

Estrategias de trabajo en torno a la participación en salud

Por Verónica Natacha Prada y María del Carmen Masciovecchio *

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo surge a partir de la participación en proyectos comunitarios en Centros de salud como parte de la formación profesional de Trabajo Social en el sistema de Residencias en Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

Parte de la problematización que como profesionales del trabajo social en el sector salud nos hacemos cuando nos encontramos formando parte de políticas y proyectos que son implementados en las comunidades de los barrios de zonas pobres de la ciudad. A partir de distintos proyectos de trabajo en los que participa la residencia en dos Centros de Salud y Acción Comunitaria de la zona sur de la Capital Federal nos surgen diferentes interrogantes. Observamos cómo en nuestra práctica nos manejamos con conceptos orientadores muchas veces no explicitados ni discutidos, que permean el accionar diario. Entre esos conceptos encontramos el de **participación**, que nos interpela fuertemente por su carga simbólica y su emparentamiento y relación con la profesión a la que pertenecemos.

Y parte, finalmente, del deseo de poder reflexionar y producir algún aporte en la discusión acerca de nuestro lugar en esta cuestión, acerca de las estrategias construidas en el trabajo con grupos de vecinos en pos de determinados objetivos en salud, en nuestro trabajo concreto, pensando en que herramientas pueden utilizarse desde esta profesión en el trabajo con la comunidad.

El objetivo general del presente trabajo es repensar teórica y prácticamente lo realizado en relación a la participación en los proyectos comunitarios en los que se incluyen los profesionales de Trabajo social en los Centros de Salud y acción comunitaria, para poder realizar aportes que enriquezcan la tarea. Nos proponemos reflexionar sobre el rol del equipo de salud en torno a las experiencias de participación en los proyectos de salud comunitaria desarrollados en los Cesac. Y repensar las estrategias de trabajo implementadas en los proyectos comunitarios para recuperar las herramientas mas apropiadas.

PARTICIPACIÓN Y SALUD

Entendemos al proceso salud-enfermedad como enraizado en las condiciones objetivas de vida de quienes lo padecen. "...el proceso salud enfermedad deja de concebirse como algo exclusivamente biológico e individual y se plantea como un proceso condicionado socialmente que se concreta en seres humanos, en grupos que se relacionan con la naturaleza y entre si de cierta manera (...) se parte de que las causas fundamentales de la salud y la enfermedad se encuentran en la forma en que se organiza la sociedad para producir y reproducirse, es decir en el modo de producción dominante, como en este caso el capitalismo... -1-

Por tanto el proceso salud enfermedad seria expresión de procesos sociales, y para comprenderlo es necesario analizar el contexto económico, político e ideológico de la sociedad.

Laurell considera que el proceso salud/enfermedad colectiva es la forma histórica específica del proceso biológico humano tal como se da en los grupos sociales en un momento dado. El carácter histórico y social del proceso biológico humano se expresa en una serie de fenómenos que se pueden constatar empíricamente, como la existencia de distintos perfiles de morbimortalidad en los diferentes grupos humanos (que se distinguen de una sociedad a otra y de una clase social a otra).

Considerar el proceso salud enfermedad como expresión de procesos sociales implica pensar en lo social como intrínseco al mismo proceso y no como un determinante externo, donde los procesos sociales son pensados como una constelación de factores de riesgo.

Esta última concepción es utilizada por el modelo multicausal donde la realidad compleja es reducida a una serie de factores, paradigma que aun continua siendo dominante.

En la sociedad existen instituciones encargadas de responder específicamente a las necesidades de salud de la población, que si bien tienen como objetivo explícito el bienestar de las personas, también responden a las necesidades de reproducción y conservación de la fuerza de trabajo.

“Los trazos biológicos de una población se convierten en elementos pertinentes para una gestión económica y es necesario organizar en torno a ellos un dispositivo que asegure su sometimiento y sobre todo el incremento constante de su utilidad” **-2-**

Es a través de la autoridad de los profesionales “Cualificados” avalados por el Estado que trabajan en estas instituciones que se realizan una serie de prescripciones no solamente referidas a la enfermedad sino también a formas de vivir y comportarse, es en este sentido estas instituciones funcionan como instancia de control social.

“El médico se convierte en el gran consejero y en el gran experto si no en el arte de gobernar al menos en el de observar, corregir, mejorar el cuerpo social y mantenerlo en un estado permanente de salud” **-3-**

Los sistemas de salud correspondientes a las formas de organización social están conformados por distintas instituciones. Ubicamos en los sistemas de salud diversos efectores como los Centros de Salud y Acción Comunitaria que desarrollan actividades de atención primaria de la salud. De acuerdo a algunas perspectivas, el centro de salud asume como institución la responsabilidad de la atención de una comunidad definida social, demográfica y geográficamente, y en sus actividades han de ser contemplados tanto los aspectos de prevención de la enfermedad y promoción de la salud como los estrictamente asistenciales curativos.

La conferencia de la OMS de Alma-Ata definió la Atención Primaria de Salud como: “La asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación” **-4-**. Esta estrategia de salud define como uno de sus pilares fundamentales la *participación*, sin embargo existen una diversidad de interpretaciones que diferentes actores utilizan para conceptualizarla y que generalmente no son explícitas.

Para poder hablar de participación en salud, podemos comenzar por pensarla en términos de participación social. Siguiendo a Menéndez, coincidimos en que el término “participación” presenta una ambigüedad teórica y práctica, que obliga, como toda construcción, a ubicar los discursos y prácticas en los diferentes contextos históricos donde fue utilizado para develar los supuestos que subyacen.

Este concepto, referido o no específicamente al proceso salud/enfermedad/atención supone “...no solo reconocer su aplicación técnica, sino también que el término ha sido objeto de la investigación sociológica, y de la práctica política, es decir, supone la existencia de una historia académica, técnica y política...” **-5-**

La participación fue analizada y desarrollada, variando y recuperándose en diferentes perspectivas. Entre esos diferentes orígenes y usos del concepto, encontramos quienes postulan el énfasis en los procesos estructurales, secundarizando el rol del sujeto. En otra posición tendencias en las que la participación social sería oposición a la dominación, y que operaría como cuestionadora de la manipulación y la cooptación, desarrollando procesos más democráticos y autónomos. Sería una perspectiva política que supondría un ejercicio constante de ciudadanía, pero además un instrumento para el cambio social y subjetivo. Se revertiría el papel de la estructura, el sujeto cobraría protagonismo, y pasaría a ser sujeto de la reproducción y no mero objeto pasivo. En este marco se recupera la acción del sujeto en la vida cotidiana.

También cabe mencionar aquellos que conceptualizan, desde la interpretación neoliberal del término, la participación del individuo, relacionada con la responsabilidad personal y la

autonomía de la persona, dejando de lado los cuestionamientos respecto de las estructuras, la organización social y el estado. Se reduce así la participación social a los microgrupos. Entre estas alternativas se abre un abanico de interpretaciones que contemplan dentro por ejemplo las estrategias de resistencia, y “aguante”, o la relevancia de la participación como presencia de las personas en rituales y símbolos como formas de participación.

Según Menéndez, lo que esta en la base de la discusión es la relación existente entre sujeto y estructura, es decir el tema del *cambio*, hasta donde y de que forma puede ser modificado lo estructural y cual es el peso del sujeto en esto. El autor también postula que puede analizarse la aplicación de este concepto teniendo como eje el tipo de organización social al que se trata de llegar, *qué tipo de sociedad se pretende construir con la participación social*.

Para ubicarnos en nuestra practica profesional y en relación a los conceptos desarrollados, tenemos que tener en cuenta la existencia de una serie de políticas de salud en general generadas desde organismos internacionales como la OPS, el Banco Mundial, etc. que marcan la impronta del lineamiento de la atención primaria, generalmente descontextualizando y deshistorizando la perspectiva de participación que postulan. Estas políticas son las que se concretan en el trabajo realizado en los cesac, puestos sanitarios, de atención primarias, etc. tomando improntas particulares, tomando realidad, pero también resignificandose.

Aquí estamos quienes trabajamos en los organismos e instituciones del campo de la salud, que operan en pos o no de la participación social, pero por lo pronto utilizan el término como punto importante de la estrategia de trabajo. Es interesante pensar que en realidad, *desde el punto de vista de las instituciones que trabajan en salud*, en relación a las actividades que realizan, los actores que participan, y los instrumentos utilizados, no se encuentran demasiadas diferencias, pero si habría que buscarlas, apoyándonos en lo expuesto anteriormente, en los supuestos con que se trabaja y se direcciona la acción en torno a este concepto. nos interesa hacer hincapié en la implementación de los proyectos, el aspecto más cercano y cotidiano que revela formas de abordaje desde el sector salud hacia la población, y que toca de cerca nuestro quehacer profesional.

Para poder aportar a discernir nuestro lugar y el de los equipos en el trabajo cotidiano teniendo como eje la participación, encontramos un gran aporte en la Educación Popular entendida como una herramienta sistemática que puede ayudar a los grupos (comunidad/equipos de salud) para problematizar la practica. Se trataría de un conjunto de acciones organizadas para garantizar y profundizar los aprendizajes que surgen de la acción. La perspectiva de la educación popular a la que adherimos es la que parte de la práctica concreta, para realizar el proceso de abstracción y regresa de nuevo a lo concreto, permitiendo actuar sobre lo descubierto en el proceso de análisis con una visión más rica y compleja de la realidad. La Educación Popular parte de las preocupaciones y saberes populares, pero orienta sus reflexiones con objetivos claros.

BREVE DESCRIPCION DE LAS EXPERIENCIAS

Haremos referencia a cuatro experiencias desarrolladas en dos Centros de Salud de la Ciudad de Buenos Aires.

1. Grupo Comedor Comunitario.
2. Promotores de Salud
3. Grupo Referentes de Salud
4. Programa de Salud Sexual y Reproductiva

1- Grupo Comedor comunitario

En el año 2002 se realiza en conjunto con una Asociación Civil un proyecto de prevención de HIV. El proyecto tenía como finalidad generar una red de distribución de preservativos en los Barrios. Desde el Cesac y con la participación de la Asociación civil se comenzaron a

realizar recorridos semanales por las calles de los barrios para distribuir preservativos. Se contactó a comedores comunitarios que estuviesen interesados en participar en la creación de la red. El objetivo era que estos comedores funcionen como referentes para que las personas de los barrios retiren preservativos de allí. A partir de esto se desarrollan diferentes talleres sobre hiv en los comedores que participaban en la red.

En el marco de este proyecto se comienza a tener una mayor vinculación con los comedores comunitarios de la zona, ya que semanalmente algunos profesionales del Cesac pasaban por allí cuando se realizaban las salidas al barrio.

Con uno de los comedores que conformaban la red, se empieza a discutir sobre ciertos problemas que los participantes observaban en el barrio. Es de esta manera que se plantea en conjunto con mujeres que trabajan y participan en diferentes actividades en el comedor la posibilidad de establecer un espacio de encuentro para hablar sobre diferentes temas. A partir de esto se acuerda realizar la primera reunión el día jueves 13 de marzo de 2003 en el comedor comunitario para discutir y diagramar la forma de trabajo y los objetivos del espacio.

Se define como lugar de encuentro el comedor comunitario. La dinámica de trabajo se fue definiendo en los distintos encuentros del grupo, al igual que los temas a tratar y la modalidad de trabajarlos.

Se trataron diferentes temas en las distintas reuniones algunos relacionados con la salud como menopausia, distintas enfermedades y otros relacionados con problemas que las integrantes experimentaban en su vida cotidiana y percibían en el barrio tales como adicciones, violencia social, género, discriminación etc.

Los temas trabajados se definían en las reuniones con el equipo de salud y en algunos casos las integrantes realizaban un listado que era discutido durante la semana entre ellas y se presentaba en los encuentros grupales. La forma de trabajarlos no estaba establecida con anterioridad por el equipo de salud sino que surgía a partir de la discusión grupal.

El equipo de salud se reúne generalmente antes de los encuentros y después de los mismos para reflexionar acerca de lo realizado.

2- Promotores de salud

El grupo de promotores de Salud que funciona en un Centro de Salud y Acción Comunitaria se inicia en el año 2001. En ese año se convoca desde una organización barrial ubicada en la zona Sur de la Ciudad de Bs As algunos profesionales del Cesac para dar una charla a un grupo de promotores que se encontraban en esta institución. A partir de la realización de este taller surge como propuesta de algunos promotores que se encontraban allí continuar trabajando con este grupo en el Centro de Salud, con el objetivo de trabajar sobre temas de salud para desarrollar acciones en el barrio. El grupo estaba conformado por personas que recibían el plan jefes de hogar y por otras personas que no lo recibían.

Es así como se comienza a reunir una vez por semana el grupo de Promotores de Salud con la participación de profesionales del Cesac.

El objetivo del proyecto era que los promotores pudieran desarrollar diferentes acciones en el barrio y que sean reconocidos como referentes en la comunidad.

La dinámica de trabajo es a través de talleres donde se trabajan distintos temas de interés definidos por el grupo. En los talleres se presenta información acerca de una de las temáticas definidas y se discute grupalmente sobre la misma.

Algunos de los temas trabajados hasta el momento fueron: Salud de la mujer, Salud sexual y reproductiva, embarazo, HIV, Hepatitis B, Rol de promotores de Salud, Vacunación, Derechos de la familia, Derechos del niño, programación local participativa, dinámica de grupos, salud bucal, TBC, accidentes domésticos etc.

Además de la capacitación algunos promotores participan de algunas actividades que se realizan desde el centro de Salud, como en el programa de Bajo Peso, donde pesan y miden a los niños antes de la atención, participan de algunos talleres que se llevan a cabo desde el programa destinado a los padres y a los niños/as y en actividades fuera de la institución en diferentes barrios de la zona de influencia del Cesac.

En el año 2002 se unifica este grupo de promotores con otro que funcionaba en un comedor comunitario. En la actualidad todos los participantes del grupo reciben plan jefes de hogar con excepción de uno de ellos. En el transcurso del tiempo se fueron incluyendo mas personas que cobraban el plan jefes de hogar.

Actualmente se planteó la necesidad de que cada grupo de promotores de salud elabore un proyecto que aborde cualquier temática de interés para llevarlo a la práctica. La mayor parte de los proyectos esta relacionado a algunos de los programas y actividades que se realizan desde el Centro de Salud.

3 - Grupo Referentes de Salud

Este grupo surge a partir de la existencia de los Planes Jefes y Jefas de Hogar, y de la posibilidad de realizar la contraprestación de los mismos en el ámbito de la salud, específicamente en un CESAC. La fecha de comienzo fue a mediados del 2002.

Varias de las personas que participan habían tenido previa experiencia de participación en algunas organizaciones barriales y en actividades comunitarias, siendo en ciertas ocasiones referentes para sus vecinos.

Los objetivos que se plantean desde el CeSAC en el trabajo se direccionan hacia el fortalecimiento de las personas como referentes barriales, la problematización y discusión de temas y situaciones que los toquen de cerca, la organización de actividades relacionadas con la salud (capacitación e intervención).

El proyecto ha tenido varias modificaciones desde su comienzo en la dinámica de funcionamiento.

En un principio había reuniones generales semanales en una escuela del barrio coordinadas por una trabajadora social y un psicólogo del CeSAC, en la cual se trataban temas propuestos por los concurrentes. Además se realizaba una capacitación en enfermería con una enfermera del CeSAC, en el marco de una campaña de vacunación.

Por diversos factores, se discontinuo este trabajo, y a partir de allí surgieron cambios en la estructura de funcionamiento.

Se siguieron realizando las reuniones en la escuela, y a partir de lo hablado allí, surgieron otras actividades que tenían como ejes problemas nutricionales, controles del embarazo, organización de salidas recreativas, etc.

Actualmente, el proyecto se encuentra en otra fase de cambio, pensando en rever el funcionamiento y realizar comisiones de trabajo según temas de interés, manteniendo una reunión plenaria por mes, y algunos temas y actividades transversales realizados en conjunto.

4 - Programa de Salud Sexual y Reproductiva

Como antecedente encontramos a los talleres sobre salud reproductiva realizados por estudiantes de Trabajo Social coordinados por la TS del CeSAC en un Comedor comunitario durante el año 1998.

Este proyecto surge en el año 2000 como consecuencia de las necesidades planteadas por un grupo de mujeres de un comedor comunitario y vecinos que concurren al mismo. Estas se referían al tema de la salud sexual y reproductiva, y versaban en poder contar con mayor información y servicios mas accesibles en cuanto a turnos y distancia, debido a dificultades relacionadas con la violencia urbana, las estrategias de sobrevivencia cotidiana, etc., que obstaculizaban el acceso efectivo a los métodos anticonceptivos a pesar de contar con efectores de salud cercanos.

A esto se sumaba la escasez de recurso humano y de insumos necesarios para la atención de la mujer en edad fértil, como también que muchas veces los discursos y prácticas del equipo de salud no contemplan las creencias y prácticas de los hombres y mujeres con relación a los procesos de salud reproductiva y sexualidad.

Desde el equipo de salud se establece entonces como primordial elaborar estrategias que posibiliten el acceso a la información, a los servicios, y a la distribución de anticonceptivos de manera más cómoda y eficaz respetando las creencias, percepciones y temores como también el contexto socioeconómico de las personas. Estrategias estas, que acompañen y fortalezcan modalidades propias de organización y/o participación y los lazos solidarios y de confianza existentes entre los vecinos.

La metodología de trabajo tiene como eje la participación de organizaciones y vecinos en el diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación del proyecto, el cual, como se ha mencionado anteriormente, surgió como demanda de la gente del barrio.

Existe actualmente una red conformada por tres efectores de salud (3 Centros de Salud) participan en las actividades relacionadas con la atención, la realización de talleres y/o las reuniones de planificación conjuntas.

En relación a la atención, se cuenta con turnos que los referentes pueden gestionar con los efectores determinados. En cuanto a los métodos anticonceptivos, existe una red de distribución de pastillas anticonceptivas y preservativos, en la cual los referentes de cada organización o manzana pueden retirar ellos las pastillas en los efectores para las vecinas que se referencien con ellos, para lograr de este modo un acceso más rápido y seguro al método.

Las reuniones conjuntas de planificación y evaluación se realizan generalmente una vez por mes en los comedores comunitarios. Se realizan además talleres **a demanda** que son planteados en esa u en otra instancia. Los talleres se realizan en comedores, casas de familia, o en el lugar donde se sugiera. Participan médicos, trabajadores sociales, antropóloga y referentes.

En este marco comenzaremos a analizar las diferentes experiencias en relación a dos ejes que consideramos importantes.

Origen y objetivo de surgimiento

La constitución del grupo de referentes y la continuidad del grupo de promotores de Salud, al tener como origen o como fundamento los Planes Jefas y Jefes de Hogar, tiene anclaje en una política de trabajo de subsidio al desempleo, donde existe una contraprestación "obligatoria". Son entonces dispositivos armados para poder dar lugar a una contraprestación que se exige desde el ámbito estatal que regula las políticas de empleo.

El Plan Jefes marca un tipo de participación en la estructura social como desempleado, excluido del sistema de trabajo formal y "cubierto" por un subsidio. La contraprestación en este caso haría las veces de "trabajo", complejizando la cuestión.

Desde el equipo de salud se quiere resignificar esto en términos de que ese "trabajo" signifique constituirse como promotores o referentes de salud para el barrio.

Se contraponen entonces la obligatoriedad de una contraprestación con la idea de participación como referentes de salud en el barrio.

"no es ni voluntario, ni es un trabajo" (profesional del equipo)

"los promotores al tener planes, tienen motivaciones heterogéneas" (prof. Equipo)

En las otras dos experiencias, el surgimiento marca diferencias sustanciales. El origen desde una organización comunitaria les da características diferentes a los grupos, ya sea que el equipo de salud acompañe los procesos ya existentes, particularizando en el ámbito de la salud, o dé respuestas a necesidades específicas en esta área.

En este sentido, no se armó un dispositivo desde los centros de salud, sino que grupos que ya se encontraban trabajando en los barrios plantearon la necesidad de construir conjuntamente un espacio, en base a sus necesidades y demandas.

Estos orígenes y fundamentos diferenciales marcan improntas muy distintas. En el primer caso se trata de responder a una cuestión estructural (el desempleo, y la respuesta estatal de planes Jefas/jefes) tratando de darle un contenido relacionado con la atención primaria,

mientras que en el segundo caso, los grupos comunitarios son los que marcan el tipo de trabajo que se necesitaría realizar. Por este motivo el inicio en las dos primeras experiencias se define de forma externa al grupo y es el equipo de salud quien redefine (conjuntamente con las personas participantes o no), mientras que en las otras experiencias fue definido en forma conjunta desde el inicio entre los participantes del grupo y el equipo de salud partiendo de una necesidad manifiesta.

Otra cuestión a remarcar es quiénes participan. En el primer caso, personas individuales que se acercan al centro de salud a realizar una contraprestación, algunos con experiencia de trabajo colectivo y referentes ya constituidos, y otros sin una historia grupal de trabajo; y son agrupados en torno a proyectos de promotores o referentes comunitarios. En las otras experiencias, son en general grupos formados o personas que ya son referentes.

Esto nos lleva a preguntarnos si lo estructural del sistema limita las posibilidades genuinas de generar procesos participativos desde profesionales de un centro de salud, (como institución de control social). Creemos que el hecho de trabajar con grupos que se encuentran en un proceso organizativo, con reivindicaciones parciales o por la sobrevivencia cotidiana puede poner al equipo de salud en un lugar de acompañamiento de procesos, donde el protagonismo puede no estar dado desde la institución de salud y aportar al fortalecimiento del mismo.

En el caso de los grupos constituidos por personas que poseen el Plan Jefes y Jefas estamos frente a una primera contradicción: Trabajo comunitario “como si” fuera un trabajo. El “como si” en un doble sentido: el del trabajo (subsidio al desempleo) y el del trabajo comunitario (obligatorio).

A partir de esto nos ponemos a pensar y a arriesgar una hipótesis que se nos presenta ante esta situación: existen dos políticas que se encuentran, la del Ministerio de Trabajo y la del sector salud, ambas con un contenido de control social, con diversos mecanismos, uno que se relaciona directamente con la supervivencia cotidiana y otro que aborda las estrategias de cuidado de la salud, pero ambas relacionadas con la producción y reproducción de la vida de los sujetos y grupos sociales. En esta situación la contradicción se agudiza, y desandar esto se hace más complejo.

Se podría pensar que los profesionales del Centro de Salud quedarían en el lugar de ejercer un control social en relación a los planes jefes de hogar, ya que podrían estar en condiciones de incorporar y “dar de baja” a los participantes según las circunstancias. De esta manera la institución se presenta simbólicamente como el “empleador” y con la capacidad de asumir funciones de vigilancia.

Además, estas funciones de vigilancia y control son asumidas algunas veces entre los participantes del grupo. Estas características pueden tener como consecuencia la posible fragmentación al interior de los grupos de referentes.

“Hay mucha gente que tiene el Plan y no se interesa por el trabajo, que no pregunta que fue? que hay? pero seguro que cobran.... “(vecina)

“Unos cuantos hacemos el trabajo, otros solo firman...(vecina).”

Teniendo en cuentas estas limitaciones, pero partiendo de que en **todo espacio contradictorio** podemos encontrar un lugar para el cambio, tanto nosotros como otros profesionales del equipo, creemos que es un espacio posible de ser resignificado, ya que permite la generación o fortalecimiento de ciertos procesos que operen en sentido contrario a la fragmentación, el control social, la deslegitimación de los saberes populares. Esto se expresa por ejemplo en la posibilidad de encuentro de las personas en lo grupal, del compartir con otros, de lograr un acercamiento entre el equipo y las personas, etc.

En este sentido, si se logra alguna de estas cuestiones podrían llegar a construirse nuevas formas de pensar y actuar que dejen cierto registro subjetivo y grupal, tanto en las personas que participan como en los equipos de salud.

“...las personas pueden reconocerse con los otros, “no son “mis problemas”, sino de todos”” (prof. Cesac)

“creo que puede darse un ejercicio de la participación y de la practica organizativa”(prof. Cesac)

“creo que tiene un impacto que no es fácil de medir, va dejando registro....” (prof. Cesac)

Modalidad de trabajo/forma de abordaje

La modalidad de abordaje nos habla de una *forma que es contenido*, es decir que expresa en lo concreto el sentido que para cada uno tiene la participación, el lugar de las personas y los profesionales. No siempre sucede que las herramientas con las que contamos y los modos de abordaje que utilizamos cotidianamente en el acontecer grupal nos acercan a alguna perspectiva buscada de participación.

Es fundamental la práctica porque es vivida, experimentada por los participantes, y deja su impronta en la subjetividad, abriendo posibilidades, a partir de la experiencia grupal, de poder trasladar a otros ámbitos lo experimentado.

En todas las experiencias el lugar del equipo de salud estaba dado desde la coordinación, esta puede ubicarse en un abanico que va desde el paternalismo, la directividad, normatividad, hasta el laissez-faire. En ese espectro las posibilidades son amplias pero debemos tener en cuenta que siempre hay una intencionalidad que se expresa de un modo u otro.

Suele suceder que nos encontramos con que el grupo y el equipo técnico debemos muchas veces desandar un camino que llevamos inscripto que es el de dar y esperar respuesta, en relación a las expectativas que tienen los otros, y nosotros mismos de nuestro lugar, relacionado con el saber profesional y la legitimidad de la palabra.

“Cuando en el grupo que funciona en el comedor comunitario se trabajó sobre el tema de los límites de los adolescentes, era frecuente que las participantes preguntaran al equipo de salud cómo los padres debían criar y poner límites a sus hijos.”

“En una evaluación realizada en el comedor comunitario una mujer afirmó: “Yo aprendí un poco de todo lo que nos enseñaron los médicos”.

“En el caso del trabajo con los promotores del Cesac 24 si bien en la actualidad se están llevando a cabo distintos proyectos desarrollados por los grupos de promotores, se continúa reclamando al equipo de Centro de Salud más capacitaciones acerca de las temáticas con las que trabajan, aún habiendo tratado estos temas en reiteradas oportunidades durante los talleres

“Me faltaría capacitarme en todos los aspectos porque no me siento segura” (Promotora de Salud)

“A la pregunta realizada en un encuentro del grupo de Referentes acerca de “que se necesitaría para poder embarcarse en una tarea concreta” (en una variedad de cuestiones que iban desde primeros auxilios hasta guiar a la gente en tramites), la respuesta de un grupo de participantes fue: “alguien que nos enseñe”

“hay inquietudes desde la gente...pero se espera siempre del cesac apelando al criterio de autoridad y conocimiento” (prof. Cesac)

También desde los equipos técnicos se observa como se refuerza esta visión

“Desde el equipo del Cesac que trabaja con el comedor comunitario se elaboró un proyecto sobre accesibilidad al centro de salud, en el marco de una capacitación sobre planificación estratégica, se presentó en el grupo del comedor y en varias ocasiones se intentó hablar sobre el proyecto, pero finalmente no fue discutido por las participantes, ni fue retomado en los encuentros.”

Siguiendo con lo expuesto anteriormente se puede pensar que diseñar un proyecto en el cual las personas a quienes está destinado no participan en su elaboración y definición implica por un lado que no necesariamente responde a sus intereses y por otra parte que no se apropien del mismo al no haber formado parte de éste. Se estaría reforzando el aspecto paternalista y la hegemonía del saber profesional.

Esto tiene que ver con una forma usual de trabajo que esta enmarcada en una historia de legitimación de lo científico como "única verdad". Si nos remontamos a los ideales de la ilustración, encontramos al saber científico, avalado por el uso de la razón universal encarnada en las ciencias, que dota a la persona de un recurso omnipotente, que le permite funcionar como único interlocutor válido ante el resto de la sociedad.

"todos tenemos (la gente también) la hegemonía del modelo médico introyectada...le juega en contra a la gente y a mí..." (prof. Cesac)

"Algunos profesionales lo asocian al miedo de que su saber profesional sea juzgado..." (prof. Cesac)

Por otra parte, frente a esta hegemonía, observamos que desde el equipo se desarrollan algunas estrategias para favorecer la recuperación de la palabra de los participantes y desmitificar la palabra omnipotente del saber profesional.

"En una actividad realizada en el grupo de Referentes, desde el equipo se propuso el tema documentación de extranjeros, se aceptó y se comenzó a elaborar un instructivo acerca de la radicación de ciudadanos bolivianos. Esto llevo tres encuentros, se intento partir de recuperar los saberes y experiencias que las personas tenían, y sucedió que la circulación de la palabra quedo en manos casi exclusivas de los vecinos, se generaron discusiones, casi todos los participantes intervinieron, las personas querían continuar con la tarea mas allá del horario de finalización, sugirieron juntarse mas temprano la siguiente vez para terminar de charlar, y surgieron varias propuestas de acción."

Los aportes de la riqueza de un proceso grupal de recuperación de la experiencia de las personas, de la discusión sobre las mejores maneras de elaborarlo, el surgimiento desde la charla de temas que fueron abordados grupalmente y la idea de realizar acciones y estrategias hacia los vecinos a partir de esto, quizás no se hubieran producido si buscáramos un "resultado" rápido y "efectivo" confeccionando el instructivo desde el equipo profesional o con otras "instituciones acreditadas" y presentando el insumo al grupo para que "se informe" o se "capacite".

"acompañar procesos lleva mas tiempo...requiere de descentrarse y ponerse a la par..." (prof. Cesac)

"...con lo que nos costo hacer todo esto!!!! no esperemos hasta abril!...(refiriéndose a no postergar las acciones de asesoramiento a vecinos)(vecino)

"...podemos responder las preguntas de los que vengan en el grupo, en este horario..." (Acerca de la implementación de estrategias de trabajo para asesorar a los vecinos en relación al tema de la documentación)(vecinos)

En una evaluación que se realizó con los participantes del promotores de salud, una persona responde con respecto al equipo de salud: "Me parece un buen equipo muy amigable y comprensible, cosa que en otros lugares cuesta que los médicos sean más accesibles con cuestiones éticas o de sociedad. O por su profesión misma no se hacen muy accesibles, aquí noté la diferencia"

"En el caso de la experiencia del comedor comunitario, los temas que se tratan en cada encuentro grupal surgen de las experiencias de las participantes del grupo, de esta forma responde a las inquietudes de las mismas, es decir que se trabaja a partir de lo que el grupo vivencia."

Esta forma de trabajo permite que los participantes sean los protagonistas y que se fortalezcan como actores y también opera en torno a la apropiación de lo que se esta trabajando y por lo tanto del espacio.

Consideramos que partir desde los saberes propios del grupo y reflexionar acerca de ellos posibilita actuar de mejor modo sobre la realidad. Con esta modalidad de trabajo se puede alcanzar una mejor comprensión y un análisis crítico de esa realidad que enriquezcan la tarea, fortaleciendo los procesos subjetivos y grupales al atravesar experiencias diferenciales de construcción que desandarían aprendizajes con características más normativas. Esto también significa para el equipo de salud experimentar nuevas formas de participar en un

grupo, pasando por un aprendizaje constante, una deconstrucción para volver a construir en conjunto.

Podemos pensar que esto evidenciaría un corrimiento del equipo “técnico” en cuanto a su saber en concreto sobre la temática y el modo de abordarla y un *control* sobre la información por parte del grupo ya que fue producida grupalmente en base a experiencias propias. Esto también sucede cuando socializamos información patrimonio del saber profesional, para que sea apropiada, discutida, cuestionada.

Teniendo presente el lugar de poder que tiene el equipo de salud, **¿cómo no reproducir las formas relacionadas con un lugar de poder hegemónico? Donde queda el lugar del equipo al intentar evitar esta modalidad?**

“En sus inicios en el comedor comunitario el equipo técnico no realizaba demasiadas intervenciones en las discusiones grupales, pero en este sentido tampoco se realizaban aportes desde los profesionales. En algunas reuniones de equipo se discutió acerca de algunos emergentes que surgían en los encuentros porque estos no eran retomados ni devueltos al grupo, lo que implicaba que no hubiera problematización. A partir de esto se planteo la necesidad de rever el rol del coordinador.”

Los aportes de la educación popular nos hablan de la necesidad de que el equipo pueda ubicarse con un *sentido*, que llaman “direccionalidad”, y metodológicamente puede darse a través de la “problematización” de los emergentes grupales en pos de lograr un *aprendizaje*.

“No se puede llegar a un lugar sin salir del lugar en donde se esta...nunca se va a llegar a ese análisis si no se lo direcciona hacia el” -6- . Direccionar significa pensar que este proceso de aprendizaje no se va a producir espontáneamente, sin acciones que se orienten hacia el.

“Se esta transitando una etapa (en salud reproductiva) donde los referentes más antiguos están realizando un trabajo continuo en el barrio sin la presencia constante del equipo de salud en la organización del mismo.

En las reuniones mensuales se intenta problematizar los diferentes aspectos que conlleva la tarea de los referentes. En una reunión de evaluación, se tomaron como ejes las siguientes preguntas: ¿Que actividad realizamos como referentes?, por que la realizamos?, que esperamos de la tarea?”

“La estrategia mas importante del coordinador se llama problematización, y consiste en proponer al grupo que vuelva a pensar aquellas cosas de las que esta seguro, crearle al grupo un problema cuando antes no veía ese problema. No se problematiza cualquier cosa... hay que tener un criterio” -7-

Esto nos plantea dificultades, ya que no es sencillo definir los límites entre la direccionalidad y la directividad, con lo cual se requiere de una permanente reflexión de parte del equipo para poder cuestionarse las intervenciones que se realicen.

Esto también significa para el equipo de salud un aprendizaje constante al experimentar nuevas formas de construcción en conjunto con la población, dejando un registro para que pueda trasladarse a otros espacios de trabajo.

APORTES PARA LA PRÁCTICA

Las políticas de atención primaria de la salud, definidas generalmente desde distintos organismos internacionales, que marcan la impronta del trabajo en los cesac, la participación se encuentra asociada a la idea de “responsabilidad” y “autonomía” de la persona, con una perspectiva individualista. Al ser este el marco general con el que se trabaja desde las instituciones de salud, en muchas ocasiones podemos observar como personas de la comunidad realizan tareas dentro y fuera de la institución, que son definidas desde el equipo de salud, y que refuerzan el modelo medico hegemónico, apelando al cuidado de la salud. Esto no dejaría espacio para el encuentro entre el saber del equipo de salud y el de la población con quien se trabaja.

“...se busca la participación que no moleste, acotada a cosas secundarias... (Prof. Cesac)

“...me gustaría capacitarme en todos los aspectos, porque no me siento segura...”(vecino)

La participación es pensada en términos de individuos o a lo sumo de microgrupos, y es descontextualizada de los procesos sociales más amplios.

Cabe aclarar que estas conceptualizaciones sobre la participación y su expresión en la práctica conviven con otras posturas, en un proceso de continuidad/discontinuidad transaccional.

En esta convivencia contradictoria, consideramos que para poder hablar de la "participación en salud" es necesario retomar el concepto de proceso salud/enfermedad/atención, es decir hacer énfasis en los diferentes caracteres que adquiere según clase y momento histórico. Planteamos que existe una participación básica, concreta, de los hombres en los procesos de producción y reproducción de la vida, y que lo relativo a la salud/enfermedad es parte esencial de los mismos.

Podemos ver como en el sistema imperante en nuestras sociedades existe una participación social concreta en los procesos de producción y reproducción de la vida, pero en términos donde vastas clases sociales lo hacen solo como "recurso", participando diferencialmente en la distribución de lo producido y siendo los principales y a veces únicos "agentes de su propia salud".

Coincidimos dentro de este marco con que "el proceso s/e/a constituye parte de la vida practica e imaginaria de los conjuntos sociales, que estos crean representaciones y practicas para convivir, modificar y de ser posible erradicar algunos de sus padecimientos (...) y que este proceso es nuclear en toda sociedad..." -8-

Es por esto que si bien reconocemos y partimos de esta participación y protagonismo de los grupos y sujetos, no desconocemos el papel de la estructura en los procesos sociales. En este sentido reconocemos la función de las instituciones de salud en el mantenimiento, conservación y preservación de la fuerza de trabajo y la implementación de medidas normatizadoras, de vigilancia y control social.

Creemos que hay márgenes de cambio, limitados según los procesos sociales, políticos y económicos operantes dentro de un sistema social y que nos movemos en espacios contradictorios, complejos, donde no todo esta dado, pero si restringido. Recuperamos la concepción que reconoce la existencia de procesos de "lucha" por el cambio en diferentes niveles, desde los CeSAC trabajamos en los espacios de las "luchas" cotidianas que se dan por medio de la participación colectiva en procesos microsociales, para la sobrevivencia. Es generalmente en estos espacios microsociales de la lucha por la sobrevivencia cotidiana donde operan los proyectos que se realizan en los efectores que se encuentran ubicados en los barrios.

Si bien estamos trabajando en el nivel de las estrategias de resistencia, pensamos que la modalidad de trabajo que parta de este marco, al realizarse un pasaje por una vivencia de construcción colectiva, quedará como experiencia para que el grupo o las personas se lo "lleven" y puedan proyectarse a otros espacios de participación (que tal vez no son tan acotados).

"...partiendo de revalorizar las luchas pequeñas, la educación popular quiere ayudar, a que las personas se proyecten, no se queden solo en pequeños triunfos (...) los pequeños triunfos a veces son grandes..." -9- .

Si bien no podemos precisar hasta donde podemos contribuir en un cambio real y sustentado, creemos que desde determinado contenido en lo planteado se puede generar/reforzar experiencias y procesos de participación en salud que recuperen la voz y acción de los grupos y sujetos, las luchas cotidianas por la mejora de las condiciones de vida, y las emparenten con los procesos mas amplios de participación social que no refuercen la reproducción de la subalternidad.

"Para poder apostar a una participación real hay que contrarrestar modelos no participativos y antidemocráticos" (prof. Cesac)

Queremos mencionar aquí algunas cuestiones que se desprenden de lo analizado y que pueden aportar desde nuestro trabajo cotidiano en los centros de salud

- Orientar el trabajo del equipo de salud en relación con los procesos ya existentes en la comunidad, acompañándolos con un rol de apoyo. En el caso de aquellos proyectos que tengan otro origen, se debería partir de contextualizar y analizar las limitaciones que esto conlleva, y trabajar sobre la modalidad de abordaje, buscando formas superadoras de la contradicción.
- Partir de conocer cuáles son los procesos de participación barriales existentes. Este conocimiento se podría realizar a partir de una fuerte inserción barrial que tenga el equipo de salud, de los vínculos informales con los grupos y personas que permitan adquirir un aprendizaje práctico de la realidad, y de técnicas grupales de recuperación de *saberes* y de la *identidad*. Recuperación de la historia de participación del barrio, y de la historia que se va construyendo en los grupos. Esto puede ir desde la experiencia de organización para la vida diaria, la participación en encuentros populares como fiestas, celebraciones, los lugares habituales de reunión, etc.
- Recuperación de los saberes y memoria de las personas y grupos, revalorización de la palabra, y problematización de lo recuperado.
- Aportar la herramienta de la contextualización y referencia a los procesos más amplios que son marco de lo de lo que nos sucede cotidianamente.
- Socializar la información, en pos de la apropiación de la misma, mediante la discusión y problematización.
- Grupalizar la acción y reflexión de los referentes
- Problematización grupal permanente del equipo de salud, revisión de las acciones y los procesos, trabajar desde este marco el lugar y las funciones de coordinación. Referenciando e historizando con un marco teórico que pueda direccionar, pero que sea discutido y supeditado a revisión. Esto hace necesaria la formalización de un espacio de trabajo para el equipo, con un encuadre definido y sistemático.
- Pensar el trabajo en términos de referentes en vez de promotores. El concepto de promotores trae consigo una impronta que llega desde el desarrollismo y que se relaciona con la transmisión de un saber unilateral del modelo médico, que debe ser “retransmitido” en la voz de las personas que viven en la comunidad. Es en este sentido que creemos que cuando hablamos de referentes estamos pensando en una construcción generada desde la comunidad, donde el equipo de salud se ubicaría en un lugar de acompañamiento del proceso.
- Intentar direccionar el proceso grupal, evitando la coordinación directiva. Para ello se pueden utilizar diferentes estrategias como devolver una pregunta al grupo, poner en juego la estructura de demora, contribuir en las síntesis y aportar algún disparador, favorecer la circulación de la palabra, rotar la elaboración de los registros (de reuniones, síntesis y conclusiones) y los registros, contextualizar y sobre todo problematizar (en el sentido ya descrito de “crearle un problema al grupo”).
- Integrar el sentir/pensar/actuar, de todos los participantes del grupo (sin distinguir entre equipo de salud y comunidad). Nos referimos a la subjetividad de personas integrales, comenzar a comprendernos como integrales, capaces de actuar y pensar, pero también de sentir y sensibilizarse. Se parte del reconocimiento que la acción requiere de nosotros también movilizarnos afectivamente. Trabajar grupalmente lo subjetivo

BIBLIOGRAFIA

- Foucault, Michel: “Saber y Verdad”. Colección genealogía del Poder. Ediciones La Piqueta, Buenos Aires 1993.
- Freire, Paulo: “Pedagogía del Oprimido”. Siglo Veintiuno Editores. Buenos Aires, 1973.
- Jara, Oscar: “El reto de teorizar sobre la práctica para transformarla”.

- Kroeger, Axel; Luna, Ronaldo. Compiladores: "Atención Primaria de la Salud. Principios y Métodos. 2º Edición. Publicación dentro de los manuales PALTEX de la Organización Panamericana de la Salud. Editorial Pax, México, 1992.
- Laurell, Cristina: "El estudio social del proceso salud- enfermedad en América Latina" en "Cuadernos Medico Sociales" N° 37, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Asociación Medica de Rosario. Rosario, setiembre 1986.
- Menéndez, Eduardo L.: "Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. Del teoricismo al movimiento continuo" en "Cuadernos Médico Sociales" N° 59. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Asociación Médica de Rosario. Rosario, Marzo 1992.
- Menéndez, Eduardo L.: "Participación Social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado" en "Cuadernos Medico Sociales" N° 73. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Asociación Médica de Rosario. Rosario, Mayo de 1998.
- Rojas Soriano, Raúl: "Capitalismo y enfermedad". Ed. Plaza y Valdez, México D.F., 1995.
- Sur Educación Popular: "¿Qué es la educación Popular? Buenos Aires, 2002.
- Ugalde, Antonio: "Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria en los programas de salud de Latinoamérica".
- Universidad Popular madres de Plaza de Mayo: "Seminario de Educación Popular". Cuaderno N° 1 : "Fundamentos de la Educación Popular". Buenos Aires, Mayo 2000.

NOTAS

-1- Rojas Soriano, Raúl: "Capitalismo y enfermedad". Ed. Plaza y Valdez, México D.F. , 1995, Pág. 9.

-2- Foucault, Michel: "Saber y Verdad". Colección genealogía del Poder. Ediciones La Piqueta. Pág. 95.

-3- Foucault, Michel: "Saber y Verdad". Colección genealogía del Poder. Ediciones La Piqueta. Pág. 101

-4- Kroeger, Axel; Luna, Ronaldo. Compiladores: "Atención Primaria de la Salud. Principios y Metodos. 2º Edición. Publicación dentro de los manuales PALTEX de la Organización Panamericana de la Salud. Editorial Pax, México, 1992. Pág. 5

-5- Menéndez, Eduardo L.: "Participación Social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado" en "Cuadernos Médico Sociales N° 73. Rosario, Mayo de 1998. Pág. 6

-6- Sur Educación Popular: "¿Que es la educación Popular? Buenos Aires, 2002.

-7- Sur Educación Popular: "¿Que es la educación Popular? Buenos Aires, 2002.

-8- Menéndez, Eduardo L.: "Grupo domestico y proceso salud/enfermedad/atención. Del teoricismo al movimiento continuo" en "Cuadernos Medico Sociales" N° 59. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Asociación Médica de Rosario. Rosario, Marzo 1992. Pág.4

-9- Sur Educación Popular : "¿Que es la educación popular?". Buenos Aires, 2002.

*** Datos sobre las autoras:**

Verónica Natacha Prada y María del Carmen Masciovecchio, Licenciadas en Trabajo Social