

## **ESTRATEGIAS DE PARTICIPACION SOCIAL EN LOS PROCESOS DE SALUD- ENFERMEDAD- ATENCION**

Eje: Extensión, docencia e investigación

HERNANDO Luis, RUBINSTEIN Julieta, DESCALZO PALIZA Carlos, GOSSO Cecilia  
Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba

Contacto: [luishernando@odo.unc.edu.ar](mailto:luishernando@odo.unc.edu.ar)

### **Resumen**

Desde la conferencia de Alma Ata se propone como actividad de los equipos de salud el desarrollo de tareas basadas en la APS, priorizando el fomento de la participación en los procesos de salud enfermedad atención, integrándose a los propios actores comunitarios.

Objetivo: La presente experiencia fue llevada a cabo en un barrio de Córdoba Capital en el año 2008 con el objetivo de conocer las modalidades de participación de sus pobladores en las problemáticas sanitarias que afectan su propio espacio territorial. Metodología: El presente trabajo se desarrollo en dos etapas durante el año 2008.

Las técnicas utilizadas fueron de tipo cuantitativas y cualitativas. Se instrumentaron técnicas cuantitativas para obtener datos sociodemográficos y sanitarios. Las técnicas cualitativas, entrevistas, observación participante y no participante, para establecer las modalidades de participación en salud de la comunidad.

Resultados: Todos los integrantes del barrio participaron de los problemas de salud de la comunidad, ocupando diferentes espacios e instituciones, instrumentando talleres, asambleas, microgrupos o demandas individuales como forma de organizarse y contraponerse a los problemas sanitarios emergentes.

Discusión: Se concluye que la comunidad posee una concepción amplia e integral de la salud y se concibe a la participación como un proceso complejo y multidimensional operando factores históricos propios de la identidad comunitaria.

### **Introducción**

Durante la década de los sesenta y fundamentalmente desde la conferencia de Alma Ata (1978), la participación social ha sido reconocida como una de las acciones básicas de las políticas en atención primaria de la salud (Riffkin y Wealt; 1988; 31). Pero, es en la actualidad que se le reconoce un nuevo estatus, el de solucionar o al menos limitar varios de los problemas que afectan la salud individual, familiar y colectiva, en especial de los grupos subalternos (Coreil y Dennis Mull; 1990;5).

En America Latina, ha sido propuesta como una actividad necesaria para los procesos de salud/enfermedad/atención (s/e/a), y para una gran diversidad de campos como el educativo, el económico, el recreativo, el político, el ideológico, etc. (Ugalde; 1985; 3). Desde esta perspectiva integral, la participación social es considerada no solo como medio para limitar/abatir los daños a la salud, sino como instrumento que posibilitara organizar,

movilizar, democratizar a los conjuntos sociales, sosteniéndose que un pueblo que participa es un pueblo resiliente/resistente (Ojeda; 1993; 20).

En este contexto tan diverso, investigadores sociales han ido definiendo de manera diferente y a veces contrastada lo que se entiende por participación social y comunitaria. Hoy pasadas varias décadas de esfuerzo, nos encontramos con una confusión en relación al concepto de participación en salud, que dificulta el análisis e intercambio de experiencias (Menéndez; 1999; 29). El problema central estriba a que se le llama participación social en salud, en un marco comunitario (Ugalde; 2006; 146).

Siguiendo esta idea, diversos autores, investigadores y técnicos han intervenido desde diferentes líneas de interpretación/acción, instrumentando en el campo de la salud a la participación desde sus propias concepciones, teorías vigentes o marcos autorreferenciales, descuidando en muchas oportunidades lo que real y concretamente sucede en la cotidianidad de las comunidades, verdadero laboratorio social de la participación en los procesos sanitarios.

En este abigarrado panorama actual se concibe a la participación, como un conjunto de acciones que se desarrollan de un extremo al otro de las diversas posiciones teóricas, técnicas, ideológicas y de intervención, dependiendo a veces de quienes la definen o instrumentan.

Entre tales concepciones se observa que la participación social en el campo de la salud correspondería a: derecho a la información (Torres; 1998; 7), investigación-acción participativa y monitoreo estratégico participativo (Breihl; 1996; 220), toma de decisiones (Reguera y Benítez; 1979; 214), proceso de liberación (Midley; 1993; 15), cooperación o involucramiento (CEPAL; 1998;38); movilización de masas (Muller y Garfield; 1979; 23), trabajo de voluntarios (Frieden y Gonzáles; 1984; 162), presencia de comités de salud (Agudelo; 1983; 377), condición ética de la investigación (Montero; 2002; 205), control, vigilancia, supervisión y evaluación de los servicios de salud a nivel local (Johnston; 1990; 17), empowerment o empoderamiento (Oakley; 1990; 2), autogestión o autocuidado (O.P.S.; 1999; 78), estrategia de supervivencia de los sectores desfavorecidos (Menéndez; 2006; 14), derecho a ejercer la ciudadanía (Szekeley; 2005; 7), necesidad: carencia/potencialidad (Bombillani; 2007; 5), como manera de organización del sujeto programador (Rovere; 2000; 135).

Con la presente sistematización se intenta demostrar la falsedad de los dualismos que se fueron integrando a la historia del concepto práctico de participación social en salud. Tal antinomia hace referencia a la participación como toma de decisión o como presencia física de los involucrados. Por tal motivo los objetivos de este trabajo son:

- 1) Realizar un diagnóstico situacional sobre las características sociodemográficas, económicas y sanitarias de la población.
- 2) Conocer las diversas modalidades de participación que llevan a cabo los actores sociales en los procesos de salud/enfermedad/atención en la comunidad que se interactúa.

Para ello se describen algunas concepciones fundamentales que orientaron tal experiencia en terreno: se explicitan los conceptos de participación, salud y comunidad.

➤ Se concibe a la participación social en salud y a la salud, desde los conceptos de atención primaria de la salud; es decir una concepción integral, integrado y continuo

➤ La salud como "...un estado de relativo equilibrio, un punto de encuentro donde confluyen lo biológico, lo social y lo subjetivo; el individuo y la comunidad; la política social y la económica. La salud es un medio para la realización personal y colectiva. La salud tiene características dinámicas, ya que implica una búsqueda incesante de la sociedad, como un movimiento constante hacia la solución de los conflictos que plantea la existencia (Dávila; 2007; 13).

➤ La participación "...se plantea como un continuo que va desde un mecanismo que permita ampliar la cobertura de la atención, hasta la influencia de las organizaciones en la planificación, gestión y control de los servicios..." (Marshall; 1988; 222).

➤ La comunidad como heterogénea, como resultado de múltiples procesos y tensiones sociales, coyunturales y estructurales, en los cuales los sujetos que participan lo hacen de diversas maneras produciendo múltiples significados y significaciones (Parola; 2001; 7).

## Material y Método

El presente trabajo se desarrolló en dos bloques o etapas (diagnóstico situacional y modalidades de participación en salud de la comunidad), durante el periodo 2008.

La aplicación del instrumento metodológico se realizó en una comunidad de Córdoba capital que compone actualmente una ciudad barrio, con una población aproximada de 2500 personas, según relevamiento familiar del año 2008.

Las técnicas utilizadas fueron de tipo cuantitativas y cualitativas. Se instrumentaron técnicas cuantitativas para obtener datos sociodemográficos y sanitarios, a través de "planillas de

relevamiento familiar”, suministradas por el Ministerio de Salud de Córdoba, quedando conformado el diagnóstico situacional. Tales técnicas también fueron utilizadas para evaluar espacios desarrollados por los profesionales de A.P.S. de la comunidad. Para ello se utilizó el “instrumento de evaluación cuantitativa de la participación comunitaria” construido por el Área de Trabajo Social, perteneciente al Ministerio de Salud de Córdoba.

Por otro lado se dispuso de técnicas cualitativas, tipo entrevistas, observación participante y no participante (Valles; 2003; 77), debido a la flexibilidad necesaria para tal objeto de estudio.

## **Resultados**

a) Diagnóstico situacional: datos socioeconómicos y sanitarios de la población estudiada:

1) Característica poblacional: población total 2587 personas, totalidad de familias 487. es una comunidad proveniente de dos traslados de la ciudad de Córdoba. Con una proporción del 4% de extranjeros, mayoritariamente de Perú y Bolivia

2) Características de familia: la población está compuesta por familias nucleares numerosas, conformadas por adultos jóvenes. Se observa que son familias monoparentales con un 25% de jefatura femenina.

3) Escolaridad: la mayoría de la población accedió a escuela primaria, con un 20% a escuela secundaria, 2% a nivel universitario y 2,5% son analfabetos.

4) Características económicas: de la población económicamente activa, el 50% se encuentra sin trabajo. De los que poseen algún tipo de trabajo, solo el 28% es estable. Casi la totalidad de las familias es beneficiaria de un plan estatal (Plan familia, jefes y jefas de hogar; Vale lo nuestro, etc.). El 67% se encuentra por debajo de la línea de la indigencia, el 29% por debajo de la línea de la pobreza. Solo el 4% de las familias, supera la línea de pobreza.

5) Necesidades básicas insatisfechas (N.B.I.): 25% de hacinamientos (mas de 3 personas por habitación), son familias numerosas donde una sola persona percibe ingresos (3 miembros desocupados por 1 miembro ocupado)

6) Problemas sanitarios observados por los actores sociales de la comunidad: adicciones (droga y alcohol), seguridad (robos, violencia callejera), medio ambiente (basurales, canal a cielo abierto, desmalezado, agua estancada, suciedad en las calles, etc.), violencia familiar (conyugal y maltrato infantil), embarazo adolescente, ausencia de

espacios recreativos para niños y adolescentes (deporte, recreación, esparcimiento), ausencia de capacitación laboral para jóvenes, problemas en los servicios públicos (agua, electricidad, cloacas, teléfono, transporte, barrido y limpieza de calles), enfermedades (hipertensión arterial, diabetes, enfermedades respiratorias), hacinamiento (viviendas muy pequeñas para familias numerosas).

7) Personas que consideran que participan de algún espacio comunitario: de acuerdo a su percepción solo 51 personas participaron en algún ámbito de la comunidad.

b) Las modalidades de participación de la comunidad:

1) Participan todos los sectores del barrio: vecinos autoconvocados, instituciones educativas, sanitarias, de desarrollo social, de justicia, O.N.G.

2) Se utilizan diferentes espacios comunitarios: plaza, escuela, capilla, salón comunitario, espacios verdes, domicilios particulares, centro de salud.

3) Participan diferentes grupos etarios y genero: niños, púberes, adolescentes, jóvenes, adultos, adultos mayores; hombre y mujeres.

4) Participan en diferentes espacios:

- Microgrupo: talleres, grupos, reuniones, asambleas barrial, reuniones juveniles, ropero comunitario, grupo de capacitación.
- Macrogrupo: O.N.G., partidos políticos, movimientos sociales y políticos, agrupaciones, sindicatos, etc.
- Demandas individuales: problemática sanitarias, educativas y sociales

5) Las actividades participativas fueron diversas, observándose el siguiente proceso:

- I. Demanda/planteo de la problemática
- II. Convocatoria (orla/escrita)
- III. Reunión
- IV. Discusión de la problemática
- V. Realización de las actividades: afiches publicitarios, volantes, pintadas, murales, petitorios
- VI. Nuevas reuniones para gestiones diversas

6) Instituciones convocantes: la mayoría de los espacios de participación fueron convocados por los actores sociales del barrio. En caso de que convocó alguna institución (educativa, sanitaria, O.N.G., justicia) fueron continuados por los propios agentes barriales.

7) Continuidad en el tiempo: los espacios de participación construidos tienen una continuidad en el tiempo. En los casos que no se sostuvieron con una temática o acción determinada, continúan abiertos para la discusión de nuevas problemáticas barriales.

8) Reorientación de talleres y grupos por parte del equipo sanitario: en el caso de los talleres de salud organizados y programados por profesionales de la salud (CAPS), fueron modificándose en su modalidad, frecuencia, temática abordada, metodología, materiales, debido a la influencia de los participantes del barrio. En algunos casos, a través de sus demandas individuales y/o colectivas, directas e indirectas y en otras oportunidades no asistiendo, no generando propuestas u opiniones, operaron un cambio en la dinámica de dichos espacios, provocando variaciones y sustituciones de los programas instrumentados.

9) La participación en números: durante el diagnóstico situacional, solo 51 personas consideraron que participaban en algún espacio. En realidad de las 2587 personas que componen el barrio, 1389 participaron en alguna actividad. En la mayoría de los casos, hay un integrante de la familia que participa.

## Hallazgos y conclusiones

### La participación de la comunidad y su concepción de salud:

La comunidad participa para intentar resolver los problemas del barrio: durante el diagnóstico situacional se describía una serie de problemas sanitarios y sociales mencionados por los propios vecinos. Con la sistematización de las modalidades de participación se corroboran que los actores sociales intervienen de diversas maneras en los espacios construidos, incorporándose, desde allí en los procesos comunitarios para resolver o al menos limitar los problemas de salud local. Los espacios participativos (grupos, talleres, asambleas, reuniones, etc.) fueron organizados y programados de acuerdo a las problemáticas sanitarias de la comunidad, percibidas y sentidas por los propios vecinos del barrio.

- La comunidad posee una concepción amplia de la salud/enfermedad: los integrantes del barrio no limitaron su acción a problemáticas de salud clásicas, propias del repertorio médico-biológico, como diabetes, hipertensión arterial, adicciones, problemas respiratorios, desnutrición, etc., sino que sus actividades fueron dirigidas al medio ambiente, seguridad, ausencia de trabajo, agua potable, canal, violencia familiar, etc., como factores estructurales y coyunturales que influirían en el proceso salud/enfermedad local.

Por ello los profesionales/técnicos que interactúan en el barrio, deben ser consideradas un actor más de la comunidad, el actor profesional. Esto es debido que el actor profesional aporta su saber teórico, que es un saber más dentro del movimiento comunitario. El profesional sería atraído por el proceso comunitario hasta brindar el aporte y luego quedaría liberado. (Bertucelli; 2001; 50).

La participación social en salud como un proceso:

- La participación en salud alude "...a niveles muy diferentes que van desde la sola presencia física hasta la toma de decisión, pasando por niveles intermedios tales como derecho a estar informado, a opinar, a recomendar, a proponer, a intervenir de algún modo en la tarea de decisión (Torres; 1988; 8). Nos hace necesario pensar en la resignificación del concepto participación, concibiéndola como un proceso, con avances y retrocesos. Donde el inicio de un proceso puede iniciarse con la presencia física de una persona o microgrupo, pero luego con el propio devenir se abre un abanico de posibilidades que puede incluir opiniones, aportes, cuestionamientos, planteamientos de la necesidad de información, críticas, enfrentamientos y tensiones hacia las opiniones y acciones de los demás, necesidad de organizarse, hasta llegar al punto crucial de las tomas de decisión. Todo ello en una ida y vuelta, con fases o etapas de alta creatividad, alternadas con pasividad, acompañado solo con presencia física y recepción de la información. Lo que sugiere dificultoso pensar que desde la génesis del proceso participativo se logre la toma de decisión y al final del movimiento, solo se continúe esperando la presencia física de un participante pasivo/receptor.

Desde otro punto de vista, las acciones participativas individuales y colectivas son parte de un proceso comunitario y social que ocurren en un determinado espacio territorial. Un actor social con diferentes momentos puede encontrarse participando por una demanda /necesidad individual y en otro momento o espacio participan por una demanda colectiva en un movimiento social o político, o puede participar individualmente en diferentes espacios sin que por ello signifique que una acción debe anular a la otra. Un actor comunitario puede participar desde una necesidad individual en relación a una problemática y para otra problemática su participación es colectiva. Nuevamente como en tantas otras oportunidades lo individual/colectivo, lo coyuntural/estructural, lo micro/macro, lo teórico/práctico. Se entrelazan en una relación dialéctica, donde el uno no puede existir sin el otro.

Por todo ello nos hace pensar que la participación se debe definir de acuerdo al nivel o etapa en la que encuentra el proceso social participativo y la intervención sanitaria. Por tal motivo es condición de concebir a la comunidad desde la heterogeneidad, analizando los

movimientos sociales que se fraguan en su interior desde la acción colectiva y la irrupción de los actores sociales desde sus múltiples procesos individuales, familiares, sociales, colectivos, culturales, psicológicos, etc. En los cuales participan produciendo significados, comunicándose, negociando con diferentes intereses, expectativas, necesidades, recursos, oportunidades, es decir desde su cotidianidad coyuntural y estructural (Parola; 2001; 5).

- La participación como un objeto complejo: el presente trabajo realiza dos aportes puntuales, uno teórico conceptual y otro práctico operativo, sintetizando una praxis:

- 1) En el aspecto más teórico, se concebiría a la participación en salud como un objeto complejo multidimensionado por procesos macrosociales, que incluyen diferentes ámbitos, tales como lo cultural, político, ideológico, estructural y coyuntural, objetivo y subjetivo. Pero estará presente la impronta de lo microsocial, es decir la dinámica de la propia comunidad n sus diversas maneras de participar: grupos, talleres, asambleas, movimientos microsociales y eolíticos, sumado a las demandas individuales de transformación de la comunidad.

- 2) En lo operativo generaría un valioso instrumento metodológico y programador a nivel local para los profesionales que intervienen a través de políticas sanitarias, teniendo en cuenta que mas allá de sus propias concepciones sobre este fenómeno, la comunidad “está participando” desde diferentes maneras e interviniendo intentando resolver, individual o colectivamente los problemas que se plantean en la comunidad; llegando a cada resquicio o espacio donde la gente se convoca o auto convoca (Bleger; 1958; 62). Vale decir, instrumentando la participación como un medio en algunos casos y como fin en otros, según la etapa en la que se encuentra el proceso de inserción del equipo sanitario, transformándose en algunas oportunidades como catalizador y acelerador de los procesos participativos.