son quienes “ayudan” a los médicos en las tareas que ellos también deberían hacer pero que no lo hacen porque no tienen tiempo o porque hay una idea implícita de que esa no es su función. Aquí aparece la idea de jerarquía del saber médico o la presencia de lo que Menéndez (1988) denominó modelo médico hegemónico¹³, en el cual la medicina científica tiene un papel privilegiado, construyéndose así determinados tipos de relaciones y legitimándose el saber y el poder del médico por sobre otros saberes, quedando subordinadas tanto las demás disciplinas, como los saberes de la comunidad.

¹³ “(...) conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado”. (Menéndez, 1988:1) Según el autor, los principales rasgos estructurales de dicho modelo son: biologicismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación pasiva y subordinada del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica e identificación con la racionalidad científica

“Y después nos sirven las asistentes sociales, que eso sí porque por ejemplo no se hizo un PAP o no viene la paciente, (...) lo único que nos quedan son las direcciones y bueno la asistente social que conoce el barrio, la ubica o a la amiga, y bueno ahí nos la trae, eso vienen siempre, lo que yo le doy a la asistente social al otro día lo tengo acá”. **(Raúl, ginecólogo)**

De lo anterior también se puede observar la persistencia de marcas del proceso de institucionalización de la profesión del Trabajo Social en la década de los '30 asociado al movimiento higienista, donde la misma fue constituyéndose como auxiliar de otras profesiones (médicos) y con un carácter predominantemente femenino, con una mirada de la femineidad asociada tanto a la función maternal, cómo a la ocupación de determinados lugares en la división social del trabajo. Esta génesis vinculada a un rol auxiliar y femenino, estuvo sujeta a intereses externos, es decir que no fue resultado de intereses propios del grupo de visitadoras ni de la demanda de los sectores destinatarios de estas prácticas. De este modo, “el movimiento higienista impulsó la figura técnica del asistente social, y buscó el reconocimiento de este profesional y la delimitación de su jurisdicción por parte del Estado y la sociedad, siendo éste un rasgo específico con el que nacieron los asistentes sociales”. (Solá y Becerra, 2009:155)

Además, en el discurso del ginecólogo aparece la idea de que el trabajo social es la única profesión que tiene que ir al territorio, sin tener en cuenta que en la actualidad se requiere la presencia de todas las disciplinas para poder realizar abordajes más integrales.

“(...) el tema a veces es entrar al sistema y esa sí es una pregunta que a veces es complicada, porque vos decís como hago para traer al sistema al que no viene. Entonces ahí es donde a veces hay que trabajar más con medios de comunicación o con alguien en terreno, porque yo no voy a la casa, o sea no puedo ir a la casa, ni tampoco sabes si te va a recibir”. **(Raúl, ginecólogo)**

Por otra parte, una de las entrevistadas introdujo una idea distinta al resto del equipo, lo que demuestra un conocimiento sobre los procesos sociales de participación y una perspectiva posibilitadora de los mismos.

“Si, debería, pero no exclusivamente desde el centro de salud. Porque uno puede en todo caso propiciar la participación social, posibilitarla, facilitarla, a ver..., permitir, hacer cuestiones para que surja, pero también la participación social real debería surgir del

germen de participación de la propia comunidad. Que de hecho es como pasa, la gente frente a un problema que lo vive como propio, que después se da cuenta que está generalizado se junta con otros a los fines de demandar que ese problema sea resuelto”.

(Mariana, trabajadora social)

En cuanto a las estrategias implementadas para impulsar la participación, las/os entrevistadas/os expusieron que las ideales serían:

Utilizar la sala de espera: *“Mira, por mi parte yo un día le dije a las chicas, cuando estaban mal porque en realidad no había venido ninguna, les dije mi consejo es hacer la charla cuando están esperando al médico, al pediatra, están todas, si o si tienen que estar. Ahí es justo el momento indicado para hacer una charla, para hacer una entrevista, les van a prestar atención. Es el momento en el que vos, las tenés acá porque por ahí te dicen estoy apurada”.* ***(Mirta, agente sanitaria)***

Utilizar los medios de comunicación del barrio o poner carteles en lugares donde circula la gente del barrio: *“(…) le daba a mis pacientes carteles para que peguen en los negocios, ahora justo atendí un paciente que tiene una radio así que, por ejemplo esto que esta acá lo hablé en la radio, invité a la gente que venga a hacer actividad física y ya lo tengo a él para siempre.”* ***(Nicolás, kinesiólogo)***

Generar un vínculo con la gente: *“Por ejemplo había venido acá al solar un pibe que daba guitarra, pero el pibe estaba ahí en el solar y esperaba que la gente viniera porque estaba el cartel, entonces no, acá la gente no, esto no es el centro, acá la gente no es que dice quiero ir a guitarra y que va, es vos vas lo invitás en la casa, se tiene que entusiasmar, te tiene que conocer, por eso te digo que como un vínculo que se genera primero y después, pero no es que surge así espontaneo no, no pasa eso”.* ***(Mariana, trabajadora social)***

Realizar una recepción “amorosa” en las actividades que se desarrollen: *“(…) nosotros hemos hecho charlas de diversos temas, diabetes, tabaquismo, postura, del PAP, y la gente una vez que viene y que está y se siente bien recibida digamos, viste que tomaba el té, el café, como que todo eso también tiene que ver con una recepción amorosa, que se sientan que son identificados por el nombre, el apellido, que no son uno más, junto con todo ese vínculo que se genera o busca generar aparece más fácil la cuestión de la participación y de la cuestión activa del otro”.* ***(Mariana, trabajadora social)***

Dar algún recurso como “premio” de que hayan asistido: “(...) acá vienen, nosotros te ponemos una mesa y siempre ponemos alguna cosa tipo desayuno así, charlamos, traemos un proyector, a la gente le gusta. (...) acá lo que más nos ha rendido son las charlas abiertas y..., en general viste en todo uno trata, como cuando viene la paciente embarazada de ya hace años, se le pide digamos, se le da un kilo de leche, como un aporte viste? Pero es un premio entre comillas. La que se hace, la que viene a buscar la pastilla anticonceptiva se la damos gratuita obviamente como siempre, pero que tenga su PAP, entonces bueno, por eso digo tratar de hacer un desayuno, algo tenés, me entendés?”. **(Raúl, ginecólogo)**

“(...) cuando yo estaba en el programa nutricional que bueno si no iban a la charla no te damos la caja de leche, entonces las madres iban porque sabían que si no no les daban lo que ellas querían”. **(Mirta, agente sanitaria)**

En relación a las dos últimas estrategias, se puede observar como aparecen distintas miradas en relación al trato con la gente y a la concepción del “otro”. Lo que la trabajadora social ve como una necesidad tener una recepción amorosa, cálida, de respeto de la identidad y singularidad de cada persona, el ginecólogo y la agente sanitaria lo interpretan como que es necesario dar un recurso para que la gente participe de las charlas. En este sentido, no se prioriza el vínculo con las personas, ni conocer su historia de vida, si no que de antemano existe una pre-concepción de la/el “otra/o” como alguien que es solamente demandante de recursos, como la/el pobre merecedora/or, que si asiste a las actividades se le debe dar un “premio”.

Aquí lo que subyace es la idea de moralización de las/os sujetas/os a través de la entrega de un recurso. Dicha concepción proviene de las viejas lógicas de la caridad y premios a la virtud otorgados por la Sociedad de Beneficencia, a partir de su institución por el gobierno de la provincia de Buenos Aires en 1823.

“Mediante esta institución, las clases dominantes producen y reproducen la moral legítima adjudicándose el poder de sancionar las conductas de los dominados. Mediante esta estrategia se tendía a erigir y conservar un orden social que prescribía y delimitaba las conductas de los componentes de la sociedad en función de un eje organizador constituido por la oposición dominante-dominado. La clase dominante definió desde un principio un conjunto de virtudes propias de los dominados”. (Tenti Fanfani, 1989: 26)

De esta manera, la estrategia de moralización se realiza mediante la acción educativa y ejemplarizadora tendiente a inculcar aquellos valores que las clases dominantes consideran pertinentes para los sectores que constituyen la base de la pirámide social.

Por último, el cuarto aspecto indagado hizo referencia a las limitaciones que aparecen a la hora de querer llevar adelante procesos y estrategias participativas. Si bien este tema no estaba propuesto como un eje a indagar durante las entrevistas, el mismo surgió de los discursos de las/os trabajadoras/es. De esta manera, a las limitaciones que fueron surgiendo las clasifiqué en dos grupos, por un lado, las de tipo institucional o internas y, por el otro, las de tipo social o externas.

Dentro de las limitaciones de tipo institucional, las/os entrevistadas/os hicieron referencia a las siguientes:

-Si el equipo está dispuesto o no a trabajar con la participación de las/os sujetas/os:

“(...) también es que capacidad tenemos interna de trabajar con esa demanda, esas cosas que la comunidad nos va agendar. Entonces me parece que son a nivel de perspectiva y lo que a mí me parece sería algo súper interesante pero hay que ver si el equipo está dispuesto, si el equipo quiere dar el paso. Es una construcción donde el equipo también tiene que poder pensar en que esto es una necesidad por ejemplo para el equipo, tener un mejor dialogo con la comunidad o no sé si mejor, pero por lo menos tener este tipo de intercambio”. (Andrea, psicóloga)

En relación a esto se podría decir que el obstáculo principal es que queda a criterio de cada una/o trabajar o no desde la participación, es decir no se tiene en cuenta la importancia de la política internacional de la APS, donde se especifica que un elemento relevante es la participación comunitaria. Tampoco se tiene en cuenta el protagonismo y la decisión de la persona en los procesos de salud-enfermedad, quedando relegada la participación a las decisiones de las/os profesionales.

Esto se puede visualizar en el discurso de uno de los trabajadores: *“Esas son cosas, viste, que no están del todo escritas, o sea uno puede promover [la participación] acorde a cómo ves la necesidad. Por ejemplo hay momentos en que quieren hacer más de una cosa, más de una atención o algo nuevo, entonces ahí está bueno promoverlo, después como que la rueda ya anda sola, viste? Va, va andando”. (Raúl, ginecólogo)*

-La formación de las/os trabajadoras/es:

“(..) tiene que haber una actividad mensual, algo que salgamos todos viste? Pero a veces la formación no todos tienen lo mismo (...)”. **(Nicolás, kinesiólogo)**

“(..) tenemos una formación más cuadrada todavía que, me parece que, tenemos que dar la pastilla que te cure lo que vos tenés que es más difícil, pero bueno. Cambiar el paradigma de salud, en teoría ha cambiado hace muchos años, pero no ha cambiado”. **(Santiago, odontólogo)**

En este sentido, recupero lo propuesto por Restrepo (2003) quien plantea que en las escuelas formadoras de recursos humanos en salud no hay espacios donde la/el estudiante pueda capacitarse en metodologías que apoyen los procesos participativos y pueda aprender a trabajar con grupos comunitarios. De ahí surge la necesidad de capacitar a las/os trabajadoras/es de la salud en relación a la participación desde una perspectiva más social y política, con el objetivo de generar en ellas/os nuevas formas de promover salud, equidad y participación.

-No hay capacitaciones o un claro perfil de Salud Pública orientada a la participación social desde el sistema de salud:

“Y, creo que no, en esta época no, tal vez en un momento hubo como una línea, me acuerdo en la época de la Ferrandini, en esa época si era como una cuestión militante acá, viste el modelo que queremos, ahora está más diluido, medio que si vos no sabes para donde querés ir, cada uno puede ir para el lado que quiera, si yo noto en eso, mucha fragmentación, así como que la gente va y el trabajador trabaja, si es bueno porque es bueno, si es malo, lo siento por la gente, o sea hay una cuestión que para mí no hay una impronta fuerte desde la gestión en relación a bueno, esto es lo que queremos. Tal vez discursivamente te lo puedan decir, pero operativamente no”. **(Andrea, psicóloga)**

“Y yo creo que..., tiene que haber una cabeza te digo porque eso es otra de las deficiencias que veo en el Estado, nadie te obliga nada, nadie te controla, entonces ahí se complica un poco. (...) Tiene que haber algo que a vos te haga formarte, que te obligue a hacer un curso, que te obligue a formarte un poco más, porque no pasa solo en la salud, en todos los ámbitos, si no hay un estímulo o un premio, la persona parece que no lo hace, viste? Lo hace cuando, son muy pocos los que lo hacen por vocación, entonces

como que tendría que haber un estímulo y bueno el profesional que hace prevención, si anda bien cobrara \$500 más, no se digo yo". (Nicolás, kinesiólogo)

"No hay capacitaciones, por lo menos acá no llega nada. Si nos enteramos, nos enteramos por boca de otro. En alguna época hace muchos años por ahí si había más cursos, había bastante que yo incluso los he hecho, ahora ya no". (Claudia, personal admisión)

En relación a lo anterior, considero que si bien el modelo de gestión de salud santafesino apunta a ser democrático a través de la participación de las/os trabajadoras/es y las/os ciudadanas/os y tiene como objetivo garantizar el derecho a la salud de toda la población, este postulado queda en lo discursivo, no pudiendo plasmarse en la práctica. Es decir que a la hora de poner en práctica esto aparecen dificultades y no se visualizan acciones tendientes a la misma, como ser capacitaciones que formen a las/os trabajadoras/es en esta perspectiva, así como tampoco se habilitan espacios donde puedan participar tanto las/os sujetas/os como los trabajadoras/es del sistema de salud.

De esta manera, aparecen en la práctica cuestiones como la "vocación", como quedó expresado en el discurso del kinesiólogo, y también lo expresó el enfermero:

"(...) nosotros salimos a vacunar y nos fijamos en los registros que tenemos acá de las chicos del barrio si alguno está incompleto, detectamos con el agente sanitario a que escuela pertenece y vamos y vemos en que escuela falta tantos chicos sin vacunar hacemos, planificamos..., hacemos planes de vacunación en las escuelas, entonces eso lo coordinamos con los directores, y se llama vacunación extra muros eso, que lo hacemos por vocación". (Pablo, enfermero)

Esta idea de vocación alude a realizar algo por servicio o para ayudar al otro u otra, es decir que no se piensa como una función de las/os trabajadoras/es del estado el hecho de trabajar desde la perspectiva de promoción de la salud o desde la participación, así como tampoco se tiene en cuenta la cuestión de la salud como un derecho de todas/os las/os sujetas/os.

Asimismo, las capacitaciones quedan al interés individual y privado de cada una/o:

“No tenemos capacitaciones, solo los cursos, por ahí que te ofrecen, que no son muchos. Por ejemplo, lo que he hecho yo, todo lo hice, todo a nivel privado”. (Fabiana, enfermera farmacia)

-Las prácticas instituidas:

“Entonces también es ver, bueno, si el equipo está dispuesto a asumir eso porque de nada sirve que yo me muestre con una posición de escucha si yo después voy a seguir haciendo lo mismo que hago. (...) una cosa es lo que yo considero y otra cosa es lo que el equipo considera, entonces bueno ahí tengo que ver si el equipo está dispuesto a dar, por más que yo quiera si el equipo no quiere no pasa nada”. (Andrea, psicóloga)

“(...) hay gente que acepta un comentario, una opinión, un pensar distinto de lo que está haciendo y en función de eso acomoda su práctica, hay otra gente que no hay como entrarle, nosotros acá tenemos el caso de algunos enfermeros, algún médico que no hemos logrado, a pesar que hemos hecho mucho esfuerzo, mucha palabra, mucha discusión, sin embargo el otro está anclado en una práctica, en una práctica profesional que no modifica porque no quiere, porque no está predispuesto a hacerlo. (...) es muy difícil modificar algunas prácticas porque es gente que está convencida de lo que hace, de lo que considera y tiene otra concepción en salud pública”. (Mariana, trabajadora social)

Según los discursos de estas trabajadoras dentro del centro de salud existe una fuerte resistencia a modificar las prácticas y la concepción de que la/el sujeta/o tiene que conocer el funcionamiento del centro de salud pero no cuestionarlo, no modificarlo porque son cuestiones que ya están establecidas, es decir que se debe mantener el “statu quo”. En consecuencia se cree que las modificaciones no dependen de las/os trabajadoras/es o de las/os sujetas/os que se atienden allí, sino que las mismas deben venir de lineamientos impuestos de manera vertical.

Así quedó plasmado en las palabras de algunas/os de las/os trabajadoras/es:

“Y yo creo que uno los puede involucrar más incluso, no sé si a lo mejor en un tema puntual pero si en el funcionamiento del centro. (...) que ellos entiendan que a lo mejor el funcionamiento del centro de salud es de tal manera, que obviamente el centro está para ayudar a la gente pero hay cuestiones que sobrepasan lo que nosotros podemos solucionar, porque hay veces que por ejemplo el principal inconveniente se da por el tema de las interconsultas y que es más complejo, antes tenían que irse hasta el hospital de

niños a sacar los turnos, ahora se le dan desde acá los turnos pero claro, a lo mejor le dan turnos, están 2 o 3 meses esperando que le den el turno, pero no depende de nosotros, por más que eso lo queramos cambiar, nosotros lo planteamos pero después la solución tienen que venir de otro lado (...). **(Mariela, pediatra)**

“(...) en realidad lo que manifiestan más son quejas porque tienen que esperar, sobre todo por eso, porque no vienen los médicos y eso. Y hay algunas situaciones que no podemos hacer nada, por ejemplo si no viene el médico que vamos a hacer? Solamente tenemos que derivar, derivar, derivar, estabilizar en lo que se pueda y derivar”. **(Pablo, enfermero)**

-La perspectiva curativa-asistencial de APS:

Cabe mencionar que dicho obstáculo no fue reconocido por parte de las trabajadoras y trabajadores sino que fue observado por mí a partir del análisis de la información. Tal es así, en los relatos se pudo visualizar esta perspectiva:

“Bueno ese es el objetivo, pasa que también a veces la demanda que tenemos de gente es bastante importante y entonces por ahí nosotros no incentivamos mucho por falta del tiempo, no? Pero ese sería el objetivo del centro de salud, hacer APS, o sea APS más allá de lo que es vacunación, lo que es la atención, sino hacer todo lo que es prevención y prevención incluye charlas, incluye participación de la gente no?”. **(Luis, médico)**

“Yo creo que es un sistema que por ahí es muy difícil salir al terreno para el profesional, o sea yo el día que no estoy en el consultorio acá es un caos si no hay atención. Por ahí me cuesta mucho. (...) porque tenés que cubrir la demanda, más allá que le hagas, o sea que vos hagas lo que fuera de charlas, o de participación más en el barrio, la gente quiere que vos le hagas el control, que lo veas si el nene está enfermo y eso tenés que hacerlo, tenés que cubrirlo”. **(Mariela, pediatra)**

“Te sirve más hacer atención primaria en esas (ginecología, pediatría, clínica, cirugía), no tantos en otras por ahí, pero porque la demanda es menor, pero bueno en esas son las que históricamente todos los centros tratan de tener esas cuatro cabeceras. (...) Nosotros tenemos una tarea de base asistencial, que son los que vienen los atendemos, que es nuestro trabajo primario y lo otro bueno, tratar de ir viendo esos datos como para ir organizando, que acá lo que más nos ha rendido son las charlas abiertas (...)”. **(Raúl, ginecólogo)**

Dicha perspectiva, hace referencia a un modelo de salud centrado en la atención individual, remedial y reparativa de la salud, donde las actividades de promoción y prevención de la salud quedan subordinadas, mientras que la participación es limitada. Según la perspectiva de las/os trabajadoras/es la atención insume la mayor parte del tiempo y constituye la principal demanda por parte de la comunidad. Esto supone que el personal del centro de salud se dedique principalmente a las tareas de atención médica, lo cual justifica suspender las demás actividades las cuales deberían ser el eje principal de la APS. (Pagnamento, 2007) Sumado a ello, se puede mencionar que este modelo fomenta la tendencia a la medicalización de la salud y la enfermedad. De esta manera, las/os sujetas/os suelen esperar que cada encuentro con su médico culmine en la prescripción de por lo menos un fármaco y manifiestan su frustración cuando esto no ocurre. (Lifshitz, 2014)

-Prejuicio e estigmatización del barrio:

Al igual que el anterior, esto fue observado y considero desde mi perspectiva como una limitación para el desarrollo de la participación en salud. Se pudo percibir en algunos de los discursos que existe una estigmatización de las/os sujetas/os del barrio por su condición social y por el lugar en donde viven:

“Y cuesta un poco, ahora hay mucha delincuencia en el barrio, cuesta salir, cuesta salir. Entonces por ahí a la hora que uno termina, que es cuando, al mediodía más o menos, lo que pasa es que siempre es médico y entonces siempre hay gente, gente, gente, cuesta salir al barrio, primero porque no hay tiempo y segundo porque anda a meterte ahí adentro”. (Luis, médico)

“Hay muchos barrios juntos, muchos barrios conflictivos con problemas de seguridad, de cuestiones sociales (...). Es un lugar complicado de la ciudad. Hay mucha violencia. Hay droga, es una zona donde están los narcotraficantes viste? Todos los narcos rosarinos vinieron para esta zona. No es una zona fácil, como para..., como para estar codo a codo con la comunidad. Seguramente de la ciudad debe ser una de las mayores..., proveedora de casos sociales”. (Santiago, odontólogo)

Ahora bien, el otro tipo de limitaciones que se pudo observar fue las de tipo social o externas, como ser:

-El contexto social liderado por el narcotráfico y el consumo de drogas:

“(...) estamos en un lugar donde el nivel de organizaciones sociales hay pocas, entonces la demanda es directamente al estado, no hay como instancias de mediación como en otros barrios que tenés muchas asociaciones, ONG, acá no hay nada. (...) es como re pobre a nivel..., como que el tejido social está muy fragmentado también entendés, entonces bueno otro que acá están los narcos es así. (...) y bueno también el hecho de la droga acá, los quioscos, hace que a los pibes también les cueste engancharse con cosas porque están muy tomados por el consumo y bueno, el consumo es individualista, entendés? Entonces el consumo no arma vínculos, el vínculo es solo con la sustancia, entonces también esa podría ser una explicación, la verdad que no sé cuál es, no sé cuál sería viste? Pero sí que nosotros notamos que la cuestión acá comunitaria, solidaridad es muy débil, es muy débil”. **(Andrea, psicóloga)**

Lo anterior hace referencia a un análisis desde la disciplina en la que desarrolla su función la entrevistada. Es decir, que desde el campo de la psicología se podría reflexionar acerca de los condicionantes a la participación social, siendo uno de ellos en este caso el consumo de drogas. El psicoanálisis plantea que la persona establece un vínculo tal con la droga, que no sólo prescinde del otro, del cuerpo del semejante, sino asimismo del goce fálico. De esta manera construye un goce o satisfacción que progresivamente se torna cada vez más solitario, quedando en sí mismo, este goce se denomina como autoerótico o autista. (Lora y Calderón, 2010)

Este aspecto también es analizado desde la sociología, como una expresión del clima existencial propio de las sociedades occidentales individualistas, donde la persona que consume es el prototipo llevado a su máxima expresión del individuo postmoderno.

“Las drogas permiten darse un cuerpo, aumentar el sentimiento de existir por sí mismo/a en una sociedad que a su vez no tiene cuerpo y nadie tiene ya su lugar (...). Las personas droga-adictas han hecho realidad este sueño moderno y postmoderno: vivir sin el otro pero con otro –droga-“. (Jáuregui, 2007: 4)

-La gente no participa porque no cree que la realidad cambie:

“(...) el tema es que hay muy pocas propuestas, pero ¿sabes por qué? Porque ya viene de un desgaste de años, entonces como no te dan respuesta en la policía, como no te dan respuesta en el hospital, no te dan respuesta, entonces por ahí le cuesta a la gente creer

un poco, nosotros estamos llenos de pacientes, pero porque también veo que los alumnos le dan el tiempo para cada paciente". (Nicolás, kinesiólogo)

"(...) es un barrio complicado, la gente está golpeada, la gente está cansada de que le tomen el pelo los políticos y todo eso, viste? Con muchas carencias y eso hace que sea más cerrada, me parece que no son lo más abiertos del mundo digamos, pero todo a consecuencia de esto". (Santiago, odontólogo)

En este sentido, los entrevistados podrían estar haciendo referencia a la llamada crisis de los partidos políticos que se vio con mayor fuerza a partir de los '90 en América Latina y que vino de la mano de la crisis de la credibilidad en las instituciones del estado. Ambas problemáticas ejercieron influencia directa en la participación ciudadana, generando descreimiento en la representatividad y la propia injerencia en los cambios sociales. Además, esto podría ser consecuencia de la historia social marcada por el autoritarismo del "no te metás"¹⁴, así como por el verticalismo y centralización de las políticas públicas.

-Contexto de pobreza:

"(...) la verdad que están en otra cosa, están viendo a ver cómo pueden ir a comer allá, cómo pueden ir a buscar más ropa, a donde pueden llevar a los chicos al colegio, salen a vender, que se yo la verdad que están más en ese tema que..., a veces tenés que llamarlos por tema de salud". (Luis, médico)

Según la perspectiva del entrevistado, este podría ser un obstáculo a la participación, ya que las/os sujetas/os tienen como prioridad generar estrategias de supervivencia para ellos y su familia, antes que desarrollar la participación social.

Concepciones de participación social de las/os trabajadoras/es de la salud

Para comenzar a analizar las concepciones de participación es necesario retomar aquí las perspectivas enunciadas en la primer parte del análisis, las cuáles aluden a tres posiciones distintas. Vale aquí aclarar que las inclusiones de los discursos de las/os trabajadoras/es en cada una de estas posiciones, tienen límites porosos, en tanto los

¹⁴ El "no te metás" y el "algo habrán hecho" fueron las dos frases que reinaron en la oscura época de la dictadura cívico militar que gobernó en Argentina entre 1976-1983.

relatos no son bloques compactos y uniformes sino que anidan contradicciones, matices que hacen que en un momento se acerquen más una posición y luego a otra.

La primera de las posiciones fue la que se pudo observar en la gran mayoría de las/os entrevistadas/os (ginecólogo, pediatra, odontólogo, enfermero, médico, enfermera de farmacia, agente sanitario, personal de admisión) e hizo referencia a la idea de una relación unilateral desde el equipo de salud hacia las/os sujetas/os, donde el saber de las/os trabajadoras/es ocupa un lugar privilegiado en relación a los saberes de las/os sujetas/os. De esta manera, se reproduce una lógica vertical propuesta por los modelos normativos de gestión (Bang y Stolkner, 2013), donde si existen llamados a la “participación”, las/os profesionales son los que proponen las áreas, actividades o modalidades de participación, definen actores y destinatarios, mientras que las/os sujetas/os no tienen posibilidad de decisión. Aquí se ubican distintos conceptos como ser: la participación de las/os sujetas/os como aceptación de los señalamientos de los que tienen “el saber”, los que se asemejan a la Educación para la Salud y la participación asociada al conocimiento del barrio y sus necesidades.

En consecuencia, se observa una primera tendencia -que es hegemónica en relación a la otra-, de la cual subyace una visión vertical, biologicista y moralizante de participación. Dicha tendencia podría asociarse a lo que Menéndez llamó como modelo médico hegemónico, el cual tiene una visión reduccionista de la realidad en tanto focaliza su acción de manera individual en la enfermedad y no tiene en cuenta los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad. (Frankel, 1988)

En palabras de Campos y Wendhausen (2007) las concepciones y las prácticas de los equipos de salud son influenciadas por una visión medicalizante que privilegia el saber médico y desvaloriza el discurso y los saberes de las/os usuarias/os, construyendo relaciones de poder asimétricas. En consecuencia, esto contribuye a que la/el sujeta/o sea dependiente a las decisiones de las/os trabajadoras/es de la salud y menos posibilidades tenga de desarrollar su protagonismo y autonomía frente a su proceso de salud-enfermedad.

En complementación con la idea anterior, Bang y Stolkner plantean que:

“Colaborar en un proceso sentido como ajeno no es lo mismo que constituirse en sujeto activo de toma de decisiones en lo referente a los

propios procesos de salud-enfermedad-cuidados. En este sentido, el actor social, que puede tratarse de una persona o de un colectivo, es el que modifica el entorno material y sobre todo social en el que está colocado al transformar la división del trabajo, los modos de decisión, las relaciones de dominación y las orientaciones culturales. (2013: 133)

Desde mi perspectiva y análisis, puedo decir que las concepciones de participación podrían estar influenciadas tanto por la formación y trayectorias laborales de cada una/o, como también por los intereses, la ideología, su propia participación en diferentes espacios y por la concepción de salud y del “otro/a” que tengan las/os trabajadoras/es.

En cuanto a la formación de los que tienen esta concepción vertical de participación, se puede decir que no tienen una formación social o comunitaria en salud, sino que algunas/os tienen formaciones de especialidades médicas, como ser: pediatría, ginecología, geriatría. Sin embargo, dos de los entrevistados al preguntarles si tienen alguna formación social o comunitaria respondieron:

“Comunitario lo hicimos siempre, toda la vida, lo que aprendí lo aprendí acá, como todos. (...) y fuimos aprendiendo bastante, sobre la marcha aprendimos mucho”. (Luis, médico)

“Y eso te lo va a ir dando, que se yo supongo que la experiencia”. (Pablo, enfermero)

Aquí aparece la idea de que la formación comunitaria es producto de la experiencia de trabajo y no desde una formación académica.

Otro de los entrevistados opinó diferente respecto a esta cuestión:

“Tiene que haber algo que a vos te haga formarte, que te obligue a hacer un curso, que te obligue a formarte un poco más (...)”. (Nicolás, kinesiólogo)

En este sentido, considero que si bien es importante la trayectoria del trabajo comunitario, también es necesario realizar una formación académica que te permita nutrirte de fundamentos teóricos para leer y analizar la realidad desde un paradigma complejo y crítico de lo social.

En cuanto a su propia trayectoria de participación tanto en espacios en relación a su trabajo en el centro de salud (como ser redes interinstitucionales) como a espacios por fuera de su trabajo, estos respondieron que no participan. Además, aquí aparece la idea

instituida de que las que tienen que participar en estos espacios de redes interinstitucionales son la psicóloga y la trabajadora social, fundamentándose nuevamente en esta representación de que las profesiones “más sociales”, son aquellas que deben atender las situaciones sociales complejas.

Sumado a ello se puede decir que estos conceptos y prácticas en relación a la participación, también son congruentes con las concepciones de salud y del otro/a que tienen las trabajadoras y trabajadores. Es decir que en los discursos se visualizaron conceptos de salud biologicistas y fragmentados, donde se ve a la salud y a la enfermedad desde la lógica médica e individual. En palabras de Frankel lo biológico legitima a la medicina como ciencia y privilegia la esfera individual como único campo de acción, de este modo oculta el sentido social del proceso salud-enfermedad. *“Para este modelo la salud es ausencia de enfermedad o como afirmaba Leriche “es la vida en el silencio de los órganos”. (1988: 66)*

Pero aquí también se debe agregar otra idea que aparece junto con estas concepciones de salud: la de culpabilizar a la persona por su enfermedad. (Campos y Wendhausen, 2007) De esta manera, se considera que las/os sujetas/os tienen la responsabilidad individual por sus comportamientos y “malos hábitos” que hacen que se enfermen, desconsiderando las condiciones estructurales de la vida cotidiana que actúan como condicionantes de su salud.

En los siguientes relatos se puede observar como aparecen dichas concepciones de salud:

“Ahora nos incorporaron para que empiecen a venir los residentes, la idea era empezar a trabajar con ellos entonces a lo mejor, apoyándonos en ellos tener un poco más de, o que ellos hagan o que yo pueda hacer y ellos puedan suplir un poco lo que es la atención como para empezar a articular un poco lo que es el trabajo más con la población en sí, más allá de lo que es la parte de salud. (Mariela, pediatra)

“Y depende a veces cuando se trata más de la comunidad, o cursos por ejemplo para vacunas no va a ir, que se yo la psicóloga, nos turnamos entre los enfermeros o si hay cursos de administración va la administrativa. Y con el tema de si hay capacitación con el tema este de la comunidad, va generalmente el agente sanitario o la asistente social”. (Pablo, enfermero).

“(...) por ahí faltaría más información a la gente, muchas chicas adolescentes embarazadas, siendo que ahora hay todos los recursos para que se puedan cuidar, tienen todo! Hace unos años atrás no había anticonceptivos, no había preservativo, entonces bueno, se quedaban embarazadas porque no tenían los medios para comprarlos, ahora los medios, las cosas están y sin embargo, cada vez veo más chicas adolescentes embarazadas”. **(Claudia, personal admisión)**

En este último relato aparece la idea de que el embarazo adolescente es un problema individual de la mujer que se podría resolver brindando información. Desde mi perspectiva considero que aquí no se tiene en cuenta las condiciones sociales, culturales, económicas, educativas y del contexto, así como tampoco se realiza una lectura compleja de la situación y de lo que representa “ser madre” en contextos de pobreza, cuando otro proyecto de vida como ser la educación o el trabajo no es posible alcanzar.

Respecto a la concepción del otro/a, se pudo advertir que la mayoría de las/os entrevistadas/os utilizan la palabra “pacientes”. Este término remite la pasividad por un lado y la espera por otro. La persona que consulta es pasiva en tanto el saber lo tiene el médico y espera de él la respuesta para resolver su padecimiento. Asimismo el médico como considera que el saber y el poder lo tiene él, anula toda posibilidad de tener en cuenta el saber de la persona. (Perrotta, 2011)

Pero las/os entrevistadas/os también se refieren a las/os sujetas/os, por un lado, como “personas demandantes” y, por el otro, se puede observar como prevalecen concepciones de matrices confesionales e higienistas, donde también subyace la idea de “las/os pobres merecedoras/es”.

“(...) por ahí viene gente muy alterada, porque hay de todo, o sea hay gente que es muy amable, muy agradecida y hay gente que es muy altanera, muy demandante, más que nada, entonces, que se yo quieren un turno ya y bueno la manera es tratar de explicarle de manera tranquila y darle una buena respuesta de por qué no se le puede dar o hacer tal cosa”. **(Claudia, personal de admisión)**

(...) acá la gente viene únicamente a pedir. (...) es más por demanda, son más demandantes. Si no tenés esto chillan, si no les das esto chillan”. **(Mirta, agente sanitaria)**

“(...) cuando viene la paciente embarazada de ya hace años, se le pide digamos, se le da un kilo de leche, como un aporte viste? Pero es un premio entre comillas”. (Raúl, ginecólogo)

“(...) habría que incentivar el tema de la limpieza y la higiene sobre todo en la casa, pero si vos vieras como viven por ahí algunos, no todos eh, porque acá en la zona hay de todo, pero más allá más para los bordes y todo..., si pedís higiene ahí es imposible. Viven de una manera tan precaria, tan precaria, que por ahí no sabes si decir bueno, aunque sea lávale las manos, aunque sea, es..., complicado”. (Luis, médico)

En estos dos últimos relatos, emergen ideas moralizadoras y de control social, provenientes tanto de matrices confesionales como de la corriente higienista, reforzando una concepción biologicista y moralista de la salud que disciplina las conductas de las personas. Concuero con Pagnamento (2007) cuando expone que desde esta perspectiva las pautas culturales y las condiciones medioambientales son consideradas como obstáculo para las prácticas saludables y son explicadas como variables que suponen más bien comportamientos individuales inapropiados en lugar de considerar las condiciones de vida de la población que explican la particularidad de ciertas prácticas.

Ahora bien, llegado hasta aquí cabe señalar que dentro de dicha concepción vertical de participación, existen matices o contradicciones en algunas/os de las/os entrevistadas/os. Estas contradicciones se expresan tanto en los discursos como en las prácticas.

Por ejemplo, la enfermera hace referencia a la participación desde la idea de capacitar a las/os sujetas/os para que realicen talleres y actividades para ampliar la cobertura de salud, pero también expone la idea de trabajo conjunto de las/os sujetas/os con el equipo de salud, partiendo de la idea de que son ellas/os quienes conocen la realidad social del barrio.

“(...) necesitás si o si a la gente para saber la realidad con la que vos estás viviendo, yo no puedo decir de una realidad que no conozco. (...) pero que si vos realmente involucrás a la gente, yo creo que sí empezás con algo así te vas a ir enterando cada vez de mayores problemáticas, de mayores problemáticas que uno hoy las está ignorando, porque no le das la apertura necesaria o la gente no se anima a llegar”. (Fabiana)

En relación a lo anterior, se puede decir que su perspectiva se podría relacionar tanto a su formación como a sus intereses:

“(...) soy enfermera comunitaria, con un pos título de enfermera comunitaria, y también tengo varios talleres en la comunidad hechos en ATE. (...) después fueron cursos de enfermería forense, cursos de enfermería.. ehh... en salud mental, todos así cursos que se fueron dando en distintos lugares (...) costeados por mí, porque me gusta nada más”.

Considero que dicha formación pudo haber aportado a esta trabajadora distintas herramientas teóricas para leer la realidad de manera distinta, es decir, desde una perspectiva de la salud pública y colectiva, que cuestiona al modelo médico hegemónico. Esto se pudo visualizar en sus relatos, en los cuales hizo referencia a la salud desde una visión de comprensión de los condicionamientos sociales y estructurales del contexto.

“Hoy por hoy yo creo que tenés que trabajar, enfocarte más en los adolescentes, en los jóvenes, por la gran consumición de estupefacientes que hay. Yo creo que tenés que buscar talleres, actividades, cosas que ellos pongan su cabeza en otra cosa y no en eso, orientarlos para que sigan un estudio o un oficio, lo que sea... acompañarnos porque hoy la juventud está sola. Yo he tenido chicos acá en la ventanilla de la farmacia que me han dicho... han venido drogados, y vos empezas a charlar con ellos y ves que atrás de ellos hay una criatura, porque te llora por problemas familiares, porque han sido abusados y vos ves que no es porque quiere hacerlo. Tienen una historia que los maltrata atrás que los llevó ahí, que los llevó a eso”.

En su discurso también se puede visualizar una actitud propositiva y abierta a los cambios, lo que podría traducirse en una fuerza instituyente dentro del centro de salud.

“Tenés muchas patologías en el barrio que quizás sería mucho de beneficio que ampliaran el horario de atención y ahí se daría más oportunidad a la gente para tener más actividades, porque se podría desarrollar más talleres, se podrían desarrollar más actividades, estaría más abierto a la comunidad. (...) yo creo que si hay alguien dice San Agustín está determinado para quedar hasta las 20 o las 24 hs, o las horas que sea..., si evalúan que es necesario, lo tendremos que hacer! Los empleados tendremos que rotar, los empleados tendremos que ver la forma de reorganizarnos de otra manera, pero creo que es una decisión que realmente tendría que venir de la dirección no?”.

Sumado a ello, cabe señalar que esta trabajadora también tiene una participación activa en un espacio social de su barrio, lo que supondría una valorización de la participación social:

“Recién ahora me estoy integrando en unas mesas de trabajo. La idea es poder meterme para trabajar acá en el barrio (...) (...) poder ver como involucrarme para poder llegar al barrio o para ver si se puede suplir algunas necesidades, porque necesidades es lo que sobra. (...) lo estamos armando, para ver que, como poder..., poder colaborar con la gente de los diferentes barrios. Pero la idea es justamente poder involucrarnos en todos los barrios, para ir viendo y poder buscarle una resolución a ciertos casos (...)”.

Aquí también corresponde mencionar al odontólogo, como otro de los casos en los que aparecen estos matices. Si bien él asocia la participación a la idea vertical de educar a las/os sujetas/os en la higiene y la salud, por otro lado también reconoce que la APS es una política importante y hace una crítica al sistema de salud que dificulta que la misma pueda llevarse a cabo.

“Estoy completamente de acuerdo y creo que la atención primaria es algo importante y que da grande resultados. Con respecto a la atención primaria que se brinda en un centro de salud de estas características, ehh..., se logra a medias me parece lo que..., lo mucho que creo que se puede lograr, no se logra del todo en este tipo de centro de salud. No se hace tanta atención primaria se hacen otras cosas que no constituye la atención primaria, viste? Ya salteamos un eslabón, un primer..., la primer etapa de la atención primaria, y ya estamos en otro..., ya viene la gente con el daño, con la enfermedad”. (Santiago)

Aquí también se puede observar una idea distinta de la salud. Es decir, aparece un cuestionamiento a la perspectiva curativa-asistencial de la atención, y pone el énfasis en la prevención y promoción de la salud como el eje principal de la APS.

“Estamos solucionando, atendiendo enfermos y no sanos. Lo ideal sería que veamos sanos. Cambiar el paradigma de salud, en teoría ha cambiado hace muchos años, pero no ha cambiado. Los hospitales siguen siguiendo hospitales y los centro de atención primaria de la salud, que es esto, en realidad no es un centro de atención primaria de salud sino centro de atención, dispensario. Por eso se llama dispensario ¿qué dispensa? dispensa remedios, acá la gente viene a buscar remedios, es querer apagar un incendio con un vaso de agua, se baja un poco la llama pero después reaviva eso, hay que, tener que sacar las cosas inflamables antes, eso es atención primaria de salud”.

En este sentido, se podría decir que su perspectiva podría estar influenciada tanto por su formación:

“(…) soy de los que fueron formados con un perfil de atención primaria para la salud, nosotros tenemos reuniones y siempre estamos preocupados, tratamos de trabajar en equipo que es como la APS funciona, obviamente no siempre es fácil trabajar donde hay muchas personas, siempre hay conflictos y distintos intereses, gente que la comprende a la atención primaria y gente que no”.

Como por sus recorridos laborales:

“Y la atención primaria como idea es excelente digamos. Yo he tenido otras experiencias fuera de acá donde he comprobado que está bueno y funciona, pero acá es difícil aplicar, o sea, por cuestiones de tiempo, por cuestiones del sistema (…)”.

La experiencia a la que hace referencia este trabajador es al Tren Hospital de la Fundación Alma, en el cual él ha participado. Este es un hospital rodante que viaja al norte argentino para brindar atención primaria y educación para la salud, a niños y adolescentes, está conformado por profesionales de la salud que son voluntarios.¹⁵ Considero que dicha experiencia es enriquecedora para la formación de las/os trabajadoras/es, ya que se parte de otra lógica de atención de la salud y la interdisciplina es fundamental para atender las problemáticas de salud.

Siguiendo con el análisis de las concepciones, se hace necesario retomar nuevamente las otras dos perspectivas restantes enunciadas en torno a la participación. Una de ellas es la representada por la psicóloga, quien conceptualiza a la participación como un intercambio de información a partir de la escucha por parte de las/os trabajadoras/es frente a los problemas o demandas de las/os sujetas/os. La otra perspectiva es la de la trabajadora social y el kinesiólogo, quienes enfatizan que la participación social es formar parte de algo, ser protagonista de un proceso, es cuando la persona se interesa por las/os otras/os para mejorar la salud. Si bien en estas dos perspectivas se ven posicionamientos distintos frente a lo que es la participación, igualmente se podría decir que las dos se incluyen dentro de una visión más horizontal de participación, donde la palabra de las/os sujetas/os ocupa un lugar central.

Es decir, que estas posiciones formarían parte de lo que es la tendencia horizontal de participación que se observa dentro del centro de salud. Se podría decir que esta concepción de participación social apuntaría a la construcción de ciudadanía y al ejercicio

¹⁵ Información obtenida de: <http://fundacionalma.org.ar/wp/>

de los derechos, en tanto democratiza las relaciones entre las/os trabajadoras/es y las/os sujetas/os e imprime una nueva forma de atención en salud. Parafraseando a Oliveira Coelho y otros (2009) la participación social se constituye como estrategia para la democratización del sistema de salud, en la medida en que trabajadoras/es y sujetas/os son considerados ciudadanas/os responsables de la construcción de un servicio de salud colectivo, equitativo y resolutivo. De este modo, la/el sujeta/o debe estar en el centro del proceso que orienta la organización y la evaluación de las acciones en el sistema de salud.

Por medio de la participación social, se apunta a romper con las prácticas basadas en la centralización, verticalización y burocratización, en las que el poder decisorio se encuentra en el nivel central del sistema. Por lo tanto, un espacio de participación, donde exista la representación de las/os diversas/os sujetas/os sociales, deberá funcionar teniendo en cuenta el establecimiento de negociaciones y construcción de consensos en la toma de decisiones en que prevalezca el interés colectivo. (Oliveira Coelho y otros, 2009)

Además, se puede agregar aquí que la participación social conlleva en sí mismo un proceso de interculturalidad en tanto pone en juego las diferentes culturas, modos de pensar y de solucionar los problemas en salud de las/os distintas/os sujetas/os. En términos de Sousa Santos (2006) es necesaria una ecología de los saberes, en el que se produzca el diálogo entre los saberes populares y los científicos, para que aquellas experiencias que se encuentran invisibilizadas, descalificadas y descredibilizadas por el saber científico vuelvan a estar presentes en la realidad social.

Aquí cabe mencionar que esta concepción de participación que tienen la psicóloga, la trabajadora social y el kinesiólogo podría estar influenciada por sus formaciones, sus trayectorias laborales, sus participaciones en diferentes espacios y por la concepción de salud y del “otro” que tienen.

En cuanto a sus trayectorias formativas, tanto la psicóloga como la trabajadora social expresaron tener una formación social:

“(...) si bien no hice una especialización en clínica comunitaria es una área que me gusta mucho y si tengo una especialización en clínica de niños. (...) ahora estoy haciendo una maestría en Salud Pública (...) porque también me encuentro en este lugar con que me faltan habilidades”. (Andrea, psicóloga)

“(...) siempre me fui formando y capacitando, primero hice la maestría en Salud Mental, luego hice la Maestría en Trabajo Social y actualmente la Maestría en Salud Pública”.
(Mariana, trabajadora social)

No obstante, a la formación académica de esta última trabajadora, cabe agregar su trayectoria de participación en organizaciones barriales y su trayectoria laboral, ya que considero, son parte de su formación en relación a la salud comunitaria:

“(...) yo trabajé siempre desde los 14 años en los barrios digamos, empecé trabajando porque estaba vinculada a la iglesia, a un grupo en ese momento que más se encuadraba en la Teología de la Liberación, y entonces desde los 14 años, yo trabajé 4 años y medio en la comunidad sur de Cayastá, después trabajé en Santa Rosa de Lima y ahí era alfabetizadora de adultos. (...) después estuve vinculada a acción educativa y de ahí trabajábamos lo que era un apoyo escolar en barrio Chalet, en San Agustín en su momento, hace ..., te estoy hablando de hace 30 años atrás”.

“La otra experiencia fuerte que tuve en lo comunitario fue porque yo, en el post 2003 trabajo en el ente de la reconstrucción, haciendo toda la tarea de relevamiento, entonces yo ahí trabajo con 87 familias que habían sido reubicadas de distintos barrios y la verdad que esa fue una experiencia de trabajo muy rica, porque era una población que se estaba formando, entonces trabajar todo desde los lazos de vecindad, la organización, las demandas. (...) era una pequeña mini comunidad que estaba surgiendo y que no tenían los habitantes ningún lazo de vecindad entre si y así que eso fue trabajo bien casa a casa, bien interesante de participación comunitaria”.

Respecto a la formación del kinesiólogo, el mismo expresó:

“(...) yo me estoy formando pero más a nivel kinésico, osteopatía se llama la formación, pero a nivel comunitario me gusta trabajar mucho con la prevención, viste? Siempre yo lo que veo es que por ahí en toda la medicina no se trabaja en prevención, se trabaja en asistencialismo, entonces desde la Facultad nos propusieron hacer también un poco de trabajo de prevención y en la comunidad”.

La Osteopatía es una terapia alternativa, dentro de la rama de la kinesiología, que aborda a la persona como un todo para llegar a comprender la causal de la dolencia y así tratarla

desde diferentes enfoques, no utiliza medicación ni aparatos para su terapia¹⁶. Esto podría dar indicios de que este trabajador tiene otra mirada en relación a los procesos de salud-enfermedad y que reconoce que existen otras terapias alternativas al modelo médico hegemónico.

Respecto a la participación en espacios relacionados a sus trabajos dentro del centro de salud, el kinesiólogo respondió que no participa, mientras que las dos trabajadoras respondieron que participan de una red interinstitucional:

“(...) como fue un tema tan importante toda la temática de infancia, decidimos, en su momento, plantear en la red noroeste un grupo que se arme trabajando específicamente la temática de infancia. Hace 4 años que esa si funciona, nos reunimos cada 15 días acá en el CAF 26, y si participamos los centros de salud de San Agustín, Abasto, Yapeyú, Nuevo Horizonte y creo que está Loyola, me parece ahora que se sumó, el CAF 26, el CAF 18 y las escuelas, están sobre todo la escuela San Luis Gonzaga y Santa Mónica representada por la trabajadora social y la sede territorial de Desarrollo Social y..., en principio también un representante de ECINA (...)”. **(Andrea, psicóloga)**

“(...) formamos parte de la mesa de infancia, en su momento formamos parte, porque ahora no está más, de lo que fue la red interinstitucional noroeste, que fue una red que se armó en esta zona con una particularidad que éramos todas instituciones públicas, no eran instituciones públicas y ONGs, sino que éramos todas las escuelas, los centros de salud, los CAFs, la policía y la iglesia de la zona, que nos juntábamos en el polideportivo”. **(Mariana, trabajadora social)**

En ambos relatos se puede observar que existe un compromiso e interés por parte de las trabajadoras en participar en estos espacios, en trabajar conjuntamente con otras instituciones, con otras disciplinas, en complejizar las situaciones sociales y realizar abordajes integrales.

Un elemento importante que también emerge en los discursos, es la intersectorialidad entendida como forma de participación social:

¹⁶ Información obtenida de:

<https://www.rosario3.com/noticias/Osteopatia-la-terapia-manual-que-aborda-el-cuerpo-la-mente-y-el-espiritu-20150724-0015.html>

“(...) si uno entiende por participación social también la coordinación interinstitucional, el trabajo en red, el no quedarse solos, el estar siempre trabajando con otras instituciones (...) yo no sé decirte si generamos instancias de participación social, pero si uno se maneja con el concepto que se utiliza desde el sentido común o lo diario de participación social, es decir, es un centro que genera instancias de juntarse con otros, de resolver las cosas con otros, de pensar con otros, de articular, de coordinar, en ese sentido”.
(Mariana, trabajadora social)

En este sentido se puede pensar a la intersectorialidad y a la redes como posibilitadoras de la participación social, en tanto:

“(...) tienden fundamentalmente a fortalecer los lazos sociales y a generar condiciones que posibiliten un legítimo restablecimiento comunitario. Esta noción implica un acto político en el sentido de construcción de ciudadanía reconociendo la producción de subjetividad y las posibilidades de transformación que se dan en y desde todo el terreno social”. (Red Noroeste, 2011: 2)

En relación a la participación en otros espacios por fuera de su trabajo, la psicóloga respondió que no participa ya que está enfocada a su formación profesional. La trabajadora social expresó que forma parte del Colegio de Trabajo Social y es Consejera Directiva de la Facultad de Trabajo Social de la UNER, lo que denota también un interés personal por participar y tener protagonismo en las decisiones de estos espacios. Mientras que el kinesiólogo expresó:

“Si voy a un grupo de la Iglesia, allá en sagrado corazón. Ahí nos juntamos, tenemos nuestra parte de religión y también tenemos, salimos a ayudar a la calle, a la gente, llevarle un plato de comida, a escucharlos, a hablar un poco, ahora que hace frío, llevarle un buzo (...)”.

Si bien este tipo de participación no se relaciona directamente con la salud, hace a su trayectoria personal de participación, de lo que se podría suponer que valoriza a la participación social como posibilitadora de procesos de transformación.

Sumado a lo anterior, se puede decir que las concepciones de participación social que subyacen de sus discursos, se relacionan también con las concepciones de salud y del

otro que poseen estos profesionales. En cuanto a las concepciones de salud, éstas se vieron reflejadas en sus voces:

“(...) a nivel comunitario me gusta trabajar mucho con la prevención, viste? Siempre yo lo que veo es que por ahí en la medicina no se trabaja en prevención (...).Y yo con los alumnos siempre quiero tratar de mostrarle eso, enseñarle un poco porque veo que no se hace. Nosotros tenemos muchos pacientes acá, pero también a la vez yo siempre trato de hacer un espacio, hemos hecho caminatas, fuimos al mercado acá en frente, dimos como hacer la postura. (...) vos tenés que tener un tiempo, vos no podés venir a decir que te pasa, te duele, anda a tomar esto, ándate, o yo que te haga así no más y te vas. Tiene que haber un tiempo, eso se perdió en la salud, (...)”. **(Nicolás, kinesiólogo)**

Aquí se puede observar como subyace una idea de salud amplia e integral, que tiene en cuenta los condicionamientos sociales y estructurales de la salud. Asimismo, cuestiona la perspectiva curativa asistencial de la medicina y parte de considerar como elementos principales a la promoción y prevención de la salud.

Otros de los relatos hicieron referencia a:

“Tal vez el problema principal para ellos no sea la salud, si sea la desocupación o falta de vivienda, que tiene que ver con salud, porque que vos vivas en un entorno que no tengas casa, que no tengas trabajo, tiene que ver con salud, todo tiene que ver con salud en realidad, viste? Porque bueno, desde no tener condiciones decentes, no tener cloacas, no tener agua corriente (...). No sé todo lo que implica la falta de trabajo en una familia, todos los problemas psicológicos que te puede traer, o sea todo impacta”. **(Andrea, psicóloga)**

“Mira nosotros generamos instancias de participación, uno es el Entretejiendo que eso fue una gran discusión acá en el equipo, porque eso yo no te estoy hablando de ahora 2017 cuando la temática violencia de género está instalada a nivel social, entonces nadie se atreve a decirte no eso no corresponde. Te hablo del 2008, cuando dijimos vamos a trabajar con..., los médicos de acá nos dijeron: “vos sos loca nos van a tirotiar el centro los maridos, que tienen que ver eso con salud” y yo les daba explicaciones y me decían: “pero que explicación más agarrada de los pelos”, cuando yo decía es un problema de salud pública por donde lo mire, o pedíamos un traslado para llevar una mujer que estaba golpeada y que teníamos que hacer..., y me decían no Mariana totalmente traída de los

pelos la explicación y terminábamos nosotras en el colectivo con la mujer”. (Mariana, trabajadora social)

De estos dos últimos relatos, se puede observar como aparece una visión de la salud desde una perspectiva integral y compleja, donde se tiene en cuenta los múltiples atravesamientos económicos, políticos, culturales y sociales que condicionan el proceso salud-enfermedad. Es decir, consideran a la salud como un proceso colectivo que tiene que ver con las condiciones de vida de las personas, con el sistema de salud, con las políticas públicas, donde se hace necesaria la interdisciplina y los saberes de las/os sujetas/os para la construcción colectiva de la salud.

Se podría decir que esta visión proviene de representaciones que existen en el campo de la salud -aunque marginales a las hegemónicas-, donde se piensa a la salud como una cuestión vital de atribución individual y colectiva que excede los aspectos biofisiológicos y la sitúa en el campo de la lucha política tanto de los profesionales de la salud como de los sectores populares. De este modo, se plantea a la salud como un derecho social y por lo tanto, debe generarse la acción individual y colectiva para alcanzar este objetivo. Desde esta perspectiva, la participación social se convierte en una herramienta elemental para la transformación de las condiciones de salud de la población. (Grippio, 2006)

En relación a las concepciones del “otro”, por un lado, la psicóloga hace referencia a las/os sujetas/os como “usuarias/os” del centro de salud. Sin embargo, este concepto ha recibido algunas críticas por parte de autoras como Vargas Cortés (2009), quien enfatiza que el mismo -al igual que el concepto de consumidor-, deviene del campo de la economía y refiere a los individuos que usan servicios que son ofrecidos por vendedores o prestadores. La definición de usuario, agrega la autora, no es un concepto adecuado para la comprensión de procesos políticos que involucran actores colectivos. Además, desde mi perspectiva, considero que esta noción, se centra en la idea de utilización de los servicios de salud, mientras que invisibiliza el carácter de sujeta/o activa/o en los procesos de salud-enfermedad.

En tanto el kinesiólogo, se refiere a las/os sujetas/os como “pacientes”. Como ya fue definido anteriormente, este concepto parte de considerar a la/el sujeta/o como pasiva/o ante el saber que posee el médico, cuestión que también invisibiliza la condición de sujeta/o activa/o o protagonista de los procesos sociales.

Por el otro lado, la trabajadora social concibe al “otro/a” como sujetas/os de derechos y como protagonista. Esta perspectiva, se podría inferir, está atravesada por la disciplina en la que se desempeña la misma, en tanto el trabajo social reconoce a las/os sujetas/os como portadoras/es de derechos que en la mayoría de las situaciones se encuentran vulnerados. Asimismo desde nuestra disciplina, se apunta a la construcción de sujetas/os autónomas/os y protagonistas de sus propios procesos.

Por último, considero importante mencionar un aspecto observado durante la realización de las entrevistas: el espacio físico. Los consultorios en donde se llevaron a cabo la entrevista con la psicóloga y con la trabajadora social, fueron los únicos en los que durante la entrevista, acontecieron varias interrupciones. En cambio, en los demás consultorios esto no ocurrió, dejándose ver allí espacios más cerrados, menos accesibles se podría decir para la demanda de las/os sujetas/os. Esto también tiene que ver con las representaciones que tienen, tanto las/os sujetas/os como las/os trabajadoras/es del centro de salud, acerca de estas profesiones, en el sentido de que son “más sociales” y tienen mayor apertura para la escucha de las demandas o de las situaciones problemáticas, así como también para el trabajo conjunto.

Conclusiones

La construcción de la presente tesina estuvo guiada por el objetivo de indagar y analizar las concepciones de las/os trabajadoras/es en relación a la participación social en salud, entendiendo que dichos aspectos forman parte de un entramado contradictorio de posiciones teóricas, prácticas e ideológicas, que guían las formas de interpretar la realidad y los modos de intervenir en ella.

El supuesto del cual partí es que aun habiendo transcurrido casi 40 años de la famosa Declaración de Alma Ata, la participación de las/os sujetas/os no se ha institucionalizado en el sistema de salud y sigue siendo una meta difícil de llevar a cabo por parte de las/os trabajadoras/es.

A partir del análisis de los distintos discursos se pudo observar una heterogeneidad en la construcción de los conceptos y sentidos en torno a la participación social, los que parecerían reflejar los saberes y significaciones construidas, así como también las formaciones, experiencias, posiciones sociales e intereses de las/os entrevistadas/os. A su vez, dicha diversidad de sentidos pudo ser agrupada en dos concepciones distintas de participación social en salud: una vertical y otra horizontal. Sin embargo, cabe señalar que la inclusión de los discursos a una concepción u a otra, presenta límites porosos, ya que

los relatos no son rígidos ni absolutos, sino que anidan contradicciones, tensiones que son necesarias poner en valor, en tanto podrían ser potenciadoras de los procesos de participación.

De la primera de ellas, subyace una visión vertical, biologicista y moralizante de participación, donde se privilegia el saber médico y se desvaloriza el discurso y los saberes de las/os sujetas/os, construyendo relaciones de poder asimétricas. Esto, contribuye a que la/el sujeta/o sea dependiente a las decisiones de las/os trabajadoras/es de la salud y menos posibilidades tenga de desarrollar su protagonismo y autonomía frente a su proceso de salud-enfermedad. A su vez, esta visión se encuentra reforzada por concepciones de salud también biologicistas y fragmentadas, que ven a la salud y a la enfermedad desde la lógica médica e individual, ocultando el sentido social del proceso salud-enfermedad. De esta manera, se reproduce una lógica vertical propuesta por los modelos normativos de gestión (Bang y Stolkiner, 2013), donde si existen llamados a la participación de las/os sujetas/os, las/os profesionales son quienes proponen las áreas, actividades o modalidades de participación, definen destinatarias/os, mientras que las/os sujetas/os no tienen posibilidad de decisión.

Sumado a ello, se podría decir que dicha tendencia vertical es hegemónica dentro del centro de salud, ya que se encuentra representada por los discursos expresados por la mayoría de las/os trabajadoras/es (ginecólogo, pediatra, odontólogo, enfermero, médico, enfermera de farmacia, agente sanitario, personal de admisión) y porque a su vez está asociada a lo que Menéndez denominó como modelo médico hegemónico, el cual denota un poder legitimado tanto por el Estado como por la comunidad científica, que imprime lógicas tradicionales de atención en salud que son difíciles de romper. De este modo, se pudo observar que prevalece una perspectiva curativa-asistencial de APS, la cual hace referencia a un modelo centrado en la atención individual y reparativa de la salud, donde las actividades de promoción y prevención quedan subordinadas, mientras que la participación de las/os sujetas/os es limitada. Según la perspectiva de la/os trabajadoras/es la atención insume la mayor parte del tiempo y constituye la principal demanda por parte de la comunidad. Esto a su vez, es reforzado por la creencia de que las profesiones “más sociales” son las que deben impulsar la participación, lo que hace que las otras profesiones se dediquen principalmente a la atención individual y se desentiendan de realizar las demás actividades, las cuales deberían ser el eje principal de

la APS. Desde mi perspectiva, esto constituye el principal obstáculo para los procesos participativos en salud.

No obstante, cabe mencionar aquí que dentro de esta concepción se observaron contradicciones tanto en los discursos como en las prácticas, por parte de la enfermera y el odontólogo entrevistado. Se pudo percibir que en sus relatos aparecen tensiones entre lógicas tradicionales y normativas de salud con miradas más amplias y complejas de la realidad social. Las mismas podrían estar influenciadas tanto por sus formaciones y recorridos laborales, como por sus intereses, sus concepciones de salud y la propia participación en espacios sociales.

Respecto a la segunda tendencia observada -la cual está representada por las expresiones que encontramos en la psicóloga, la trabajadora social y el kinesiólogo-, se puede decir que subyace una visión horizontal y democratizadora de la participación social que apunta a la construcción de ciudadanía y a la creación de espacios colectivos vinculares y saludables para las personas. De esta manera, la/el sujeta/o se considera como sujeta/o de derechos y como un actor y actriz social, es decir con capacidad de decisión y acción frente a su proceso de salud-enfermedad. Se hace importante mencionar aquí que esta visión se encuentra intrínsecamente relacionada con una perspectiva de salud integral y compleja, donde se tiene en cuenta los múltiples atravesamientos económicos, políticos, culturales y sociales que condicionan el proceso salud- enfermedad. En otras palabras, la salud es considerada como un proceso colectivo que tiene que ver con las condiciones de vida de las personas, con el sistema de salud, con las políticas públicas, donde se hace necesaria la interdisciplina y los saberes de las/os sujetas/os para la construcción colectiva de la salud.

Se podría decir que dicha visión proviene de representaciones que existen en el campo de la salud -aunque marginales a las hegemónicas-, donde se piensa a la salud como una cuestión vital de atribución individual y colectiva que excede los aspectos biofisiológicos y la sitúa en el campo de la lucha política tanto de las/os trabajadoras/es de la salud como de los sectores populares. De este modo, se plantea a la salud como un derecho social y por lo tanto, debe generarse la acción individual y colectiva para alcanzar este objetivo. Desde esta perspectiva, la participación social se convierte en una herramienta para la transformación de las condiciones de salud de la población y para el cuestionamiento de

las prácticas en salud basadas en la centralización, verticalización y burocratización, en las que el poder decisorio se encuentra en el nivel central del sistema.

Esta concepción horizontal de participación hace reflexionar si la hegemonía antes mencionada, no estaría empezando a ser cuestionada, desestabilizada, debido a las nuevas lógicas de atención-cuidado que se están imponiendo y a las prácticas desarrolladas de manera participativa e intersectorial dentro del centro de salud. A modo de ejemplificar esta postura, se puede mencionar que -hace aproximadamente dos años- quien ocupa un espacio que se supone es de mayor poder y decisión, es la psicóloga, quien es la Responsable Técnica del centro de salud. La misma en varias oportunidades de la entrevista mencionó que está intentando proponer otras lógicas de atención más integrales, que tengan en cuenta la voz de las personas que se atienden en el centro de salud, aunque también refirió que se le presentan resistencias y dificultades para llevar adelante estos cambios. A su vez, expresó que trabaja “en dupla” con la trabajadora social, lo que hace pensar en un trabajo interdisciplinario y coordinado que apunta a una misma lógica de trabajo.

Otras de las cuestiones importantes a mencionar aquí son las actividades de educación física que se desarrollan dentro del centro de salud. Como ya se señaló en el apartado del análisis, este es uno de los espacios de participación que más convoca a la gente. De esta manera, se pudo observar que los mismos son generadores de vínculos y potenciadores de la participación social, ya que la palabra y los saberes circulan de manera horizontal y hay una escucha y apertura por parte de las/os trabajadoras/es. Al mismo tiempo, se puede decir que quienes llevan adelante esta actividad, construyen la relación con las/os sujetas/os por medio de la posición ética del buen trato, del respeto, de la empatía, lo que podría potenciar aún más la participación de las/os mismas/os.

Sumado a ello, se puede señalar que dicha actividad se la puede definir como un encuentro saludable y participativo en sí mismo, en tanto apunta a la prevención y promoción de la salud y las personas hacen uso de este espacio desde otra posición, no desde la demanda de atención a partir de la enfermedad, lo que supone romper con la lógica curativa asistencial presente en la mayoría de las prácticas en salud.

En palabras de Bang y Corin (2017) estas prácticas emergen como formas alternativas que van tejiendo redes de contención institucional y comunitaria, en un contexto caracterizado por la pobreza, la exclusión social, el desarraigo y las múltiples formas de

violencia. Es decir, se presentan como acciones alternativas al modelo biomédico de atención, evidenciando una perspectiva de salud integral, basada en el cuidado y promoción de la salud, y asociada al restablecimiento de los lazos sociales.

Por su parte, el trabajo intersectorial, a través de las redes interinstitucionales y de los Proyectos de Extensión Universitaria que se llevan a cabo en relación al centro de salud, también podrían ser consideradas como prácticas que vienen a cuestionar las formas hegemónicas y biologicistas de atender la salud. Los distintos proyectos de extensión, como ser *“Prevención de cáncer de cuello Uterino: estrechando lazos entre el equipo de salud y las mujeres. Experiencia de trabajo en el Centro de Salud San Agustín”* y *“Por la construcción de la salud de la mujer en su integralidad”*, han evidenciado la posibilidad de trabajar de manera más integral e interdisciplinaria, atendiendo a la complejidad de las situaciones sociales, al mismo tiempo que han impactado en las condiciones de vida, en este caso de las mujeres, mejorando la accesibilidad de las mismas al sistema de salud. Respecto a las redes, se debe destacar que tanto la psicóloga como la trabajadora social, tienen una fuerte participación en las mismas. Esto hace suponer que las formas de abordaje privilegiadas por ellas tienen que ver con el trabajo colectivo, interdisciplinario, vincular, que apunta a romper con las formas de atención individual y fragmentada. En palabras de Rovere (1999) las redes en salud se deben entender desde el lenguaje de los vínculos; redes sería un concepto vincular, donde se conectan o vinculan personas para lograr objetivos comunes.

En este sentido, se hace necesario proponer nuevos modelos de gestión más democráticos que revaloricen estas prácticas y posicionen a las/os sujetas/os como actores y actrices sociales con capacidad de acción y de decisión. Del mismo modo, considero que se deben tener en cuenta las contradicciones, matices, que aparecen en los discursos y las prácticas de las/os trabajadoras/es, ya que es allí donde se encuentran fuerzas instituyentes que podrían potenciar otras lógicas más participativas e integrales en salud.

Por último, propongo el ejercicio permanente de reflexión sobre las concepciones teóricas, ideológicas y éticas, que guían nuestras perspectivas y prácticas, ya que de ellas van a depender las transformaciones que queramos producir. O seguimos reproduciendo lógicas verticalistas y biologicistas, que imponen modos de ser y actuar considerados desde los conocimientos médicos científicos, o nos dejamos interpelar por los saberes,

por la cultura del “otro” y construimos intervenciones conjuntas, dialogadas, que tengan como objetivo principal construir ciudadanía y autonomía social.

Bibliografía

- Abrigo Robles M. F., Bustos F., Jeanney G. Y Passeggi D. M., (2014) Cuídate, hacete un PAP: un abordaje colectivo para pensar y repensar la problemática del cáncer de cuello de útero. Universidad y salud, Intervenciones, 4, 130-136. Recuperado de: <https://bibliotecavirtual.unl.edu.ar/ojs/index.php/Extension/article/viewFile/4603/6994>

-Almeida Filho N. y Silva Paim J. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. Cuadernos Médicos Sociales, 75, 5-30. Recuperado de: <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-010.pdf>

-Alegría J. C. y González W. (2013) Foucault y la pedagogía nosopolítica de los discursos biomédicos en Colombia entre finales del siglo XIX y principios del XX. Praxis Filosófica Nueva serie, 36, 163-201. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/pafi/n36/n36a08.pdf>

-Ander Egg E. (1965). Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad. Buenos Aires: Humanitas.

-Aquín, N. (2003) El trabajo comunitario en las actuales condiciones: fortalecer la ciudadanía. En Aquín, N. (comp.) Ensayos sobre ciudadanía. Reflexiones desde el trabajo social. (pp.113-125). Buenos Aires: Espacio.

-Autor colectivo. (2011) Manual de Epidemiología Comunitaria. El camino de las comunidades. UNC. Recuperado de: <http://higagandulfo.com.ar/adjuntos/ALAMES/Manual%20de%20Epidemiologia%20Comunitaria.pdf>

-Bang C. y Corín M. (2017) Analizando prácticas participativas en salud: La Semana de Las Crianzas en Villa Soldati. Saúde debate, 41(114), 768-785. Recuperado de: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sdeb/v41n114/0103-1104-sdeb-41-114-0768.pdf

-Bang, C. (2014) Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. Psicoperspectivas, 13(2), 109-120. Recuperado de: <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/399/340>

-Bang C. y Stolkiner A. (2013) Aportes para pensar la participación comunitaria en salud/salud mental desde la perspectiva de redes. Ciencia, Docencia y Tecnología, 46, 123-143. Recuperado de: http://www.revistacdyt.uner.edu.ar/spanish/cdt_46/documentos/46_cssociales05_bang.pdf

-Bang, C. (2011). Debates y controversias sobre el concepto de participación comunitaria en salud: una revisión histórica. Eä – Revista de Humanidades Médicas & Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología, 2(3), 1-23. Recuperado de: <http://www.ea-journal.com/art2.3/Debates-controversias-sobre-participacion-comunitaria-en-salud.pdf>

-Bañez Tello T. (2015) Participación social y Trabajo Social. Revista Trabajo Social, 14, 16-23. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/280492969_Participacion_social_y_trabajo_social

- Belmartino S. y Bloch C. (1984). Reflexiones sobre participación popular en Salud en Argentina. Cuadernos Médico Sociales, 27, 1-50. Recuperado de: <http://capacitasalud.com/biblioteca/wp-content/uploads/2016/02/Cuadernos-Medico-Sociales-27.pdf>
- Borda P., Dabenigno V., Freidin B. y Güelman M. (2017) Estrategias para el análisis de datos cualitativos. Buenos Aires: Desarrollo.
- Briceño León, R. (1998) El contexto político de la participación comunitaria en América Latina. Cadernos de Saúde Pública, 14 (2), 141-147. Recuperado de: <http://www.bvsde.paho.org/bvsasv/fulltext/contexto.pdf>
- Bronfman M. y Gleizer M. (1994) Participación comunitaria: necesidad, excusa o estrategia? O de qué hablamos cuando hablamos de participación comunitaria. Cadernos de Saúde Pública, 10 (1), 111-122. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000100012
- Cadena Afanador, L. P. (2007) Análisis de los procesos de institucionalización de la medicina preventiva en tres facultades de medicina de Colombia entre 1947 y 1965. Tesis de Maestría, Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/651/1/597348.2007.pdf>
- Carballeda A. J. M. (2000) La Reconceptualización hoy. Revista Margen, 16, s/n. Recuperado de: <https://www.margen.org/suscri/margen16/reconc.html>
- Cazzaniga S. (2007) Hilos y nudos. La formación, la intervención y lo político en el Trabajo Social. Buenos Aires: Espacio.
- Cembranos Díaz F. (1993) Bienestar, Ecología y Participación Social. Intervención Psicosocial. Revista sobre Igualdad y Calidad de Vida, 2 (2), 1-14. Recuperado de: <http://habitat.aq.upm.es/boletin/n3/afcem.html>
- Eibenschutz C. (1989) Atención Primaria en Salud. Revista Salud, Problema y Debate. (s/n), 20-24.
- Eibenschutz C. (1982) Participación popular en salud. En Rojas Ochoa F. y Márquez M. (comp.). Alames en la memoria. (pp.57-67). La Habana: Caminos.

- Espinosa, M. (2014) Los orígenes caribeños del Sistema Nacional de Salud Pública en los EEUU: una aproximación global a la historia de la medicina y de la salud pública en Latinoamérica. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 22 (1), 241-253. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v22n1/0104-5970-hcsm-22-01-00241.pdf>
- Estebanez S., Cristofol M. y Grittini C. (2002) Entre Soles y Estrellas. Ponencia presentada en IX Jornadas de Residentes de Salud Mental del Área Metropolitana, Buenos Aires, Argentina.
- Frankel, D. (1988) Hacia una definición participativa en salud: atención de los sectores populares del Conurbano Bonaerense. *Cuadernos Médicos Sociales*, 44, 63-75.
- Grippio L. (2006) Acerca de la relación entre el campo de la salud, las representaciones de salud de los usuarios adolescentes y sus representaciones de participación en el campo de la salud de la ciudad autónoma de buenos aires. *Anuario de Investigaciones*, (14), 131-138. Recuperado de: <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v14/v14a12.pdf>
- Gómez P. M. (2002) Gordon Hamilton (1892-1967) y la importancia del registro social. Documento publicado en la Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de: http://eprints.ucm.es/5675/1/T.S._Hoy_Gordon.pdf
- Hernández Sampieri R., Fernández Collado C. y Baptista Lucio P. (2003) Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill.
- Jáuregui I. (2007) Droga y sociedad: la personalidad adictiva de nuestro tiempo. *Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 16, 1-10. Recuperado de: <https://webs.ucm.es/info/nomadas/16/ijbalenciaga.pdf>
- Laurell, A. C. (1982) La Salud-Enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médicos Sociales*, 19, 1-11. Recuperado de: <http://www.ccgsm.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/laurell.pdf>
- Lifshitz, A. (2014) La medicina curativa y la medicina preventiva: alcances y limitaciones. *Med Int Méx*, 30, 64-72. Recuperado de: http://cmim.org/boletin/pdf2014/MedIntContenido01_09.pdf

- Lora M. E. y Calderón C. (2010) Un Abordaje a La Toxicomanía desde el Psicoanálisis. *Ajayu*, 8(1), 151- 171. Recuperado de: <http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/v8n1/v8n1a8.pdf>
- Menéndez, E. (2006) Las múltiples trayectorias de la participación social. En Menéndez, E. y Spinelli H. (coord.). *Participación Social ¿Para qué?* (pp. 51-80). Buenos Aires: Lugar.
- Menéndez, E. (1998) Participación Social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado. *Cuadernos Médicos Sociales*, 73, 5-22. Recuperado de: <http://tie.inspvirtual.mx/recursos/temas/etv/OAParticipacionSocialWeb/material/Participacion%20social%20en%20salud.pdf>
- Menéndez E. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Ponencia presentada en las II Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires, Argentina.
- Monsalvo, J. (2008) Historicidad de la Atención Primaria de la Salud. Cuadernillo N° 3 Universidad Nacional de Rosario, Facultad de Medicina. Recuperado de: http://www.altaalegremia.com.ar/contenidos/Cuadernillo_N_3_Histor_Atencion_Prim_Salud.html
- Musante, L. (2016) Yo estuve en Tilcara (Sobre la cotidianeidad de la Atención Primaria en Salud). *Clepios*, revista de profesionales en formación en salud mental, 1 (22), 36-40. Recuperado de: <http://www.polemos.com.ar/docs/clepios/clepios69.pdf>
- Navarro, V. (1998) Concepto actual de salud pública en Martínez-Navarro F, Antó JM, Castellanos PL, Gili M, Marset P, Navarro VL, editor. *Salud pública*. Madrid: McGraw Hill Interamericana.
- OMS-UNICEF (1978). *Atención Primaria de Salud* (1). Recuperado de: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>
- Oliveira Coelho M., Salette Besa Jorge M. y Ximenes Guimaraes J.M. (2009) Participação social na atenção básica à saúde: concepções e práticas dos usuários e trabalhadores do Programa Saúde da Família. *Revista de APS*, (12)4, 448-458. Recuperado de: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/282>
- Onocko Campos R. (2002) La gestión: espacio de intervención, análisis y especificidades técnicas. Recuperado de:

https://logicasinstitucionalescipo.files.wordpress.com/2013/03/9396615-onoko-la-gesti_n-traducido.doc.

-Pasek de Pinto E., Avila de Vanegas N. y Matos de Rojas Y. (2015) Paradigma, (36) 2. Recuperado de:

http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1011-22512015000200006

-Pagnamento L. (2007) La Atención Primaria de la Salud (APS) y la participación: tensiones entre las políticas diseñadas y las acciones concretas. Análisis de caso. Ponencia presentada en VII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

-Perrotta, G. V. (2011) Concepciones de sujeto, cuerpo y síntoma en medicina y psicoanálisis. Ponencia presentada en III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVIII Jornadas de Investigación y Séptimo Encuentro de Investigadores del MERCOSUR, Buenos Aires, Argentina.

-Piedrola G. (2008) La salud y sus determinantes. Concepto de medicina preventiva y salud pública. En Piedrola G. Medicina preventiva y salud pública. (pp. 3-18) Barcelona: Shat, S.A.

-Ramos Gorostiza, J. L. (2014) Edwin Chadwick, el movimiento británico de salud pública y el higienismo español. Revista de Historia Industrial, 55, 11-37. Recuperado de: <http://www.raco.cat/index.php/HistoriaIndustrial/article/viewFile/280098/367800>

-Restrepo H. (2003) Participación social en salud: un reto para la promoción de la salud. Facultad Nacional de Salud Pública, (21) 2, 119-126. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12021211>

-Red Noroeste (2011) Construyendo en Red. Historia y desafíos de la Red Noroeste. Ponencia presentada en XI Congreso Iberoamericano de Extensión Universitaria. Encuentro de organizaciones sociales, Santa Fe, Argentina.

-Sousa Santos B. (2006) Renovar la Teoría Crítica y Reinventar la Emancipación Social. Buenos Aires: Clacso.

- Sousa Campos G. W. (1998) Equipos matriciales de referencia y apoyo especializado: un ensayo sobre reorganización del trabajo en salud. Recuperado de: <https://www.rosario.gov.ar/ArchivosWeb/desousacampos.pdf>
- Sopransi M. B. y Lenta M. M. (2010) La participación social en salud desde la perspectiva de las organizaciones populares. Ponencia presentada en III Congreso Regional de la Sociedad Interamericana de Psicología. Sociedad Interamericana de Psicología, Asunción, Paraguay.
- Solá Becerra M. y Becerra N. (2009) Intervención social en la Argentina de los años 30: la profesionalización de la asistencia social. *Historia Caribe*, 15, 139-157. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3180934.pdf>.
- Stolkiner A. (2003) El concepto de salud de la OMS. Cátedra II Salud Pública/Salud Mental, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_1/stolkiner_teorico_4_concepto_salud_oms.pdf
- Stolkiner A. (2001) Subjetividades de época y prácticas en salud mental. *Actualidad Psicológica*, 239, 1-9. Recuperado de: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_2/stolkiner_subjetividades_de_epoca.pdf
- Taylor, S., y Bogdan, R. (1992) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires: Paidós.
- Ugalde, A. (2006) Un acercamiento teórico a la participación comunitaria en salud. En Menéndez, E. y Spinelli H. (coord.) *Participación Social ¿Para qué?* (pp.145-160). Buenos Aires: Lugar.
- Vignolo, L., Vacarezza, M., Álvarez, C. y Soza, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Interna*, 33 (1), 11-14. Recuperado de: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>
- Vasilachis de Gialdino, I. (2006) *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa, S.A.

-Vargas Cortes S. M. (2009). Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. En Fleury Teixeira S. M., Vasconcelos Costa Lobato L. Participação, Democracia e Saúde, (pp 102-128). Río de Janeiro: Cebes.

-Weller S. (2007) La gestión como espacio de cambio (Desde dónde). En Bloch C. Hechos y palabras. La experiencia de gestión de la Coordinación Sida en la Ciudad de Buenos Aires, (pp. 83-129). Recuperado de:
http://www.paho.org/arg/publicaciones/otras%20pub/hechos_y_palabras.pdf