

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 Autónoma 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 Ciudad de Buenos Aires, se nos plantearon 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 qué 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 repensar las estrategias de trabajo implementadas en los proyectos comunitarios para recuperar las herramientas más 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 sí 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...”. (Rojas Soriano, Raúl, p.99)

Por tanto el proceso salud enfermedad sería 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 morbilidad 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, en el que los procesos sociales son pensados como una constelación de factores de riesgo. Esta última concepción es utilizada por el modelo multicausal, en la que la realidad compleja es reducida a una serie de factores, paradigma que aún continúa 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” (Foucault, Michel, 1993, p.95)

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. En este sentido, estas instituciones funcionan como instancias 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” (Foucault, Michel, 1993, p.101)

Los sistemas de salud correspondientes a las formas de organización social están conformados por distintas instituciones. En los sistemas de salud ubicamos 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”.

Esta estrategia de salud define a la participación como uno de sus pilares fundamentales, sin embargo existen una diversidad de interpretaciones que diferentes actores utilizan para conceptualizarla y que generalmente no son explicitadas.

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 en los que fue utilizado, para develar los supuestos que subyacen.

Este concepto, referido o no específicamente al proceso salud/enfermedad/atención, supone “...no sólo 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...” (Menéndez, Eduardo, p.6)

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 operarían como cuestionadoras 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 a 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, 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 está en la base de la discusión es la relación existente entre sujeto y estructura, es decir el tema del *cambio*, hasta dónde y de qué forma puede ser modificado lo estructural y cuál 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 llegar, *qué tipo de sociedad se pretende construir con la participación social*.

Para ubicarnos en nuestra práctica 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.

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 sí 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 práctica. 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.

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. Ésta 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 respuestas 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.

Ejemplo de esto son los siguientes testimonios tomados en distintos ámbitos de intervención:

“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”.

“Si bien en la actualidad se están llevando a cabo distintos proyectos desarrollados por los grupos de promotores, se continúa reclamando al equipo del 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 “qué 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 trámites), la respuesta de un grupo de participantes fue: “alguien que nos enseñe” .

Desde los equipos técnicos también se observa cómo se refuerza esta visión:

“Desde el equipo 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 que no responde necesariamente a sus intereses y que -por otra parte- 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 está 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.

Consideramos que partir desde los saberes propios del grupo y de 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. Para el equipo de salud esto también significa poder 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?**

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*.

“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” (¿Qué es la educación Popular?)

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.

Para el equipo de salud esto también significa 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, determinan que la participación se encuentra asociada a la idea de “responsabilidad” y “autonomía” de la persona, con una perspectiva individualista. Al ser éste el marco general con el que se trabaja desde las instituciones de salud, en

muchas ocasiones podemos observar cómo 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 médico 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.

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 de los hombres básica, concreta, 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 cómo 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 en los que vastas clases sociales lo hacen sólo como "recurso", participando diferencialmente en la distribución de lo producido y siendo los principales -y a veces únicos- "agentes de su propia salud".

En este marco coincidimos en que *"el proceso constituye parte de la vida práctica e imaginaria de los conjuntos sociales, que estos crean representaciones y prácticas para convivir, modificar y de ser posible erradicar algunos de sus padecimientos (...) y que este proceso es nuclear en toda sociedad..."* (Menéndez, Eduardo, p.4)

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 está dado, pero sí restringido. Recuperamos la concepción que reconoce la existencia de procesos de "lucha" por el cambio en diferentes niveles. 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 en los que 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).

Si bien no podemos precisar hasta dónde podemos contribuir a un cambio real y sustentado, creemos que a través de lo planteado se pueden 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 más amplios de participación social que no refuercen la reproducción de la subalternidad.

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 de que la acción requiere de nosotros movilizarnos afectivamente y trabajar grupalmente lo subjetivo.

Bibliografía

- 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 practica 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.
- Laurell, Cristina: "El estudio social del proceso salud- enfermedad en América Latina". Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Asociación Médica de Rosario.
- 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.
- 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.