

Procesos participativos en salud: Particularidades del caso Berisso.

María Belén Castrillo.

Cita:

María Belén Castrillo (2012). *Procesos participativos en salud: Particularidades del caso Berisso*. VII Jornadas de Sociología de la UNLP. Departamento de Sociología de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, La Plata.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-097/483>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eRxp/yeG>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ar>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

VII Jornadas de Sociología de la U.N.L.P.

“Argentina en el escenario latinoamericano actual: debates desde las Ciencias Sociales”

Mesa 35: El nacimiento de la clínica. Ciencias Sociales y Salud.

Castrillo, María Belén

CIMeCS – FaHCE – UNLP

belen.castrillo@hotmail.com

Procesos participativos en salud:

Particularidades del caso Berisso.

“Consideremos las implicaciones en el entrenamiento y función de un trabajador de APS... si es estimulado a pensar, a tomar iniciativa y a mantenerse informado por sí mismos, las posibilidades son que trabajará con energía y dedicación, hará una mayor contribución a su comunidad... Así, el trabajador de salud de la aldea se convierte en agente interno de cambio, no sólo para atención médica, sino para la concientización de sus pueblos sobre su potencial humano y en última instancia sobre sus derechos humanos (...) En países donde reformas sociales y en la propiedad de a tierra son necesarias con urgencia, donde la opresión de los pobres y las groseras disparidades de riquezas son dadas por supuesto, es posible que el trabajador de salud que yo termino de describir sepa y haga demasiado. ¡Tales hombres son peligrosos! Constituyen el germen del cambio social” (Werner)

La presente ponencia se desprende del proyecto de investigación “*Procesos participativos en salud: el caso del municipio de Berisso*” ejecutados por la financiación de dos becas de iniciación en la investigación acreditadas por dos entidades en el período 2011-2013¹. Como tal, se trata de una experiencia de incursión en la práctica investigativa de la cual, en forma preliminar, emerge esta exposición que busca, a través de la descripción de la primera salida a campo, exponer las particularidades emergentes del caso que fueron caldo de cultivo de discusiones, interrogantes, replanteos y ramificaciones.

¹ Beca de Estímulo a las Vocaciones Científicas otorgada por el Comité Interuniversitario Nacional por el período octubre 2011-septiembre 2012 y Beca de Entrenamiento otorgada por la Comisión de Investigaciones Científicas de la Provincia de Buenos Aires por el período octubre 2012-septiembre 2013.

Esta investigación intenta sumar elementos al debate respecto a las estrategias participativas en salud y a los modelos de “Municipios Saludables” que se dan en la actualidad. Se trata de conocer y analizar prácticas y actores claves en la constitución del campo de participación comunitaria en el ámbito sanitario de Berisso. Parte de este ejercicio analítico ha supuesto la lectura de bibliografía que en esta ponencia se recorta para presentar un ideal de participación comunitaria en salud² que sea útil para la confrontación con los resultados del trabajo de campo y operativo en términos de su análisis, destacando las particularidades del caso e identificando rupturas, tensiones y/o coincidencias con ese modelo.

Esta ponencia recupera además, datos recogidos en un trabajo empírico –inicial y no concluido– en el que se recurrió a las técnicas propias de los enfoques flexibles o cualitativos. Se realizaron entrevistas semi-estructuradas y abiertas a actores que realizan actividades participativas en salud a nivel local para indagar su punto de vista sobre la concepción de la participación y sobre experiencias concretas. La indagación se abordó a partir de la recuperación de la perspectiva de los actores y se considera que las entrevistas son el instrumento idóneo para recoger información sobre las representaciones de los actores involucrados en la participación en salud, dado que permiten al informante expresarse y expresar asociaciones temáticas, explicativas e interpretativas. En tanto la técnica de observación participante resultó idónea en el abordaje de prácticas y actividades que resultaron numerosas en el caso estudiado. Para la elaboración de esta ponencia, se recupera principalmente, lo recogido en tres entrevistas pautadas a informantes claves y conversaciones informales –con miembros de entidades institucionales y de la comunidad– y múltiples observaciones con distinto grado de participación realizadas centralmente entre los meses de abril y mayo de 2012.

La elección del caso del municipio de Berisso³ viene precedida por dos aspectos: la accesibilidad y el registro –mediante vías informales de comunicación– de la posibilidad de realizar un amplio trabajo de investigación por la predisposición de los actores⁴. Entre las características del sistema de salud de la ciudad de **Berisso** es significativo señalar que cuenta con nueve unidades sanitarias ubicadas en distintos barrios de la ciudad que cumplen con la

² Este modelo no se aleja mucho del modelo de sociedad que *tienen en mente* los organismos que proponen la participación comunitaria en salud como lineamiento de las políticas de Atención Primaria en Salud.

³ Utilizamos la definición de **estudio de caso** que realiza Yin y retoma Bonache: “una investigación empírica que estudia un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto real, cuando las fronteras entre el fenómeno y el contexto no son evidentes, y en la que se utilizan múltiples fuentes de evidencia”. A su vez, tal como describe Flyvbjerg, utilizamos esta técnica ya que su ventaja es que puede *acercarse* a situaciones de la vida real y comprobar ideas en relación directa con el fenómeno a medida que se desarrolla en la práctica.

⁴ Mediante el conocimiento de experiencias previas de investigación en el campo.

tarea de llevar acabo la Atención Primaria de Salud. Estos centros actúan en forma coordinada con el Hospital Público de Berisso Dr. Mario Larrain, como efectores de salud, abarcando una variada cantidad de prestaciones: enfermería, clínica médica, clínica pediátrica, ginecología, obstetricia, tocoginecología, odontología, fonoaudiología, psicología, asistencia social, seguro público de salud, médico comunitario y medicina general.

La Atención Primaria de la Salud es reivindicada como un eje importante de la política local de salud. Así, desde la Dirección de Salud del Municipio de Berisso⁵, se sostiene que mediante el desarrollo de diversas acciones, en el último tiempo se jerarquizó la calidad de servicios de prevención y promoción de la salud y la asistencia en situación de enfermedad en los centros de atención primaria de la salud; se promovió la eficiente articulación de los centros de referencia y contra-referencia y los diferentes servicios que se organizan desde el área en forma centralizada; y se fortalecieron espacios de capacitación y actualización continua del recurso humano en salud y de la comunidad. Entre algunas de sus actividades destacan la incorporación de la Tercera Cohorte del Programa de Médicos Comunitarios⁶; la garantía del funcionamiento de las unidades sanitarias, con las prestaciones y cargas horarias establecidas por contratos nacionales provinciales y municipales –en el área programática de incumbencia–; el fortalecimiento de las prestaciones en el Primer Nivel de Atención con énfasis en las actividades de promoción de la salud y detección de grupos y familias vulnerables; y el fortalecimiento de programas provinciales y municipales⁷, entre otras.

La elección de la **participación comunitaria en salud** (PCS) como eje de análisis se solventa en la necesidad de atravesar el estudio de la salud desde una perspectiva social y comunitaria, centrándonos en la acción participativa de actores no exclusivos del ámbito meramente técnico y profesional de la tradicional práctica médica. El eje de la PCS tiene su anclaje en la conferencia sobre Atención Primaria de la Salud (APS) en Alma Ata en 1978 en que se destaca la participación de la comunidad en política social como uno de sus ejes

⁵ Pagina web de la Municipalidad de Berisso:: <http://www2.berisso.gba.gov.ar/psocial/salud.html>

⁶ Representada por profesionales de la salud (médicos, psicólogos, nutricionista y trabajadores sociales) en etapa de formación sobre aspectos relacionados con la prevención y promoción de la salud.

⁷ Plan Materno Infantil; Programa de Procreación Responsable (planificación familiar y prevención); Programa de Control de Infección Respiratoria Aguda Baja en la población infantil; PRODIABA (destinado a garantizar la provisión de medicamentos y la continuidad de los controles a pacientes diabéticos); Programa municipal de prevención en salud bucal (orientado a embarazadas, lactantes y pre-escolares); Gestión y provisión de medicamentos a los vecinos de la ciudad mediante el Programa Remediar, convenio con el Laboratorio Central del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires y adquisición de medicamentos mediante recursos municipales.

sustantivos⁸. En concreto, en el apartado cuarto de la Declaración de dicha conferencia se afirma “*el pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud*” y luego se desarrolla que la APS:

→ “entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario (...) y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores;

→ exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar”⁹.

Se trata de un abordaje integrador de la salud con políticas de inclusión a través de la participación comunitaria como medio e instrumento en una concepción biopsicosocial y ecológica del proceso salud-enfermedad. El trabajo participativo en salud propone un método dialógico de apropiación y de generación del conocimiento. En tanto cada grupo elabore sus propias estrategias el fenómeno salud-enfermedad pierde su significado inmutable y ahistórico (Frankel: 1988).

“La PCS nace de la relación entre los servicios de salud y la organización social a la que estos servicios pertenecen, y esta relación adoptará, en consecuencia, múltiples formas, grados e intensidades en dependencia directa del momento histórico en que se da. El sistema social engloba y condiciona al sistema sanitario, y éste sólo es un subproducto del primero, por lo que las características de los servicios sanitarios están enmarcadas en la estructura social a la que pertenecen” (Ruiz Jiménez Aguilar: 2005).

⁸ El patrocinio de los Organismos Internacionales que actúan en Salud (OMS-OPS-UNICEF-ONU-AID y Banco Mundial) y los sentidos que la PCS asume en sus discursos excede la presente ponencia. De todos modos, se recomienda ver el capítulo 4 del trabajo de Morgan titulado “*Participación comunitaria en salud. La política de atención primaria en Costa Rica*”, donde plantea un interesante debate –retomado por muchos autores– sobre la participación en salud como “parche” de un Estado Ausente y sus aspectos utilitarios. Según su argumento, la PC eficaz, desde las bases, aparentemente disminuye conforme aumenta la participación estatal en la atención en salud, y en sus palabras: “*¿Es la participación real inconsistente con la atención en salud patrocinada por el Estado? Si la atención en salud es responsabilidad total del Estado, ¿no significa esto restringir o eliminar la responsabilidad de las personas y de las comunidades por su propia salud? Si el Estado asume la responsabilidad total por la salud del pueblo, pero insiste en que el pueblo debe participar en los asuntos de salud, ¿de qué manera irresponsable y sumisa está obligada la gente a participar?*”.

⁹ Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.

Así, la PCS aparece como una necesidad técnica –en tanto correlación con los determinantes sociales de la salud y de la organización de los servicios sanitarios– y como un derecho democrático –en el marco de una búsqueda de equidad y de ampliación de la ciudadanía social al campo de la salud– (Pereira: 2009).

“La PCS no es un estado estable, sino un proceso constituido por varios momentos, durante los cuales los sujetos involucrados se forman y forman a otros en el manejo de conocimientos y destrezas que dependen de la naturaleza de la experiencia participativa; se construye en función de la interacción que se establece entre las características del grupo que participa, la naturaleza del proyecto en que se involucra, el acceso a y control de los recursos necesarios y las condiciones políticas hacia la participación (...) no es “algo” de carácter universal, sino una construcción social, múltiple, sujeta a valores y circunstancias contextuales” (Pagnamento: 2011)

Se podría postular un conjunto de características estructurales en términos de un **ideal de PCS¹⁰**:

Activa: la población interviene en todas las fases de diagnóstico, planificación, ejecución, control y evaluación. Cuando más capacidad de influir en las decisiones alcance la población más eficaz, real y democrática será su participación.

Consciente: conoce y toma conciencia de los problemas existentes y los transforma en necesidades que se tienen que solucionar.

Responsable: se compromete y decide de acuerdo con sus derechos y responsabilidades.

Deliberada y libre: las intervenciones son voluntarias y se hacen de forma planificada, manteniendo su autonomía y desarrollando tareas propias.

Organizada: la población tiene su propia organización, no dependiente de los servicios sanitarios y las actividades se integran con objetivos comunes hacia el desarrollo comunitario.

Sostenida: no se trata de acciones puntuales de movimientos asociativos de respuesta a tensiones coyunturales, sino que responde a problemas de salud y el proceso se mantiene en el tiempo.

A estos aspectos claves, el autor suma unos que retoma de la experiencia de la PCS en el sistema de salud inglesa, y que sirven a la construcción de este ideal:

¹⁰ Inspirado en el trabajo de Ruiz Giménez Aguilar: “Participación Comunitaria. Documento de discusión sobre un modelo de Participación Comunitaria en el Sistema Nacional de Salud del Estado español” del 2005, fundado en los lineamientos fundamentales presentados por la OMS.

- La ciudadanía debe estar involucrada en cualquier decisión que se tome en el sistema sanitario sobre la atención a la salud.
- La participación debe estar insertada en las estructuras del sistema e impregnar a todas las actividades y facetas de la atención.
- El acceso a la información relevante y la transparencia en los procedimientos son fundamentales para implicar a la ciudadanía.
- Las y los profesionales sanitarios deben participar activamente en el proceso de implicar a ciudadanía y pacientes.
- La honestidad debe guiar los servicios de salud en lo que a objetivos o finalidad de la participación se refiere.
- Los mecanismos de participación e implicación deben ser evaluados en su efectividad.
- Tanto las personas usuarias de los servicios de salud como el público en general deben acceder a la capacitación y a los recursos necesarios para su participación real.
- La población debe ser representada por una amplia variedad de personas y grupos y no sólo por un grupo particular de pacientes.

Además de estas características, este documento de Ruiz Jiménez Aguilar aporta criterios de evaluación de programas de PC que complejizan el ideal que se construye. Éstos son: la *información* –como conocimiento necesario que da acceso al poder para tratar y resolver problemas–; la *evaluación* de necesidades, criterios fundamentados y juicios de valor.; la toma de decisiones -entendida como un proceso con distintos niveles en la escala de poder y derechos a la información, a la consulta, a la negociación, a la participación minoritaria y al veto–; la *movilización de recursos* propios comunitarios y realización de tareas; el *grado de autonomía/dependencia*; y las *formas y nivel de organización de la comunidad*, en la medida en que promueve o facilita la creación de un contexto comunitario, de una estructura y el afianzamiento de una red.

En la demarcación de este ideal, debemos tener en cuenta los objetivos generales – vinculados a la democratización y la instauración del enfoque integral de la salud– y específicos de la PCS como dimensiones a analizar en el campo. Entre estos, destacamos:

- Involucrar a la comunidad en el análisis de sus problemas y en la identificación de necesidades de salud para construir conjuntamente los valores culturales y sociales sobre la salud y la enfermedad que facilitan la autonomía individual y colectiva. Involucrarla también en la movilización de recursos comunitarios y en el desarrollo y reorientación de programas de salud. A su vez, como respuesta a la crisis de legitimación de los sistemas sanitarios, dar a la comunidad el control social de la planificación y evaluación del funcionamiento de los servicios.

- Reforzar el papel de protagonista de la ciudadanía como sujeto del cuidado de su salud aumentando su responsabilidad.
- Potenciar el abordaje multisectorial y la coordinación intersectorial.

Estos lineamientos que van definiendo el modelo de PCS ideal, se completan con la reflexión en torno a los ámbitos de participación. Por un lado, el referido a la relación de la persona a título *individual* con el sistema sanitario, no centrado exclusivamente en la asistencia sanitaria, sino también en los estilos de vida, en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Y por otro, el de la esfera *colectiva*, donde adquieren importancia los procesos de empoderamiento comunitario mediante la participación en órganos regulados como consejos y foros de salud¹¹.

Para completar este modelo de PCS, que se confrontará con lo emergente en el trabajo empírico, se vuelve relevante y productiva –al nivel de productora de nuevos sentidos– la incorporación de la noción de **redes de participación comunitaria en salud**. Se utiliza el concepto de *trabajo en red* de Pereira (2009) quien afirma que “*si la intersectorialidad responde al desafío de la integralidad de la política de salud, entonces el trabajo en red aparece como el instrumento para satisfacer las nuevas exigencias de participación en este campo*”. No sólo supone la articulación de un conjunto de establecimientos hospitalarios, clínicas de primer y segundo nivel y centros especializados, sino que refiere a un concepto que reivindica una forma más eficiente y potente de encarar la gestión en salud. Supone una articulación entre diferentes niveles de atención –primario, secundario, terciario–, múltiples actores del sistema –público y privado–, con distintos vínculos –personales e interpersonales, informales e institucionales, territoriales y extraterritoriales– con la zona de atención con el objetivo de complementar y encadenar esfuerzos para alcanzar los objetivos propuestos.

Esta noción de red permite a los actores trabajar en el territorio articulando tanto recursos estatales como no estatales, incorporando a la gestión de los servicios de salud la voz de los usuarios con menos capacidad de incidencia para ajustar los objetivos y estrategias a las necesidades de los grupos. También permite que el Estado pueda reconocer los aportes y las innovaciones que realiza la sociedad civil a través del desarrollo de nuevos modelos de atención, y la generación de nuevas prácticas y abordajes no convencionales que permiten

¹¹ Los objetivos generales de estos órganos son: a) participar y/o colaborar en la elaboración del plan de salud y en los programas y actividades a desarrollar; b) captar y vehicular las demandas de salud de la población –detección y análisis de problemas más establecimiento de prioridades–; c) evaluar las decisiones que se tomen en el equipo de APS respecto a la salud; d) conocer e informar las memorias de los equipos; e) colaborar en la educación sanitaria de la población y contribuir a mejorar la comunicación entre el equipo de APS y la comunidad local.

mejores resultados en términos de inclusión social. Estas situaciones llevan necesariamente a la posibilidad de generar espacios de *cofinanciamiento* donde instituciones públicas y privadas abren sus recursos a la red, aportando desde sus saberes, poderes y haberes –el cofinanciamiento aparece como el correlato inevitable de la complementariedad de esfuerzos y aportes que se dan en el territorio–. (Pereira: 2009)

Si se parte de construir un ideal de participación comunitaria en salud sustentada en la sociedad civil organizada en redes, lo característico del caso analizado es la evidencia de la existencia de redes de participación heterogéneas en tanto a los sujetos –individuales y colectivos– que la componen, el fundamento –institucional o personal– en que se apoyan y las relaciones de poder que fluyen en su interior. Para dar cuenta de estas redes, se organizó la información de campo en torno a ejes que permiten atravesarlas en combinación con un constante *pivot* entre un lente ideológico –lo que se dice, el discurso– y otro práctico –lo que se hace, la acción–.

Una primera arista para describir estas redes, es el **origen** en que se sustentan. Así, se puede dar cuenta de redes que nacen de contactos personales y otras que se producen por vínculos de tipo institucional, aunque en ambos casos se visualizan cruces.

En el caso de las *redes de tipo personal* –aquellas que se sustentan, principalmente, en contactos y relaciones entre personas individuales, y no en tanto miembros de instituciones estatales o de la sociedad civil– el trabajo de campo mostró las originadas entre sujetos con similar historia de vida: se trata de las madres de chicos discapacitados que participan cada una en redes diversas, pero comparten actividades tales como charlas de promoción de la salud, capacitaciones o eventos artísticos. En las entrevistas se evidencia la existencia de un conjunto de relaciones interpersonales surgidas principalmente de experiencias de vida compartidas –para el caso que se refiere se trata de madres de niños discapacitados– y que se vinculan a la conformación de asociaciones (niños autistas –“Apadea La Plata” y “El otro espejo”–) y ONG’S (“Amigos de Corazón” en Berisso). Lo interesante de esa red constituida entre sujetos que comparten una similar trayectoria de vida y problemática familiar, es que existen puntos de desacuerdo en torno a formas organizativas –liderazgos personales vs. formas más institucionalizadas y profesionalizadas– y diferencias de visión en torno a las formas de actuar respecto a la problemática de la discapacidad: el ingreso o no al ámbito estatal es clave y se refieren experiencias de ambos tipos.

“Yo creo que sí hay un Estado que está ausente, yo creo que ese espacio está en la escuela 501, que se desarrolle mal también es un Estado ausente porque, ante esa necesidad, si yo fuera la coordinadora de Salud, llevo a esa mamá a la escuela [la promotora de ‘Amigos de Corazón’] y digo ‘chicas, tenemos que hacer esto’. Y abrí la escuela, porque los chicos son los mismos de la escuela que encuentran un lugar más acogedor, con una mujer que tiene ganas (...) Si hay una coordinación coherente en el municipio lo que hace es acompañar y amalgamarse como municipio a esta persona que tiene todo ese empuje. Y aprovecharlo en beneficio de la comunidad” (Entrevista n° 2).

Complementariamente, los vínculos de tipo personal presentes en la conformación de redes también aportan a la socialización de marcos normativos y de acción. En referencia al vínculo con la presidenta de una asociación de padres de autistas, uno de los sujetos entrevistados refirió: *“me enseñó, fue la primera que me dio una mano, que me acompañó, me enseñó y creo que lo mejor que podés hacer con una madre es enseñarle a luchar y a hacer, que lo haga ella”*.

Las narraciones muestran la apropiación de experiencias sobre formas de involucramiento y de acción frente a estructuras burocráticas, espacios de atención, y abordajes y tratamientos posibles, entre otros. A su vez, se evidencia la inserción de los sujetos –a partir de estos contactos e intercambios– en la lógica de la acción política y de la participación en diversas iniciativas relevantes. En palabras de un entrevistado, *“quería ver qué se podía lograr acá en Berisso sobre discapacidad y todo se mueve por política en Berisso”* (Entrevista n° 3).

En estrecho vínculo con esto, además de la similitud de algunas experiencias de vida de los sujetos, la militancia política es otro núcleo que origina estos contactos personales que permiten la conformación de redes y la conformación de vías de acción. Una de las experiencias referidas por los entrevistados, refiere a la vinculación con el Centro de Estudios Justicialistas Dr. Ramón Carrillo (CERCA). Posiblemente la consecutiva adquisición de poder otorga otras expectativas de alcance y concreción de objetivos, que motivan a participar activamente en política. Los vínculos también aportan recursos a miembros de la comunidad para llevar a cabo actividades de promoción de la salud: particularmente otorga espacios, medios de difusión –espacios radiales y virtuales en los blogs oficiales– y cierto patrocinio político-institucional. En otras palabras, la militancia política previa vincula a los sujetos que conforman estas redes a través de otro tipo de interacción.

Finalmente, aspectos como el compartir lugares, actividades, espacios de

esparcimiento o cualquier otra actividad extra-institucional, parecen surgir como posibles fundamentos originarios de la conformación de redes personales de participación en salud, que aún no se indagaron en profundidad pero que se pudo ver operar. Se trata en principio de espacios de interacción heterogéneos y tal vez poco previsibles pero que parecen funcionar como disparadores de vínculos, inicialmente interpersonales.

Como se afirmó anteriormente, se puede dar cuenta de redes que nacen de contactos personales y otras que se producen por vínculos de tipo institucional. Estas redes institucionales se evidencian, por ejemplo, en el manejo de recursos que ofrecen las carteras de Salud, Educación y Cultura municipales para la puesta en práctica de actividades de promoción y prevención de la salud. A eso apunta “SaludArte”, un encuentro de promoción de la salud que busca visibilizar la pertenencia de la comunidad a la unidad sanitaria desde otro lugar, como signo de inclusión; y que muestra la intersectorialidad y articulación del sector salud con otros vinculados a la cultura, la educación y la extensión universitaria. Según la directora de Salud del municipio, este tipo de experiencias suponen una modificación del modo de trabajar –a partir de la incorporación de la comunidad– visible en la fusión de la salud con el arte popular.

Más interesante resulta ver estas redes institucionales en torno a las áreas de incumbencia. Las redes temáticas –en torno a problemáticas de la salud determinadas– en esta indagación se concentraron en torno a los problemas de desarrollo infantil y discapacidad. Hay un trabajo en red que se visibiliza en exposiciones artísticas, charlas abiertas a la comunidad, campañas de concientización sobre tratamientos, apertura de terapias especiales – como es el caso de la equinoterapia–, entre otros. En simultáneo, se desarrollan redes que se podrían denominar “transversales” por sustentarse en actividades que pretenden trascender las áreas cerradas y en la participación de actores que no participan en las temáticas excluyentes como son la escuela, los comedores, las iglesias, etc. Fue posible ver operar algunas de estas redes en la jornada “Saludarte” sostenida en la unión entre arte popular y salud apuntada a la inclusión social de la comunidad.

Una segunda dimensión para atravesar las redes y analizarlas en el **tipo de sujeto, individual o colectivo**, que participa. Respecto al *sujeto individuo* se destaca la existencia de actores carismáticos –en los términos de Weber– que son “cabeza” de la mayoría de los procesos participativos comunitarios aquí estudiados. En la experiencia analizada, uno de los sujetos refirió vínculos personales e institucionales que extienden el alcance de sus prácticas sustentada en su capacidad y “empuje”. Lo característicos de las redes es que llevan a otras

potenciales redes y a otros recursos y otras expectativas. Los límites del carisma están en la intrascendencia en el tiempo de su actividad y en el anclaje de la participación en un período de efervescencia o auge que, de no ser institucionalizado, tiende a perder impacto y continuación. Es necesario destacar que los procesos participativos en salud, como todo proceso social, requieren cierta temporalidad y que en lo empírico lo que se revela es una ruptura con el ideal de permanencia en el tiempo, por lo acotado de las intervenciones. Además existe una tensión entre los procesos personales y colectivos que marcan barreras en las posibilidades reales de capitalizar la acción participativa de los sujetos carismáticos.

Por otro lado, la inserción de los sujetos en redes participativas puede darse desde el carácter de actores colectivos. Así lo ejemplifican la participación de la ONG “Amigos de Corazón”, la asociación Apadea, las Unidades Sanitarias indagadas, el Concejo de Discapacidad y la Dirección de Salud.

El último eje que se eligió para describir estas redes es el del **poder** en términos de relaciones que pueden ser entendidas como de dominación o imposición, o como emancipadoras o empoderadoras de la comunidad. Es importante aclarar que se sostiene que las relaciones de poder fluyen y atraviesan todas las dimensiones de la conformación de las redes –las estudiadas e incluso las no abordadas esta ponencia– pero resulta operativo, a los fines de este informe, concentrarnos en su análisis. En este sentido, al interior de las redes existen relaciones que pueden entenderse como de dominación –las asociadas a lo institucional y a las jerarquías verticales del área de Salud– que implican la imposición de formas de actuar. Sin embargo, y en consecuencia con un lineamiento comunitario de la participación en salud, en estas redes, mayoritariamente, se vuelve tangible el poder como un elemento emancipador, al aportar posibilidades de intervención en la gestión, control y evaluación de la atención de la salud.

Al respecto, el discurso de la coordinadora de la Dirección de Salud se destaca por erigirse como un discurso oficial que tendrá consecuencias preformativas emancipadoras:

“La aspiración es formar masa crítica, formar cada vez más ciudadanos que tengan conocimientos de aspectos relacionados con alarmas en enfermedad, con estilos de vida saludables, y con esto, con la participación comunitaria. Sumarlos a la participación comunitaria en salud por lo menos, y vuelvo a decir: a mi me preocupa más, digamos, las puertas de entrada... Sumar todas las puertas de entrada a la salud, esta es la cuestión”.

Al ser relacional y disperso –no concentrado–, el poder aparece apropiado de distinta forma por los sujetos en tanto la posición que ocupen en cada una de las redes de las que participan –y aquí se está pensando en la teoría de los campos de Bourdieu, y el volumen de capital de los agentes en relación a las posiciones ocupadas–. En este estudio, uno de los sujetos ocupa una posición de poder mayor cuando actúa como productor de actividades de promoción de la salud y tiene un amplio acceso a recursos; aunque su poder disminuye cuando actúa como empleada municipal en el área de discapacidad o cuando es público en una jornada intercultural –se vincula con distintos sectores gubernamentales y comunitarios, y la actividad de atención y equinoterapia se complementa con las actividades de prevención y difusión que realiza en simultáneo–.

Se pueden visualizar dos escenarios bien distinguidos: por un lado, existen situaciones de poder diferenciales entre redes y organizaciones; y, por otro, al interior de estas, los sujetos ocupan posiciones con un poder asociado disímil en cada una, lo que refiere a estrategias en la construcción de posiciones de poder de los actores.

Una de estas estrategias puede evidenciarse en formas de control surgidas en entrevistas, referidas a actitudes de “vigilancia” por parte de los sujetos hacia las acciones de algunos funcionarios de acuerdo a actividades que proponen: *“quiero ver si se esta moviendo, si está haciendo algo, yo estoy haciendo panfletos en APadeA... quiero ver que él como coordinador se encargue al menos de darle difusión”* (Entrevista n° 3).

Si se plantea que las redes descansan sobre una multiplicidad de decisiones y que éstas son políticas, valorativas o simbólicas, resulta relevante destacar aquellas decisiones que se presentan como técnicas y son a la vez, ideológicas, o, dicho de otro modo, esconden una intencionalidad de poder, de dominación y legitimidad, específicas. El relato de uno de los informantes sobre su actividad describe a las claras este aspecto. Se trata de la actividad vinculada a la atención temprana (AT), esto es, un conjunto de estrategias para el tratamiento del desvío biológico, psicológico o social del desarrollo del niño; que se acompaña de atención y acompañamiento a la familia por riesgo ambiental junto con un seguimiento hasta la escolarización. En la valoración de la actividad, se explica que como no hay una actitud preventiva y por tratarse –los sujetos destinatarios de la atención– de familias en riesgo, a pesar de las derivaciones médicas, los potenciales interesados no llegan al Centro de Atención Temprana (CAT) que existe en el Barrio Obrero. *“Hay como un límite del barrio”* en la calle 60, explica, razón por la cual las maestras de AT articulan con la unidad sanitaria n° 17 –ubicada en el barrio vecino– y van una vez por semana a realizar sus actividades allí. Al relatar que *“la directora de Salud nos pidió que pensemos otra unidad sanitaria para ir y*

pensamos en una que está en las afueras, en la Avenida del Petróleo, porque hay población de alto riesgo socioambiental, que es nueva y de extranjeros”, da cuenta de un análisis social, político y económico para la elección de un nuevo lugar de trabajo. Esta decisión que aparece como técnica –la elección de un nuevo espacio de aplicación– supone una visión ideológica referida a los destinatarios de su servicio y de su propia actividad.

En la argumentación también se destaca su reflexión en torno al lugar de ofrecimiento de su servicio, el hecho de que la atención sea en una unidad sanitaria influye en el tratamiento –e incluso lo desfavorece– porque existe otra predisposición en los pacientes: hay miradas y prejuicios que en el CAT no existen porque se comparte una problemática, siendo que en la salita se diferencian quienes son derivados a AT y quienes no. Además, es de gran influencia la conformación de los espacios a la hora de trabajar con los niños: en el centro especializado el espacio está construido en torno a una dinámica lúdica y de interacción infantil, mientras que en la unidad sanitaria se trabaja en un consultorio médico, no pensado para esta actividad. Nuevamente, este aspecto que se presenta como técnico, en realidad encubre una opinión crítica en torno a la unidad sanitaria como espacio de la atención temprana.

Lo interesante de analizar los procesos participativos en salud desde la perspectiva de las redes y, a su vez, a éstas analizarlas desde el tipo de relación que las origina, el tipo de sujeto que participa y las relaciones de poder que implica, radica en la heterogeneidad de discursos y prácticas de los que se puede dar cuenta. Se podría tomar el “caso Berisso” como representación de esta diversidad en el marco de las redes interpersonales de participación en salud. Participar en salud en Berisso, entonces, implica un entrar y salir constante a redes informales, semi-institucionalizadas algunas, transitadas apelando a distintas identificaciones y construyendo diferentes relaciones de poder, ocupando en ellas distintas posiciones y acciones de subversión o reproducción.

Una vez descritas las redes de participación en salud en Berisso, resta confrontar este producto de la indagación empírica con el modelo de PCS construido previamente. Puede decirse que las acciones participativas analizadas involucran una participación activa, consciente y responsable pero acotada. El hecho de que sea libre y deliberada, en los términos anteriormente expuestos sobre la autonomía institucional, no puede afirmarse ya que resalta la constante interrelación con el ámbito institucional. Es clave el aspecto de la temporalidad *versus* la coyuntura, siendo que el caso revela que las estrategias participativas no se sostienen

en el tiempo, lo que puede ser “resuelto” con procesos de institucionalización que parecen emerger. En ese patrón ideal construido, se piensa un ámbito sanitario donde la participación impregna todos los sectores, hay acceso a la información y los profesionales de la salud se comprometen en la proyección comunitaria. Estos aspectos no arrojan conclusiones relevantes en esta confrontación, como sí lo hace el principio de evaluación de la efectividad de la participación.

El ideal, también, supone instancias de capacitación y movilización de recursos de las que sí puede dar cuenta el trabajo de campo, del mismo modo que puede evidenciar el trabajo intersectorial y multisectorial, y la participación desde ámbitos individuales y colectivos.

Son las cuestiones del grado de autonomía/dependencia, la democratización del sector y la adopción de un enfoque integral de la salud, los tres elementos que condensan mayores interrogantes y que, por lo tanto, no pueden arrojar resultados concluyentes en esta etapa de la indagación. Se requiere mayor información y profundización para poder sustentar afirmaciones y argumentos constructivos.

A modo de cierre

La construcción del caso parte de una búsqueda en el marco de una investigación particular sobre participación comunitaria en salud, con la intención de poder dar cuenta, describir y analizar las estrategias participativas de una comunidad en el ámbito de la salud. El criterio de accesibilidad guió la aplicación empírica hacia el Municipio de Berisso donde, a través de distintos tipos de contactos, fue posible observar la diversidad de prácticas y actores involucrados en el ámbito de la salud, enmarcados en redes participativas.

La emergencia de aspectos claves que distinguen a Berisso de otras experiencias conocidas en la etapa de revisión bibliográfica sentó las bases para la reflexión teórica –que, a su vez, impulsó la presentación de esta ponencia– y la revisión conceptual y metodológica para la continuación del trabajo de investigación. En ese sentido se vuelven relevantes: la diversidad de actores y la construcción identitaria desde la que participan, las problemáticas de salud en las que se involucra la comunidad, la articulación comunitaria con las unidades sanitarias en tanto espacio de participación, la intersectorialidad del trabajo, y los sentidos sociales que aportan a la propia actividad, a los lazos que fomentan y a los vínculos y el accionar estatal.

Es en el marco de estas particularidades que emergen dos fenómenos que llaman a revisar e incorporar conceptos guías de la investigación al tiempo que se cristalizan en nuevas ideas para continuar el análisis: la existencia de **redes** interpersonales que articulan las

diferentes experiencias participativas y, simultáneamente, la incipiente institucionalización de las prácticas al realizarse en el marco del patrocinio estatal y municipal. Se trata del proceso de construcción de redes como estrategia articuladora de proyectos heterogéneos que dan sustento a procesos participativos como experiencias sociales.

Bibliografía

- Bonache, Jaime** (1999) “*El estudio de casos como estrategia de construcción teórica: características, críticas y defensas*”. En Cuadernos de Economía y Dirección de la empresa, N° 3.
- Eguía, A. y Ortale, S. Coord.**, (2007) “*Sobre el concepto de participación*”, A. Eguía, MS. Ortale, ML Pagani y L. Pagnamento. En Programas sociales y participación en la provincia de Buenos Aires. UNLP-CIC-IPAP Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. Edit. EDULP.
- Flyvbjerg, Bent** (2004) “*Cinco malentendidos acerca de la investigación mediante los estudios de caso*”. En Reis: Revista española de investigaciones sociológicas, N° 106, pags. 33-62
- Frankel, A.**, (1988). “*Hacia una definición participativa en salud: atención de los sectores populares del Conurbano Bonaerense*”. Cuadernos Médico Sociales, N° 44, Rosario, Argentina.
- Morgan.** (1993). Participación comunitaria en salud. La política de atención primaria en Costa Rica. Edit. EDNASSS, Costa Rica. Cap 4: “*El movimiento de atención primaria en salud y la ideología política de la participación en salud*”
- Pagnamento.** (2011) “*Trabajo y género: entre la subordinación y la promesa de la democratización. El caso de los promotores de salud del municipio de La Plata. El proceso de trabajo de los Promotores comunitarios de salud: mujeres atendiendo mujeres*”
- **Pereira, J.**, (2009). “*La participación ciudadana en las políticas de salud*”. En Chiara, Magdalena y Mercedes di Virgilio, “Gestión de la política social: conceptos y herramientas”. UNGS. Editorial Prometeo. Buenos Aires.
- Ruiz, V.**, (2007). Organizaciones comunitarias y gestión asociada. Una estrategia para el desarrollo de la ciudadanía emancipada. Edit. Paidós, Bs. As.
- Ruiz Giménez Aguilar,** (2005) “*Participación comunitaria. Documento de discusión sobre un modelo de participación comunitaria en el Sistema Nacional de Salud del Estado español*” en Revista Comunidad.
- Ugalde, A.**, (1985). “*Las dimensiones ideológicas de la participación en los programas de salud en Latinoamérica*”. Cuadernos Médico Sociales, N° 41. Rosario, Argentina.