

2008

El rol del trabajador social como promotor de acciones de prevención y promoción en la atención primaria de la salud : Percepciones, ejercicio profesional y participación comunitaria en Salud

Padovani, María Florencia

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/55>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL

DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL

Tesis de grado:

“El rol del trabajador social como promotor de acciones de prevención y promoción en la atención primaria de la salud”

“PERCEPCIONES, EJERCICIO PROFESIONAL Y PARTICIPACIÓN
COMUNITARIA EN SALUD”

ALUMNA: María Florencia Padovani

DIRECTOR: Lic. Arroyo Cristian

Año: 2008

Dedicatoria y agradecimientos:

Dedico este trabajo

A mi familia: mamá y papá que me motivaron y apoyaron para que concluyera finalmente con esta etapa de mi vida. Mis hermanos que juntos y de grandes aprendimos a darle otro sentido a la vida. A Diego mi amor y compañero. A mi musa inspiradora y mi razón de ser: Lola.

A mis compañeras y amigas por el aguante !!!

Agradezco en especial a Cristina Seguesio, quien durante sus últimos años de vida influyó profundamente para que me entusiasmara con la tarea de investigar. A Cristian por su tiempo, dedicación y conocimientos brindados. Por último, gracias María por orientarme y enseñarme desinteresadamente.

“Ella está en el horizonte... Me acerco dos pasos, ella se aleja dos pasos.

Camino diez pasos y el horizonte se corre diez pasos más allá.

Por mucho que camine, nunca la alcanzare.

¿Para qué sirve la utopía? Para eso sirve: para caminar”.

Eduardo Galeano. Ventana sobre la utopía.

INTRODUCCION

La presente tesina reviste carácter de investigación de tipo exploratoria, enmarcándose dentro de una lógica cualitativa. Según lo dispuesto en la ordenanza del consejo Superior N ° 1613 del año 1999, por las características específicas del trabajo, se trataría de una investigación en un área específica.

El estudio explora en relación a cuáles son las percepciones de los Trabajadores Sociales del Área de Atención Primaria de la Salud (APS) del Partido de General Pueyrredón con relación al Ejercicio Profesional en el contexto de la ejecución de Prácticas y Proyectos Participativos, durante el período comprendido entre el mes de Agosto del 2008 y finales del mismo año.

El objetivo de la investigación consiste básicamente en indagar respecto de las percepciones que tienen las profesionales del Servicio Social que se desempeñan en el campo de la APS, con relación al ejercicio profesional en el marco de experiencias de participación comunitaria.

FUNDAMENTACION

La elaboración de este trabajo de tesis estuvo orientada por diversos interrogantes, los cuales llevaron a la selección del tema en estudio, con la intención prioritaria de explorar la participación comunitaria en la Atención Primaria de la salud, analizando centralmente la percepción de los trabajadores sociales del sector, en relación al Ejercicio Profesional, en el contexto de la dinamización y organización de grupos humanos, colaborando así en el mejoramiento de las condiciones de vida.

La propuesta se fundamenta partiendo de la idea de que la salud no debería ser un campo en el cual el trabajo social aporta su saber específico, “completando” así la asistencia que se debe al paciente en el plano social. Debería percibirse como un concreto, espacio de múltiples determinaciones que definen la cuestión social hoy, que se constituye así en un campo en el cual desde una reflexión praxística (Gramsci, 2001) abordar el conflicto. “Sabido es que la Asistencia Social fue una disciplina “auxiliar” de otras consideradas verdaderas profesiones” (Barreix Juan B, 2003) entre ellas fundamentalmente de la medicina.

Las motivaciones que guiaron la realización de la investigación fueron, en primer lugar, **la relevancia de la participación social en el campo de la salud en la actualidad.** Desde mediados del siglo XX la importancia otorgada a la participación comunitaria en los procesos de desarrollo social se ha ido incrementando. En el caso del desarrollo sanitario, el papel fundamental que cumple la comunidad en el estado de salud, y la necesidad de su participación activa, se consagran definitivamente con la formulación del concepto de Atención Primaria de Salud (APS). La pretensión del estudio no es otra

que dar cuenta de las potencialidades que tiene en nuestro medio social, el desarrollo pleno del derecho que todo ciudadano tiene a participar en la toma de decisiones que le afectan, empezando por su propia salud.

En este sentido se asume el concepto de participación en salud declarado por la Organización Panamericana de la Salud (1994) donde enuncia:

“La participación social en la coestión de la salud, se entiende como la acción de actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad para identificar problemas, necesidades, definir prioridades, y formular y negociar sus propuestas en la perspectiva del desarrollo de la salud. La participación comprende las acciones colectivas mediante las cuales la población enfrenta los retos de la realidad, identifica y analiza sus problemas, formula y negocia propuestas y satisface las necesidades en materia de salud, de una manera deliberada, democrática y concertada”.

Cabe mencionar respecto a la participación, la ambigüedad con la que ha sido tratado el término a lo largo de muchos años y por distintos actores. En efecto se intentará abordar también las distintas utilidades que se han hecho durante la historia a cerca de esta categoría.

Por otro lado, **las escasas investigaciones en relación al ejercicio del profesional del Servicio Social dentro del campo de la salud comunitaria, también constituyó un elemento interesante a la hora de la elección del asunto a investigar.** Teniendo en cuenta asimismo, las potencialidades del Trabajo social como profesión en este plano, es que se rescatan las palabras de Silvia Gattino (2005) que en este sentido expresa:

“Las demandas entendidas como aquellas que surgen durante la intervención, que son múltiples y contradictorias, ligadas a la existencia de contradicciones y conflictos ponen en evidencia un vacío, la carencia (técnica o social) frente a los problemas que generan las nuevas formas de producción y reproducción social. Es necesario entonces, rescatar los distintos espacios que

surgen en los ámbitos comunitarios resultando imprescindible enfatizarlos por el rol que cumplen en el desarrollo y socialización del sujeto”.

Por esto se pretende sondear la percepción de los profesionales del Servicio Social respecto a su quehacer profesional en el contexto del desarrollo de actividades que impliquen la participación social.

Por último, en relación a los motivos que subyacen a la confección de la tesina, constituyó un gran estímulo **la inquietud por conocer la impresión del mencionado profesional en relación a la incidencia de las prácticas y proyectos de participación comunitaria en salud, sobre sus comunidades locales.** De manera de hacer una lectura adecuada del posible impacto de estas experiencias se analiza la apreciación que tienen al respecto las trabajadoras sociales entrevistadas.

Dado que la Atención Primaria de la salud es la estrategia que plantea hacer efectivo y universal el derecho a la salud de la población y la participación comunitaria es una herramienta central para ello, algunas de las preguntas que surgen a lo largo de todo el estudio son: ¿Qué ideas persiguen los trabajadores sociales del sector, acerca del concepto de participación en salud? ¿Qué impresión tienen estos profesionales, en relación al impacto en la comunidad con la que trabajan, de las experiencias de participación comunitaria en la Atención Primaria de la Salud? ¿Cómo evalúan ese impacto? ¿Cuál es la apreciación que tienen los Trabajadores sociales del área, en relación al ejercicio profesional, en la actualidad, en el contexto de proyectos de participación comunitaria en Salud? ¿Cuál creen que debería ser su tarea profesional en este contexto? Con el propósito de desentrañar el tema en estudio, se utilizarán estos interrogantes como guía para el desarrollo del trabajo.

Por último, interesa destacar aquí, que el trabajador social comunitario desde su incumbencia profesional, desde nuestra perspectiva, aparecería como el potencial actor, entre otros, que motorizaría el proceso de puesta en marcha de esta estrategia que aspira al desarrollo de comunidades sanas, como es la A.P.S, impulsando la organización social para el logro de los objetivos de cambio. Es desde este enfoque que en palabras de Margarita Rozas Pagaza (2002)

“El trabajo social como profesión compromete sus acciones en la perspectiva del desarrollo de la calidad de vida de los sujetos sociales con los cuales trabaja, pero fundamentalmente cambia de una práctica reiterativa y conservadora a una práctica crítica y de posibilidades reales en la canalización de posibles soluciones respecto a las necesidades que enfrentan los sujetos”.

Esta tesis se interesa en indagar sobre los interrogantes planteados respecto a la participación comunitaria en la atención primaria de la salud y centralmente sobre las percepciones de los trabajadores sociales del sector en relación a su ejercicio profesional. Además se profundizará sobre algunos aspectos teóricos que se expresan en la particularidad del campo elegido.

OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

General:

- Indagar la percepción de los Trabajadores Sociales del Área de Atención Primaria de la Salud del Partido de General Pueyrredón con relación al Ejercicio Profesional en el contexto de la ejecución de Prácticas y Proyectos Participativos, durante el período comprendido entre el mes de Agosto del 2008 y finales del mismo año.

Específicos:

- Conocer la **percepción** que los Trabajadores Sociales del Área de Atención Primaria de la Salud del Partido de General Pueyrredón tienen, **con relación a la categoría de Participación social en Salud.**
- Conocer la **percepción** de los Trabajadores Sociales del Área de Atención Primaria de la Salud del Partido de General Pueyrredón **con respecto al quehacer profesional** en el marco de la ejecución Prácticas y Proyectos de Participación Comunitaria en Salud.
- Indagar con respecto a la **apreciación** de los Trabajadores Sociales del Área de Atención Primaria de la Salud del Partido de General Pueyrredón acerca de la **incidencia de las Prácticas y Proyectos de Participación Comunitaria en Salud en sus comunidades locales**, durante el período seleccionado para el estudio.

PRIMERA PARTE

Referentes Teóricos

CAPITULO I

FUNDAMENTOS IDEOLÓGICO-EPISTEMOLÓGICOS

1. El proceso de construcción del conocimiento

Con el objetivo de poder situar la línea teórico-metodológica que este estudio propone en el marco de la epistemología de las ciencias sociales y con el propósito de situarse ideológicamente frente al problema del conocer, es que se intentará en esta sección enunciar de modo general las distintas corrientes epistemológicas que dan sustento a los modos de conocer. Este proceso de construcción del conocimiento fue objeto de diversos abordajes en el campo de las Ciencias Sociales desde sus inicios. Distintas respuestas se han dado en relación a los procesos implicados en el conocer que, en el sentido epistemológico, refieren ante todo a la relación Objeto-Sujeto, y han dado nacimiento a diferentes matrices de pensamiento.

“El objeto de las ciencias sociales es esencialmente cualitativo y comprensivo, la realidad social es el propio dinamismo de la vida individual y colectiva con toda la desbordante riqueza de significados”. (Minayo, 1997)

El aporte de Calello y Neuhaus (1999) clarifica la génesis y proyecciones de las distintas alternativas de conocimiento. Describen entonces, las tres grandes alternativas de esta relación objeto-sujeto:

- Relación de conocimiento Idealista: El objeto de conocimiento es simplemente una extrapolación de la conciencia del sujeto.
- Realismo, objetivismo, determinismo pragmatista: El objeto de conocimiento es independiente del sujeto que lo conoce. La conciencia cognoscente es un elemento pasivo que se limita a recibir pasivamente los estímulos del objeto.

- Alternativa dialéctica: negación reconstructiva de las dos alternativas anteriores. Sostiene que toda relación entre un objeto y un sujeto de conocimiento no es una relación dualista sino una en la cual el sujeto debe penetrar al objeto de conocimiento de manera tal que consumando su relación con él, la asume, no la suprime.

La teoría del conocimiento en la que se apoya la metodología cualitativa, rechaza el modelo positivista que considera el sujeto conocedor como un espejo y esencialmente pasivo. Acepta, en cambio, el “modelo dialéctico”, considerando que el conocimiento es el resultado de una dialéctica entre sujeto (sus intereses, valores, creencias, etc.) y el objeto de estudio. No existirían, por consiguiente, conocimientos estrictamente “objetivos”.

De esta manera, el abordaje dialéctico se nos plantea como la posibilidad de superar la dicotomía sujeto-objeto, lo que implica en sí mismo, la posibilidad de conocer para transformar.

El proceso de construcción de conocimiento propuesto para el desarrollo de esta investigación, adhiere a un **modelo interpretativo crítico** que se mueve en una dialéctica concreto/ abstracto/ concreto. Esto implica en primer lugar “meterse” en el concreto entendiendo que “el concreto no existe como hecho en sí, sino que es solamente apariencia si se lo desgaja de las múltiples relaciones que lo determinan, y que lo concreto es también de naturaleza teórica. De esta manera hacer uso de la teoría como herramienta para la comprensión de esas múltiples determinaciones legitimadas por el discurso hegemónico (Gramsci, 2001) dispersado por las instituciones de control social, en el caso particular de la salud, a través del modelo médico hegemónico.

En específico en el campo de la salud, se adhiere aquí a lo expresado por Menéndez (1994) quien sostiene que la salud/ enfermedad se configura como “un emergente de las condiciones históricas de la vida de cada sociedad, y más aún, es producto de los modos de concebir, enfrentar y solucionar las problemáticas a las que nos enfrentamos a diario. Los sujetos perciben y se representan lo social y a través de estas representaciones actúan y transforman la realidad a través de sus prácticas.”

Este planteo supera el sesgo estructuralista-determinista unicausal de lo económico como variable única de explicación de los fenómenos sociales, incorporando “el concepto de modo de vida que se articula orgánicamente a la estructura inacabada de la teoría social marxista habiendo sido desde el inicio utilizado (...) para enfocar las prácticas sociales cotidianas” (Almeida Filho, 2000) De la misma manera busca no caer en la parcialidad de los abordajes micro- inductivistas, que desconocen los condicionantes socio-económicos. Además, según agrega De Souza Minayo (1997) en relación a este último enfoque “Hay un curioso desconocimiento de los fenómenos estructurales y una ausencia de discusión sobre las cuestiones del poder, de la dominación, de la fuerza, de la estratificación social. Su abordaje atomiza la realidad como si cada hecho o grupo constituyese un mundo social independiente”

En este punto no es sino un abordaje hermenéutico-dialéctico el que permite acceder al conocimiento de los determinantes estructurales que condicionan las acciones de los sujetos y de los significados que éstos le imprimen a sus actos.

“El marxismo interpreta la realidad como una totalidad donde los factores visibles como las representaciones sociales integran y configuran un modo de vida condicionado por el modo de producción específico. En ese abordaje se destaca la base material como determinante de la producción de la conciencia pero se asume la importancia de las representaciones sociales como condicionantes, tanto en la reproducción de la conciencia como en la construcción de la realidad más amplia.” (De Souza Minayo, 1997)

Utilizaremos en esta investigación una de las estrategias de análisis de datos cualitativos más usadas en el campo de la salud: la Teoría Fundamentada, originalmente desarrollada por Glaser y Strauss (1967). La misma se presenta como un producto, esto es como un tipo de estudio cualitativo, y como una estrategia de análisis de datos. Sobre ella volveremos en el apartado referente a la metodología.

2. **Supuestos ideológicos**

Se enumeran a continuación algunas afirmaciones que sustentan el presente trabajo, las mismas constituyen los supuestos ideológicos que guían el proceso de investigación.

El positivismo fue el paradigma que enmarcó la forma de conocer y de aplicar el conocimiento, funcional al poder hegemónico, instrumentalizando el disciplinamiento y el control social de manera vedada, basado en la aceptación de las masas por medio del sentido común.

Los conceptos no son ingenuos ni neutrales, sino que encierran implícitamente una concepción ideológica.

Los conceptos de salud y enfermedad que las distintas disciplinas del campo de la salud y de las ciencias sociales manejan, estuvieron atravesados por los distintos estadios del desarrollo del capitalismo y viabilizaron prácticas funcionales a la reproducción del mismo.

El trabajo social como profesión debe necesariamente comprometer su intervención en la perspectiva del desarrollo de la calidad de vida de los sujetos sociales con los que trabaja. En palabras de Margarita Rozas Pagaza (2002) de esta manera “cambia de una práctica reiterativa y conservadora a una práctica crítica y de posibilidades reales en la canalización de posibles soluciones respecto a las necesidades que enfrentan los sujetos”.

Se entiende por participación la posibilidad real de que la gente intervenga estrechamente en los procesos económicos, sociales, culturales y políticos que afectan sus vidas. Comprende las acciones colectivas mediante las cuales la población enfrenta los retos de la realidad, identifica y analiza sus problemas, formula y negocia propuestas y satisface las necesidades de una manera deliberada, democrática y concertada.

En cuanto a la participación en salud implica que son los individuos y las comunidades los que deben tomar en sus manos la gestión de las soluciones en salud. Esta conceptualización revaloriza el protagonismo de los actores populares, porque contiene un carácter de acción e implica un nivel de poder para que sus decisiones se efectivicen.

CAPITULO II:

APROXIMACION TEORICA AL CONCEPTO DE PERCEPCION

1. Debate filosófico: racionalismo versus empirismo

Convencionalmente la filosofía moderna comienza en el siglo XVII con el racionalismo de Descartes, Spinoza y Leibniz, al que se opone el empirismo de Locke y Hume. Lo que se debate es, fundamentalmente, la concepción de la razón. El racionalismo es un sistema de pensamiento que acentúa el papel de la razón en la adquisición del conocimiento, en contraste con el empirismo, que resalta el papel de la experiencia, sobre todo el sentido de la percepción.

Para el racionalismo, La “razón” es la única facultad que puede conducir al ser humano al conocimiento de la verdad. Esta se opone a los sentidos, la imaginación y la pasión, que son considerados como engañosos. Los racionalistas quieren proceder del mismo modo que los matemáticos, de tal manera que el sistema filosófico posea la misma evidencia que un sistema matemático. Durante el siglo XVII, triunfa el subjetivismo: el ser humano conoce las cosas desde su propio pensamiento. Sin embargo, la confianza en la razón que profesan Descartes y los cartesianos les permite superar los peligros del subjetivismo. Los sentidos no engañan, pero la razón es una facultad objetiva y si nos atenemos exclusivamente a ella, podemos llegar a conocer perfectamente la realidad.

Por otro lado, el empirismo nace como reacción contra el racionalismo de Descartes y los cartesianos. Los empiristas más importante son Hume, Locke y Berkeley. Con el empirismo el problema del conocimiento pasa a ser el tema fundamental o al menos el tema previo antes de comenzar cualquier otra investigación. El empirismo propone un

nuevo concepto de razón: una razón dependiente y limitada por la experiencia. Las tesis fundamentales del empirismo son:

- El origen del conocimiento es la experiencia. La mente es como una “tabla rasa” y por tanto, todas las ideas que nos encontramos en ella proceden de la experiencia. Esta tesis implica la negación de las ideas innatas.
- El conocimiento humano no es limitado: la experiencia es su límite. Para el racionalismo la razón puede conocerlo todo. Los empiristas niegan tal posibilidad: no podemos ir más allá de la experiencia. También se reduce el campo de la filosofía, ya que sólo es posible conocer lo experimentable.
- Todo conocimiento es conocimiento de las ideas. Lo que directamente conoce la mente son sus ideas (no las cosas) y pensar se reduce a relacionarlas entre sí.

1.1. Locke y su teoría del conocimiento

Locke (1690) define el conocimiento como “la percepción del acuerdo y la conexión (o el desacuerdo y rechazo) entre cualquiera de nuestras ideas” conocer es percibir ideas en nuestra mente.

Define la idea como “el objeto del pensamiento cuando un ser humano piensa”. La idea hace de intermediario entre la cosa y la mente, representa a la cosa en la mente y por tanto el objeto de la mente es la idea.

Locke niega que haya ideas innatas. Todas las ideas proceden de la experiencia. Distingue dos tipos de experiencia: externa e interna. El ser humano comienza a tener ideas cuando tiene la primera sensación (experiencia externa): se origina entonces la idea de sensación. Si la mente reflexiona posee un nuevo tipo de experiencia (experiencia interna) y un nuevo tipo de ideas: las ideas de reflexión. Ambas clases de

ideas son llamadas por Locke ideas simples y son producidas por la experiencia directa. Pero a partir de las ideas simples la mente puede formar una nueva clase de ideas: las ideas complejas, las cuales son combinaciones de ideas simples.

En la mente humana se encuentran también ideas generales. Estas ideas se forman cuando se advierte el parecido que existe entre las ideas que nos formamos en varios cosas particulares: entonces prescindimos de las diferencias entre esas cosas y conservamos únicamente los que tiene en común.

Locke dice que no es posible ir más allá de las ideas simples. Todo lo más que se puede hacer es formar ideas complejas o generales.

1.2. Hume: crítica del conocimiento

El empirismo de Hume (1739) se asienta sobre los siguientes principios:

- Principio “empirista”. La experiencia es el origen y el límite de nuestro conocimiento.
- Principio de “inmanencia”. Sólo conocemos directamente nuestras representaciones mentales, no las cosas. Para Hume, los contenidos de la conciencia son denominados, genéricamente, percepciones las cuales pueden ser de dos tipos: impresiones o ideas. La distinción entre ambas radica en el grado de “fuerza o vitalidad”. Las impresiones son “nuestras percepciones más intensas: cuando oímos, vemos, sentimos, amamos, odiamos, deseamos, o queremos”; las ideas son menos intensas.
- Principio de “copia”. “Todas nuestras ideas no son sino copias de nuestras impresiones, es decir, que nos es imposible pensar algo que no hemos sentido

previamente con nuestros sentidos internos y externos”. Evidentemente, si todas nuestras ideas son copias, no existen ideas innatas.

- Principio de “asociación de ideas”. Las ideas no se encuentran desconectadas en la mente. La imaginación tiene un gran poder y libertad para mezclar y combinar a su gusto. Pero existe también “una especie de atracción, que tiene en el mundo mental efectos tan extraordinarios como en el natural”.
- Principio de “negación de las ideas generales”. “No existen las ideas generales y abstractas, sino que todas las ideas generales no son, en realidad, sino ideas particulares vinculadas a un término general”. (Hume, 1739)

2. Antecedentes y contexto histórico del concepto percepción en psicología

La percepción es uno de los temas inaugurales de la psicología como ciencia y ha sido objeto de diferentes intentos de explicación. “Existe consenso científico en considerar al movimiento Gestalt como uno de los esfuerzos más sistemáticos y fecundos en la producción de sus principios explicativos”. (Oviedo Gilberto Leonardo, 2004).

El movimiento Gestalt, nació en Alemania bajo la autoría de los investigadores Wertheimer, Koffka y Köhler, durante las primeras décadas del siglo XX. Estos autores consideran la percepción como el proceso fundamental de la actividad mental, y suponen que las demás actividades psicológicas como el aprendizaje, la memoria, el pensamiento, entre otros, dependen del adecuado funcionamiento del proceso de organización perceptual.

En relación al contexto histórico dentro del cual se desarrollan sus estudios podemos reseñar que en los comienzos del siglo XX la fisiología había alcanzado un

lugar importante dentro de la explicación psicológica. Suponía que todo hecho psíquico se encontraba precedido y acompañado por un determinado tipo de actividad orgánica. La percepción era entendida como el resultado de procesos corporales como la actividad sensorial. El énfasis investigativo se ubicó en la caracterización de los canales sensoriales de la visión, el tacto, el gusto, la audición, etc. La psicofisiología definía la percepción como una actividad cerebral de complejidad creciente impulsada por la transformación de un órgano sensorial específico, como la visión o el tacto.

La Gestalt realizó un cambio radical en la psicología al plantear la percepción como el proceso inicial de la actividad mental y no un derivado cerebral de estados sensoriales. Su teoría, arraigada en la tradición filosófica de Kant (Wertheimer en Carterette y Friedman, 1982), consideró la percepción como un estado subjetivo, a través del cual se realiza una abstracción del mundo externo o de hechos relevantes. El primer supuesto básico desarrollado por la Gestalt es la afirmación de que la actividad mental no es una copia idéntica del mundo percibido. Contrariamente, define la percepción como un proceso de extracción y selección de información relevante encargado de generar un estado de claridad y lucidez consciente que permita el desempeño dentro del mayor grado de racionalidad y coherencia posibles con el mundo circundante. Se puede afirmar que, de la enorme cantidad de datos arrojados por la experiencia sensorial (luz, calor, sonido, impresión táctil, etc.), los sujetos perceptuales toman tan sólo aquella información susceptible de ser agrupada en la conciencia para generar una representación mental.

La percepción, según la Gestalt, no está sometida a la información proveniente de los órganos sensoriales, sino que es la encargada de regular y modular la sensorialidad. La Gestalt definió la percepción como una tendencia al orden mental.

Inicialmente, la percepción determina la entrada de información y en segundo lugar, garantiza que la información retomada del ambiente permita la formación de abstracciones (juicios, categorías, conceptos, etc.).

Consideró Wertheimer (1912) que la percepción no es una actividad pasiva como se creía en las teorías anteriores. Por el contrario, es el interés de este, demostrar que la percepción no es el resultado de la recepción y acumulación de impresiones producidas por el mundo circundante sino aquello que denomina como un proceso de organización psíquica.

La percepción, según la Gestalt, no lleva a cabo el proceso que sigue un científico cuando estudia un fenómeno de su interés, el de encontrar átomos y después integrarlos progresivamente, sino que tiende de la manera más directa e inmediata a atribuirle cualidades que definan el objeto y permitan establecer con claridad su naturaleza y composición. La Gestalt intenta demostrar la temporalidad de la percepción que se caracteriza por buscar de manera inmediata lo cualitativo de los objetos, y usa para sus propósitos la forma como cualidad fundamental. La inmediatez de la forma no implica un nivel de ordenamiento fundamentado en procesos analíticos. La Gestalt se define a sí misma como una teoría explicativa de la percepción no elementalista, y asume la denominación de holista. Si no hubiera una tendencia óptica de agrupación y unificación, no habría objetos para nosotros" (Köhler, 1996, p. 498). En términos generales, la labor de la percepción consiste en un intento de agrupación de la información circundante dentro de unidades simples que le permitan a la conciencia adquirir noción de objeto y con ello afinar su capacidad abstracta. La percepción es entendida como un permanente acto de conceptualización. Los eventos del mundo externo son organizados a través de juicios categoriales que se encargan de encontrar

una cualidad que represente de la mejor manera posible a los objetos. En conclusión, el concepto de percepción encontró en la teoría de la Gestalt uno de los más importantes esfuerzos de explicación. Este movimiento, para poder explicar la percepción, debió realizar una profunda revisión filosófica de los supuestos científicos con base en los cuales se la definía y abordaba. Realizó una severa crítica al movimiento empirista-asociacionista, y propuso estructurar un nuevo modelo de abordaje conceptual asumiendo la percepción como un proceso de formación de representaciones mentales. Planteó igualmente que es función de la percepción realizar abstracciones a través de las cualidades que definen lo esencial de la realidad externa. El principal producto de su trabajo experimental son las leyes de la percepción, las cuales se encargan de describir los criterios con base en los cuales el aparato perceptual selecciona información relevante, la agrupa dentro de la mayor armonía posible (pregnancia) y genera representaciones mentales.

CAPITULO III:

CIENCIAS SOCIALES Y CIENCIAS DE LA SALUD

1. Conformación del campo social-sanitario

La incorporación de las Ciencias Sociales al campo de la salud y su conformación como campo disciplinar puede situarse en la segunda posguerra ya que es a partir de la segunda mitad del siglo XX que emergen nuevas demandas sociales hacia las profesiones de la salud exigiendo la redefinición de las competencias profesionales necesarias para afrontar los desafíos del momento. Por otra parte, es también a mediados de siglo donde se da una importante expansión del mercado de trabajo (relacionado con el modelo económico del keynesianismo), en particular del empleo público, a consecuencia de la apertura de grandes instituciones vinculadas con el Estado de Bienestar. Esto implicó que a fines de los 50 en los países centrales, y en la década siguiente en los del tercer mundo, hubiera una gran cantidad de científicos sociales trabajando en el campo sanitario.

Es cierto que la incorporación de conocimientos sociales en la práctica sanitaria cuenta con una larga historia (desde el momento que se buscaron explicaciones y soluciones más allá de lo biológico e individual en relación con las dolencias), pero el desarrollo de las ciencias sociales como corpus formal extendido no se dio sino hasta inicios del pasado siglo XX.

Podemos enunciar tres tendencias según Briceño, León (1998) en esta relación de lo social con la salud en el ámbito académico:

- 1. La explicación de lo médico por lo social:** Realizó aportes en torno a la teoría de roles, referidas al rol del médico y del paciente dentro del sistema sanitario. Cambió el foco de interés del paciente en su relación específica con el médico, para centrarse en el sistema de salud. El autor enumera diferentes

corrientes que componen esta tendencia: funcionalismo, interaccionismo simbólico, relativismo cultural, escuela de Chicago, autores post-estructuralistas como Foucault, etc.

2. La explicación de la enfermedad por lo social: Surge en los años 60. Se basa en el estudio de las causas no biológicas de la enfermedad, privilegiando una etiología social. Dentro de esta tendencia el autor distingue distintas explicaciones:

2.1- La enfermedad a través del comportamiento individual: se basa en la creencia conductista de que la información sobre una enfermedad y sus formas de contagio, conduce mecánicamente a prácticas preventivas. No hay que cambiar condiciones sociales sino las conductas de los individuos. Tiende a culpabilizar a la víctima de las dolencias, sosteniendo que el origen de muchas enfermedades se encuentra en el estilo de vida “elegido” por la persona. Desconoce que los comportamientos individuales están determinados por las condiciones sociales.

2.2- La enfermedad a través de las condiciones sociales: Sostiene que las condiciones en las que se encuentra una persona determina la salud y la enfermedad. Lo social se diferencia por la escala en la que se lo entiende: desde lo micro social (familia, vivienda), pasando por la organización de clase dentro de una sociedad, hasta la división internacional del trabajo. Esta corriente da origen a estudios sobre la desigualdad social en salud.

3. Las ciencias sociales y la salud o las ciencias sociales de la salud: El autor plantea las diversas discusiones en torno a la relación ciencias sociales y salud. El primer vínculo entre ambos campos que se grafica con la preposición conjuntiva “y” fue criticado más adelante porque da cuenta de una relación muy débil. Posteriormente fue cambiado por el “para” demostrando la vocación teórica

y empírica de las ciencias sociales para con la salud. Sin embargo se lo critica también porque continúa planteando una relación externa. Finalmente describe el proyecto de crear una nueva subdisciplina llamada “ciencias sociales de la salud”, diferenciada de otros campos disciplinares que centran las explicaciones en lo individual.

En relación con estas tendencias podemos apreciar que fueron distintas disciplinas y paradigmas los que interactuaron en la configuración de este campo.

2. Campo social de la salud

De manera de dar cuenta de los diferentes determinantes en la construcción del campo de la salud, haremos mención en este apartado a algunos hechos histórico-políticos relevantes. Para ello tomaremos los aportes de Almeida Filho y Silva Paim (1999), que al respecto expresan:

“Fue sin duda la Revolución Industrial uno de los hechos de mayor importancia histórica, que impactó directamente en la salud de la naciente clase trabajadora. Entre 1830 y 1880 surgen en Inglaterra Francia y Alemania propuestas de comprensión de la crisis sanitaria como proceso fundamentalmente político social que en su conjunto recibieron el nombre de Medicina social.”

Paralelamente, se desarrolló en Estados Unidos el movimiento denominado Sanitarismo, centrado en la aplicación de tecnología y la racionalización de recursos destinados principalmente a sectores marginales, sustentado en el paradigma microbiano.

Es a partir del Informe Flexer surgido en EEUU a comienzos del siglo XX que se retorna al concepto tecnicista de la salud, construido desde las bases positivistas imperantes en ese momento. “El modelo conceptual flexeriano refuerza la separación entre lo individual y lo colectivo, privado y público, biológico y social, curativo y preventivo” (Almeida Filho y Paim Silvia, 1999).

En la década del 40, debido a las consecuencias de la crisis económica del 29 y el incremento en los costos de la medicina por la incorporación de la tecnología se plantea la necesidad de incorporar un énfasis vago en la prevención sin modificar las bases conceptuales de la medicina. Se sustituye la idea de higiene por la de prevención. El autor sostiene la hipótesis de que este “modelo preventivo” fue una estrategia meramente retórica implicando una limitada potencialidad transformadora de este movimiento.

En la década de los 60, en consonancia con el clima de movilización popular en todos los ámbitos, surge el movimiento de salud comunitaria. Se busca la utilización de las ciencias de la conducta para posibilitar la integración de los equipos de salud a las comunidades “problemáticas”, todo esto sin modificar la idea de la atención médica convencional, es decir el sistema de salud continuaba en paralelo con estos proyectos de intervención comunitaria.

En los setenta se produce un hito fundamental en el campo de la salud, la declaración de Alma Ata (1978) que se plantea como meta “Salud para todos en el Año 2000” la cual reafirma a la salud como un derecho del hombre.

En Canadá en 1974 el Informe Lalonde define las bases del movimiento por la promoción de la salud, propone una medicina socializada que sintetiza los modelos de atención precedentes. La carta de Ottawa en el año 1986 institucionaliza este modelo canadiense centrado en la idea de la participación de la comunidad en la gestión de los sistemas de salud y en el cambio de los estilos de vida para promover la salud. En Europa este modelo estuvo limitado en su expansión por la coyuntura política que se caracterizó por el retroceso de la socialdemocracia, lo que implicó una reforma en los sistemas de salud. En EEUU se dio una tímida implementación de este modelo a través de programas de modificación de comportamientos considerados riesgosos. Los

Organismos internacionales implementaron también esta matriz de promoción de la salud.

Es así entonces que a partir de la década de los 80 comienzan a visualizarse las consecuencias que las políticas neoliberales generan en el ámbito de la salud como resultado del achicamiento del Estado. Es en este contexto que se verifica la necesidad de construir un nuevo marco teórico para reconfigurar el campo social de la salud, actualizándolo frente a las evidencias de agotamiento del paradigma científico que sustenta sus prácticas. Frente a la caída del “socialismo real” la OPS y la OMS promueven reflexiones en torno a la salud pública y su relación con el Estado y la sociedad. Estas reflexiones no llegan a ser significativas para propiciar cambios en los sistemas de salud, ya que los mismos estuvieron digitados por la connivencia entre los gobiernos liberales y los organismos financieros internacionales en el marco del consenso de Washington, tal es el caso del Banco mundial que financió reformas sanitarias priorizando la eficiencia, la eficacia y la focalización en el contexto del ajuste estructural.

Pero el clima de reflexión siguió vigente durante toda la década del 90, planteando la necesidad de articular un nuevo concepto de salud pública y un nuevo perfil profesional en el campo de la salud.

La OPS propone el concepto de liderazgo sectorial de la salud para afrontar estos desafíos, que implica la capacidad del sector de funcionar como referente para la concepción y ejecución de las políticas públicas de los otros sectores, a la vez que propone profundizar en la capacidad de generar valores y conocimientos. Estas propuestas surgen en un contexto determinado según Almeida por elementos discursivos y extra discursivos que implican la concepción de la salud como exclusión de enfermedad y la creencia absoluta en la ciencia como mecanismo inagotable para

derrotarla, y las restricciones económicas y los magros presupuestos para sostener un desarrollo científico de esas características, respectivamente.

En la actualidad el **movimiento de Salud Colectiva** se plantea como un campo interdisciplinario que posibilita iniciar un cambio del antiguo (pero vigente) paradigma positivista-biologicista-tecnificante que muestra su agotamiento en la práctica. Los autores reconocen que la Salud Colectiva no cuenta con los elementos epistemológicos como para erigirse en un nuevo paradigma, pero sí la reconocen como un campo científico y ámbito de prácticas abierto a incorporar propuestas innovadoras. Estos definen la salud colectiva como campo científico – en el sentido bourdieano- “donde se producen saber y conocimientos acerca del objeto salud y donde operan distintas disciplinas que lo contemplan desde varios ángulos” y también como “ámbito de prácticas donde se realizan las acciones de diferentes organizaciones e instituciones por diversos agentes dentro y fuera del espacio convencionalmente reconocido como sector salud”(Almeida, Paim, 1999)

Originalmente, el marco conceptual propuesto para orientar la enseñanza, la investigación y la extensión en Salud Colectiva en el caso brasileño estuvo compuesto por los siguientes presupuestos básicos, conforme Paim (1982):

a) La Salud, en tanto estado vital, sector de producción y campo de saber, está articulada a la estructura de la sociedad a través de sus instancias económica y político-ideológica, poseyendo por lo tanto, una historicidad;

b) Las acciones de salud (promoción, protección, recuperación, rehabilitación) constituyen una práctica social y traen consigo las influencias de las relaciones establecidas entre los grupos sociales;

c) El objeto de la Salud Colectiva es construido en los límites de lo biológico y de lo social y comprende la investigación de los determinantes de la producción social

de las enfermedades y de la organización de los servicios de salud, y el estudio de la historicidad del saber y de las prácticas sobre los mismos. En ese sentido, el carácter interdisciplinario de ese objeto sugiere una integración en el plano del conocimiento y en el plano de la estrategia, de reunir profesionales con múltiples formaciones.

d) El conocimiento no se genera por contacto con la realidad, sino por la comprensión de sus leyes y por el compromiso con las fuerzas capaces de transformarla.

No obstante la adhesión que tales presupuestos puedan estimular, todavía hoy, el desarrollo de la Salud Colectiva, en tanto área de saber y campo de prácticas, en los últimos años permite re contextualizar algunos de esos presupuestos. En este sentido, el trabajo teórico epistemológico emprendido más recientemente, apunta a la Salud Colectiva como un campo interdisciplinario y no propiamente como una disciplina científica, mucho menos una ciencia o especialidad médica. De hecho, el marco conceptual de la Salud Colectiva, tal como viene siendo construido a partir de la década de los 70, resulta, por un lado, de la crítica a los diferentes movimientos y proyectos de reforma en salud ocurridos en los países capitalistas y, por el otro, de la elaboración teórico-epistemológica y de la producción científica, articuladas en las prácticas sociales.

En tanto campo de conocimiento, la Salud Colectiva contribuye con el estudio del fenómeno salud/enfermedad en poblaciones en su carácter de proceso social; investiga la producción y distribución de las enfermedades en la sociedad como procesos de producción y reproducción social; procura comprender, finalmente, las formas con que la sociedad identifica sus necesidades y problemas de salud, busca su explicación y se organiza para enfrentarlos.

Como un campo de conocimiento de naturaleza interdisciplinar, las disciplinas básicas de las que se nutre son la epidemiología, la planificación/administración de salud y las ciencias sociales en salud.

En tanto ámbito de prácticas, la Salud Colectiva envuelve determinadas prácticas que toman como objeto las necesidades sociales de salud, como instrumentos de trabajo distintos saberes, disciplinas, tecnologías materiales y no materiales, y como actividades intervenciones centradas en los grupos sociales y en el ambiente, independientemente del tipo de profesional y del modelo de institucionalización. Comprende, por lo tanto, según Paim (1992) un

“conjunto articulado de prácticas técnicas, científicas, culturales, ideológicas, políticas y económicas, desarrolladas en el ámbito académico, en las instituciones de salud, en las organizaciones de la sociedad civil y en los institutos de investigación, informadas por distintas corrientes de pensamiento, resultantes de la adhesión o crítica a los diversos proyectos de reforma en salud”

Sin embargo, más que definiciones formales, la Salud Colectiva requiere una comprensión de los desafíos que se planteen en el presente y futuro que trasciendan el campo institucional y el tipo de profesional convencionalmente reconocido como de la Salud Pública Conforme se destaca en una de las fecundas contribuciones a ese debate (Escuela de Salud Pública/O.P.S., 1993)

“los avances de la epidemiología crítica, la epidemiología político, los nuevos aportes de las ciencias sociales, la planificación estratégica, la comunicación social y la educación popular han constituido bases fundamentales para la elaboración de nuevos instrumentos de docencia, investigación y cooperación con las organizaciones e instituciones de la sociedad civil y del Estado. La misma experiencia de resistencia y lucha en salud por parte de nuestro pueblo nos ha permitido encontrar en nuestra historia y cultura los elementos fundamentales para el avance de nuestro pensamiento y acción (...). No solamente se necesitan conocimientos para aprehender la realidad, sino también se debe realizar una aproximación gnoseológica distinta con vistas a encontrar en la realidad – además de conocimientos -

saberes, deseos, sentidos, proyecciones de lucha y cambio, que constituyen también aspectos fundamentales de la acción humana”

La superación del biologicismo dominante, de la naturalización de la vida social, de la subordinación a la Clínica y de su dependencia del modelo médico hegemónico - cuya expresión institucional en las universidades es su subordinación funcional, política y administrativa a las facultades de medicina - representan elementos significativos para el marco conceptual de la Salud Colectiva. Se hace necesaria, por lo tanto, la identificación de una “nueva positividad” en la articulación de las dimensiones objetiva y subjetiva en el campo social de la salud.

CAPITULO IV:

SALUD Y TRABAJO SOCIAL

1. Conformación del campo profesional: orígenes

La gran incidencia de asistentes sociales en el área de salud merece algunas reflexiones. Según Souza Bravo, María Inés, Mello de Carvalho Paulo y Freire Silene; que expresan en el Modulo III: "Participación popular en salud" del Programa de formación Profesional del CELATS (1992)

"la vivencia de la muerte y los problemas de enfermedad en las clases trabajadoras son mayores que en las fracciones ligadas al capital, pues los desequilibrios del proceso salud-enfermedad atacan mucho más a los trabajadores y sus familias, que tiene una vida media inferior"

Dado que la salud ha sido un área significativa desde el punto de vista político y prioritario en la elaboración de políticas sociales, sus servicios también han tenido una distribución diferenciada, existiendo exclusión de diversas fracciones de la población, al acceso de los mismos.

El profesional del Servicio Social ha tenido históricamente, una práctica permeada por un discurso humanitario, que predominó en los orígenes de la profesión. En periodos posteriores, con la burocratización del Estado, asume un discurso modernizador, intermediando la relación entre las instituciones de salud y la población, para la racionalización de los servicios.

Es en este sentido que Gustavo Parra (2001) ubica en primer lugar el surgimiento del trabajo social como profesión en tanto respuesta a la "cuestión social", inscripto en la división social y técnica del trabajo –y siguiendo la tesis de Netto-, en relación genética con las peculiaridades de la sociedad burguesa en su organización monopólica. En segundo término vincula la práctica y justificación teórico-ideológica de la profesión con los compromisos sociopolíticos con el conservadurismo.

Las políticas de salud, en el capitalismo monopolista, con su desarrollo y expansión, encuentran en el Estado a su agente privilegiado. Siguiendo los planteos del módulo de formación para profesionales del CELATS (1992):

“Estas políticas no corresponden a la alteración significativa de las relaciones de producción. Se torna así importante resaltar que las políticas de salud, como todas las políticas sociales, no corresponden estrictamente a los intereses dominantes. Esta lectura tiene su fundamento en la concepción del Estado capitalista como un producto de la lucha de clases y, por consiguiente, como un Estado de clases que incorpora, necesariamente, las demandas de las clases subalternas. El estado, al excluir del poder a las clases trabajadoras, no puede dejar de considerar totalmente sus necesidades, como condición de su legitimación.”(Souza Bravo, María Inés, Mello de Carvalho Paulo y Freire Silene, 1992)

Más allá de las condiciones generales que determinaron la ampliación profesional en esta coyuntura, el "nuevo" concepto de salud, elaborado en 1948 por la Organización Mundial de la salud, enfocando los aspectos biopsicosociales, determinó la demanda de otros profesionales para actuar en el sector, entre ellos el asistente social. Este concepto surge de organismos internacionales, vinculado al agravamiento de las condiciones de salud de la población, principalmente en los países dependientes, y tuvo diversos desdoblamientos. Uno de ellos fue el énfasis en el trabajo en equipo multidisciplinario, como solución para suprimir la falta de profesionales, ampliar el abordaje en salud, introduciendo contenidos preventivistas y educativos; y crear programas prioritarios con segmentos de la población, dada la inviabilidad de universalizar la atención médica y social.

El asistente social, por sus características, consolidó su tarea educativa con la intervención normativa en el modo de vida de la "clientela", en relación a los hábitos de higiene y salud y actuó en los programas prioritariamente establecidos.

A partir de la década del 50, principalmente en Estados Unidos, surgen propuestas racionalizadoras en Salud, como la "Medicina Integral", la "medicina preventiva" y sus desdoblamientos a partir de los años 60, como la "medicina comunitaria".

Sin embargo, los centros de salud contaban, para el desenvolvimiento de sus actividades, con médicos, enfermeras y visitadoras. Los asistentes sociales no fueron absorbidos en este espacio sino mucho más tarde, en 1976. Los visitadores conseguían desarrollar las actividades que podrían ser absorbidas por la asistente social. Al respecto en su módulo de formación profesional refleja el CELATS:

“La participación popular en las instituciones y programas de salud sólo tuvo una repercusión mayor en la profesión en los trabajos de desarrollo de la comunidad. El Servicio Social Médico, como era denominado, no actuaba con procedimientos y técnicas del desarrollo de la comunidad, y si prioritariamente como servicio social de casos individuales; la participación solo era visualizada en la dimensión individual. (Souza Bravo, María Inés, Mello de Carvalho Paulo y Freire Silene, 1992)

La intervención en salud en los inicios de la profesión no escapa, entonces, a las determinantes históricas que le dieron origen. Es en esta dirección que Barreix sostiene que “La Asistencia Social fue una disciplina auxiliar de otras consideradas verdaderas profesiones: la medicina y el derecho fundamentalmente, a partir de la década de los 20’ de este siglo (...) se trata de las consabidas dos líneas tradicionales en la formación de asistentes sociales, la “para-médica” y la “para- jurídica” (Barreix, 2003)

En este apartado se hará una breve mención de los actores que según Parra Gustavo, tuvieron lugar en el período previo a la institucionalización del trabajo social argentino. Es decir, desde el último cuarto del siglo XIX hasta las tres primeras décadas del XX. Estos hechos, en la visión de este autor, moldearon la relación Trabajo Social/Salud.

1) El movimiento de los médicos higienistas: Surge a partir de los problemas generados por los procesos de urbanización e industrialización en el último cuarto del siglo XIX. Se centran en las condiciones de vida de los trabajadores, en cuanto a sus condiciones de trabajo, sus hábitos y sus costumbres. Se destacan las demandas de los higienistas hacia el Estado para que intervenga en los efectos de la cuestión social. En un principio, los higienistas estuvieron vinculados al ideario liberal, se dedicaron a las epidemias y enfermedades exóticas. Luego, en la década del 1890 el higienismo fue atravesado por el ideario socialista y el catolicismo social, en consonancia con esto se giró el centro de atención hacia las enfermedades infecto-contagiosas y los “vicios”. Se divide a los pobres entre: buenos pobres y pobres vergonzantes, se apunta a un nuevo modelo asistencial de disciplinamiento de la fuerza de trabajo, no ya desde lo represivo sino desde lo preventivo.

2) El catolicismo social: “Representa una corriente que proclama los ideales sociales-cristianos sustentados por la Iglesia católica.(...) Apuntaron al adoctrinamiento y fortalecimiento ideológico de sus militantes católicos (...), a la participación política (...) por ultimo a una intervención a nivel asistencial, dando respuesta a las múltiples manifestaciones de la cuestión social(...) las acciones desarrolladas por el catolicismo social se inscriben dentro del pensamiento conservador reformista” (Parra, 2002)

3) El movimiento obrero: Conformado por numerosas mutualidades y sindicatos. En él confluyeron distintas corrientes, las fundamentales fueron: el anarquismo, socialismo, sindicalismo revolucionario. Sus preocupaciones centrales fueron las condiciones laborales, el salario y la extensión de la jornada laboral. El Estado respondió a las movilizaciones obreras, a través de la represión (la “Semana trágica” es un claro ejemplo) pero también cediendo e impulsando modificaciones en la legislación obrera.

Rescatamos aquí el aporte de Parra (2002), quien finaliza su análisis afirmando que:

“ entre la posibilidad de construir una ciudadanía asentada en derechos inherentes a todos los seres humanos, las estrategias de la asistencia social pública se debatieron entre la reivindicación de la dádiva de la filantropía, el racionalismo y la centralización de los higienistas apuntando al disciplinamiento de la fuerza de trabajo, el nuevo ropaje que el conservadurismo católico adoptó proponiendo reformas para enfrentar la cuestión social y algunos intentos especialmente de socialistas por universalizar los servicios.”

2. El trabajo social hoy

De manera de ubicar el desempeño profesional del trabajador social en la actualidad, con todas sus implicancias, adherimos aquí a los lineamientos de Margarita Rozas Pagaza (2002) quien plantea que:

“Ante el actual panorama social, que ha generado cambios sustanciales en la vida cotidiana de los sujetos, el trabajo social tiene la tarea elemental de indagar sobre esa realidad para identificar los aspectos problemáticos que hacen a la relación sujeto-necesidad, así como para explorar las posibilidades de reconstrucción de solidaridades sociales, aprovechando los saberes cotidianos de los sujetos para enfrentar la lucha por la subsistencia. Es esta la riqueza actual de la profesión para enfrentar esa complejidad de lo social”

La autora expresa que el deterioro de las condiciones de vida de los sectores más pobres ha provocado que su vida cotidiana gire en torno a las estrategias de supervivencia. Según Rozas Pagaza la prolongación de la exclusión fue “debilitando la identidad y autoestima personal y colectiva, dificultando los procesos de organización y reivindicación.”

A nuestro juicio, este es el aspecto central que debe preocupar al trabajo social para el desarrollo del ejercicio profesional en esta coyuntura, aportando a “la

reconstrucción de actores sociales con identidad capaces de revalorizar sus prácticas sociales colectivas” (Op cit).

El trabajo social desde su acción tiene la posibilidad de incidir en la vida cotidiana de los sujetos con los que trabaja “promoviendo momentos de ruptura y crisis de esta supuesta normalidad de reproducción de relaciones sociales alienadas y enajenadas” (Op cit).

En la misma línea, rescatamos en este apartado las premisas sobre el ejercicio profesional que apunta Yolanda Guerra (1995) quien considera a la “instrumentalidad como categoría constitutiva de la profesión, pensada en los marcos de la racionalidad sustantiva: histórica, dialéctica y crítica.” Según Guerra:

“la instrumentalidad como la capacidad o propiedad que la profesión adquiere en su trayectoria socio-histórica, - construida en la confrontación entre las condiciones objetivas y de sus agentes profesionales y de los agentes sociales demandantes del ejercicio profesional - faculta a la profesión a convertirse en instrumento de atención de aquellas necesidades sociales que se traducen en demandas profesionales.”

La instrumentalidad del Trabajo Social como mediación es el espacio para pensar en los valores subyacentes a las acciones, en el nivel y en la dirección de las respuestas que estamos dando y por las cuales, la profesión es reconocida o cuestionada socialmente. Es por su instrumentalidad que pasan las decisiones y alternativas concretas, de individuos concretos, en situaciones concretas. Es por eso, que “en ella residen las posibilidades del pasaje del ser en sí de los hombres – ya que todo fin es siempre particular- para su generalidad, para los valores y las finalidades humano-genéricas”. (Óp. Cit.)

Pensar en las perspectivas para la profesión frente a una coyuntura de crisis, envuelve la búsqueda de salidas colectivas. No podemos negar o diluir las diversidades

económico-social, geopolítica, cultural e histórica de la profesión en espacios diferenciados.

En su libro Yolanda Guerra cita a Netto rescatando la categoría de “intensión de ruptura” que a nuestro entender “posibilita a los profesionales comprender y rescatar la dimensión emancipadora de la instrumentalidad del ejercicio profesional y la vinculación de éste a los intereses de la clase trabajadora tornando al trabajador social además de un agente técnico especializado, (...) un protagonista volcado para el conocimiento de sus papeles socio-político y profesional, envolviendo exigencias teóricas más rigurosas”(Netto, 1999).

Por todo lo dicho creemos que el desafío del trabajo social hoy como profesión radica en superar las viejas prácticas conservadoras y en particular en el campo de la salud superar la instancia de ser una disciplina auxiliar (de la hegemonía médica) realizando una intervención crítica y transformadora. El objeto de intervención no es una realidad dada, sino que es una construcción teórica que debe dar cuenta de la interrelación de los fenómenos que interactúan en el complejo salud-enfermedad atendiendo a las condiciones de reproducción material y simbólica de los sujetos y de la institución en la cual trabajamos.

De esta manera podremos tener un Trabajador Social que sea un intelectual que sepa hacer una lectura de la realidad y también perciba las posibilidades de acción que emergen del ella, que sea crítico, comprometido con valores colectivos y competente técnica y políticamente. En tanto, a nuestro entender, no hay soluciones individuales. Por eso, cualquier alternativa de enfrentar los dilemas actuales, pasa por la realización de un proyecto profesional viable, cuyos valores rescaten “la perspectiva de universalización de los derechos humanos”. (Yolanda Guerra, 1995).

CAPITULO V:

CONCEPTO DE SALUD ENFERMEDAD

1. Salud/Enfermedad/Atención

Como ya señalamos, los conceptos de salud y enfermedad que las distintas disciplinas del campo de la salud y de las ciencias sociales manejan, estuvieron atravesados por los distintos estadios del desarrollo del capitalismo y viabilizaron prácticas funcionales a la reproducción del mismo.

En primer lugar se especifica que la concepción a la que se adhiere en este estudio de acuerdo a su perspectiva ideológica y epistemológica, coincide con la mirada del concepto de salud/enfermedad/atención como proceso. En este sentido Eduardo Menéndez sostiene que:

“El proceso salud-enfermedad-atención constituye un universal que opera estructuralmente –por supuesto que en forma diferenciada- en toda sociedad, y en todos los conjuntos sociales estratificados que la integran. Aun cuando ésta es una afirmación casi obvia debe subrayarse que la enfermedad, los padecimientos, los daños a la salud constituyen algunos de los hechos más frecuentes, recurrentes, continuos e inevitables que afectan la vida cotidiana de los conjuntos sociales. Son parte de un proceso social dentro del cual se establece colectivamente la subjetividad: el sujeto, desde su nacimiento –cada vez más medicalizado- se constituye e instituye, al menos en parte a partir del proceso s/e/a.” (Menéndez, 1994)

Se suscribe aquí a los lineamientos planteados por Breilh Jaime, quien expresa desde una perspectiva dialéctica, "la salud no es primordialmente individual subjetiva contingente, ni primordialmente colectiva objetiva determinada. Es siempre y simultáneamente el proceso de génesis y reproducción que hace posible el concurso de procesos individuales y colectivos que juegan y se determinan mutuamente" (Breilh, 2003)

Desde esta perspectiva, la salud es multidimensional en varios aspectos: "Como proceso se realiza en la dimensión general de la sociedad y en la dimensión singular de los individuos y su cotidianidad." (Op cit)

Incorporamos la concepción de Ferrara, que incluye la noción de proceso socio histórico y la necesidad de transformación para lograr una mejor calidad de vida, en tanto que afirma que "la salud tiene que ver con el continuo accionar de la sociedad y sus componentes para modificar, transformar aquello que deba ser cambiado y permita crear las condiciones donde a su vez se cree el ámbito preciso para el óptimo vital de esa sociedad". (Ferrara Floreal, 1985).

Esta concepción permite reubicar a la salud dentro del ámbito de responsabilidad estatal y por ende le concede carácter de derecho individual que debe ser ejercido, noción que nos permite centrar la mirada en la interacción entre Estado (como garante de los derechos individuales) y sociedad civil. Esto otorga los fundamentos para entender la participación comunitaria.

En la misma dirección, La epidemiología crítica adhiere a una concepción diferente a la del modelo médico hegemónico. En este sentido Ageitos y Laplacette citan la definición que sobre el proceso Salud/Enfermedad/Atención realiza Breilh:

“Desde una perspectiva socio-epidemiológica, el proceso salud enfermedad atención es un proceso que, en el dominio de lo singular, representa las contradicciones suscitadas entre las defensas fisiológicas y las capacidades reactivas de cada sujeto y su fisiopatología y vulnerabilidades. Este proceso está subsumido en otros de mayor nivel de determinación que son los procesos generales de la estructura política e ideológica y que a la vez, están mediatizados por procesos de nivel intermedio, como los familiares y los de género.” (Ageitos, Laplacette, 2004)

Desde el punto de vista marxista se plantea la posibilidad de cambio desde la realidad concreta en la cual el sujeto individual y colectivo se presenta. En este sentido la configuración salud/ enfermedad forma parte de estas circunstancias que anteceden a

las personas. Es desde esas circunstancias que trasmite el pasado, que se pueden generar caminos alternativos. De Souza Minayo sostiene que:

“cuando, desde el punto de vista marxista, abordamos la cuestión de la salud / enfermedad, así como la medicina y las instituciones médicas, estos fenómenos son colocados en relación con la totalidad social y con cada una de sus instancias dentro de la especificidad histórica de su manifestación. Salud / enfermedad pasan a ser tratadas no como categorías ahistóricas, pero sí como un proceso fundamentado en la base material de su producción y con las características biológicas y culturales con las que se manifiesta” (De Souza Minayo, 1997)

Pero es interesante rescatar los aportes que desde la corriente marxista se dieron en el campo de lo cultural y simbólico. La diversidad y complejidad de fenómenos con que nos encontramos cuando ejercemos nuestra intervención en el campo de la salud, dejan en evidencia la necesidad de incorporar otras variables en el análisis. De esto habla Eduardo Menéndez cuando incorpora las mencionadas categorías de hegemonía y subalternidad “La introducción más reciente del referencial gramsciano en el conocimiento del sector (de salud) ha hecho evolucionar una línea de pensamiento que combina mejor el análisis de las estructuras con el dinamismo propio de las relaciones y representaciones sociales “(De Souza Minayo, 1997)

2. Sistema de Salud en Argentina

En este apartado se hará una breve mención del comportamiento del sistema de salud en nuestro país desde el Estado de bienestar hasta la fecha. La estructura sanitaria que se desarrolló entre 1945 y 1955 dejó su impronta en el modelo de salud argentino: acorde con el advenimiento de un modelo económico basado en el desarrollo industrial hacia dentro, se incorporó fugazmente desde el Estado, de la mano del médico sanitarista Ramón Carrillo, la concepción integral de la salud que consideraba a la pobreza como la mayor causa generadora de enfermedad. El modelo socio económico

que prevaleció tras la caída del gobierno constitucional en 1955 fue generando una progresiva desarticulación de las políticas socio sanitarias que amparaban a los sectores más desprotegidos y que sostenían la visión integral, protectora y preventiva de la salud.

Cuando en 1978 la Conferencia Internacional de Alma Ata propuso a la Atención Primaria de la Salud como la estrategia central para alcanzar el objetivo de salud para todos, en nuestro país gobernaba una dictadura militar y se ponía en marcha un proyecto político que sostenía un modelo económico, después conocido como "neoliberalismo" que pondría fin al llamado "Estado de bienestar". En cuanto a la salud este modelo iba a ser antagónico a la idea de un sistema de salud racional e igualitario. Con el cierre masivo de las industrias, la crisis del sector del trabajo y la de financiación de las obras sociales, millones de trabajadores quedaron sin cobertura y debieron acudir al sector público que se vio desbordado por haber sido, además, sistemáticamente vaciado. Así la tendencia fue (con la excepción del ATAMDOS un plan revolucionario en atención primaria impulsada en 1987 por el entonces ministro de salud Floreal Ferrara) mercantilizar la asistencia, bajo un enfoque exclusivamente "prestacional y precarizado" con el deterioro progresivo que se profundiza en la década del '90 con la mercantilización de los derechos sociales que generó que sectores y grupos vulnerables de la población que no pudieron acceder a los beneficios de la seguridad privada, encuentren en las instituciones públicas el único medio para satisfacer sus necesidades, de salud, educación, alimentación, entre otras. Del mismo modo, se incrementa a la vez en forma progresiva el desempleo, la pobreza, la inequidad, la disparidad en la distribución de los ingresos, generándose una gran inestabilidad económica, social y política.

Por lo tanto la inequidad producto de los desajustes económicos y políticos acentuó la exclusión y marginalidad de vastos sectores de la población, dejando a estos sin la cobertura esencial de sus necesidades básicas.

Durante el neoliberalismo de la década del 90' los grupos económicos que hacen negocios con la salud con la complicidad de los gobiernos de turno se fueron apropiando del sistema de salud desplazando al Estado (mediante las descentralizaciones municipales y reducción de presupuesto) en un área que debe responder al bien común y no a la lógica individual y competitiva del mercado. En gran medida la atención de la salud se fue planteando cada vez más como un negocio para pocos y no como un derecho de todos.

Aquello se traduce en que el derecho de las poblaciones con escasos recursos a un servicio de salud eficiente, ha sido maltratado y postergado tantas veces, que inclusive en ello se han jugado vidas humanas, cuando la necesidad no atendida se ha convertido en fatal.

En razón de esta realidad, que caló hondamente en nuestras sociedades, es que la concepción de acceso a los servicios fue durante mucho tiempo entendido como el deseo del ciudadano de obtener servicios efectivos y no como la necesidad y responsabilidad de procurarlos por parte del Estado.

3. Atención primaria de la salud

En 1978 en la ex URSS se da una conferencia internacional sobre cuidados Básicos en Salud, que aprueba la "famosa" declaración de Alma Ata que propone que los gobiernos participantes debían elegir la estrategia de la Atención Primaria como la más adecuada para alcanzar la meta de Salud para todos en el año 2000, asumida un año antes en la Asamblea Mundial de la OMS. Al respecto refiere el CELATS que “Este

consenso expresa la preocupación común frente al alto grado de desigualdad de las condiciones de salud y de acceso a los servicios, entre los países, y a su interior, entre ricos y pobres.” (Souza Bravo, María Inés, Mello de Carvalho Paulo y Freire Silene, 1992)

Esta propuesta de Atención Primaria y su extensión del acceso a los servicios de salud de los sectores excluidos del consumo de esos bienes a través de la utilización de una tecnología de salud simplificada, podría considerarse una continuidad entre las propuestas reformadoras de la asistencia médica, especialmente la medicina comunitaria.

La asociación entre la expresión comunitaria, primaria, básica, simplificada y pobreza no es casual. Revela una crítica a la irracionalidad del modelo de atención a la salud vigente para los ricos en los países capitalistas ricos (privatizado y tecnológicamente sofisticado), imposible de ser extendido a la mayoría de la población pobre de todos los países.

La Declaración de Alma Ata define la Atención Primaria de la Salud como:

”Los cuidados esenciales basados en métodos prácticos, científicamente bien fundados y socialmente aceptables, con una tecnología de acceso universal para los individuos y sus familias en la comunidad, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en cada fase de su desarrollo, dentro del espíritu de autoconfianza y autodeterminación.”

Integra las siguientes dimensiones:

- **Integralidad y Equidad:** enfatiza la necesidad de un desarrollo integral de la salud. Va más allá de una visión sectorial, hacia una dinámica convergente para el desarrollo local y nacional en la superación de la pobreza y elevación de la calidad de vida cotidiana. Implica una dimensión de justicia social como la equidad en la distribución de los medios para generar ingreso, en una distribución de riqueza productiva y de una distribución de los medios para

decidir en el poder político. En esta perspectiva, como la atención primaria de la salud debe ser parte de un sistema nacional de salud, debe constituirse en la estrategia principal de prestación de asistencia sanitaria de este sistema. Integrando un sistema más amplio de asistencia, que disponga de servicios de salud más complejos. Esta jerarquización de los servicios existirá en la medida en que sea posible el acceso, a los niveles superiores, de los problemas que no pueden ser resueltos en el primer nivel. Implica universalizar, progresivamente, la cobertura de atención de la salud, incluyendo el acceso a los bienes de consumo necesario (agua, desagüe, alimentos, vacunas, remedios, etc.), como estrategia para mejorar el patrón sanitario de los pueblos y, principalmente, de todos los pobres.

- Debe caracterizarse por una asistencia sanitaria recuperativa, accesible, basada en tecnologías apropiables, con un costo que no vaya en detrimento de la economía de las familias y del país.

Requiere la realización, por lo menos de las siguientes acciones de salud:

- ✓ Educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes.
- ✓ Abastecimiento de alimentos y de una nutrición adecuada
- ✓ Abastecimiento adecuado de agua potable y de saneamiento básico
- ✓ Asistencia materno-infantil
- ✓ Planeamiento familiar
- ✓ Inmunización contra las principales enfermedades infecciosas
- ✓ Prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales
- ✓ Tratamiento apropiado de las dolencias y traumatismos comunes
- ✓ Aprovechamiento de medicamentos esenciales

- Participación: esta dimensión, señala que “son los individuos y las comunidades los que deben tomar en sus manos la gestión de soluciones en salud, dado que revaloriza el protagonismo de los actores populares, porque contiene un carácter de acción e implica un nivel de poder para que sus decisiones se efectivicen.” (Celats, 1992).
- El documento propone, que el nivel primario sea definido, geográficamente, de tal manera que permita la solución de los principales problemas de salud de la comunidad (población local), estableciéndose una estrecha vinculación del personal de salud con la comunidad. Enfatiza en la participación de la comunidad, sin perjuicio de la responsabilidad de los gobiernos en la salud de la población. Por lo tanto recomienda la creación de los medios adecuados para fomentar la participación, en la planificación, ejecución y control de las actividades de salud y de desarrollo social. Recomienda, también, que en la definición de las estrategias orientadas a la promoción de la participación, se consideren las particularidades culturales y sociales, así como las propias del sistema político de cada país. Además, se deben adoptar medidas legislativas y presupuestarias adecuadas para que los individuos y las comunidades participen efectivamente de las decisiones sobre políticas de salud. Para que la población pueda asumir las responsabilidades de la participación, ella debe disponer de la información adecuada, proporcionada por los profesionales de la salud.

Según relata el Centro Latinoamericano de Trabajo social en su módulo de formación para profesionales, la estrategia central de esta propuesta es el fortalecimiento y el desarrollo de las acciones en la base del sistema de salud, en el nivel más inmediato de atención y asistencia a la salud. Por eso el énfasis en lo

comunitario y local, pues es a este nivel que se pueden diagnosticar mejor los problemas de salud y desarrollar acciones compatibles. "En este sentido se recomienda que el sistema de salud negocie con los usuarios (la comunidad) la definición de las políticas, principalmente las de nivel local (...) Se considera que sin la adhesión de ellos no es posible mejorar sus condiciones de salud. Esta negociación, unida a las estrategias de desarrollo de los usuarios (comunitarios) en la ejecución de acciones simplificadas (agente de salud) constituye la esencia de la concepción de participación comunitaria." (Souza Bravo, María Inés, Mello de Carvalho Paulo y Freire Silene, 1992: 38)

Para finalizar la revisión de lo que fue la Atención Primaria, necesariamente debemos concluir admitiendo que la APS sólo quedó en una hermosa declaración de principios revolucionarios y que ahora es preciso pasar a la concreción de los mismos, analizando primero los motivos del fracaso.

CAPITULO VI:

PARTICIPACION SOCIAL: HISTORIA Y APROXIMACION TEORICA

1. Aspectos conceptuales sobre participación social

Es preciso aclarar que por participación popular no se está entendiendo un “concepto único, libre de contradicciones, incoherencias, polémicas e impropiedades de carácter teórico con serias consecuencias prácticas.” (Celats, 1992) Al contrario, los análisis de las propias experiencias en esta dirección, no sólo de servicio social, en diferentes momentos históricos de nuestro continente, han demostrado que muchas veces lo que se encuentra son posicionamientos ideológico-prácticos frente al término, “lo que genera una acumulación de ambigüedades y equívocos que, en lugar de esclarecerlo, lo hace cada vez más vago y oscuro” (Óp.Cit.)

La participación es un proceso dinámico, oscilante que se puede definir de acuerdo a las características del contexto social y político del momento en que se realiza. Además adquiere diferentes sentidos si se la considera como fin en sí misma, o como medio para lograr ciertas metas. Siguiendo a Díaz Bordenave J. (1985) en su libro “Participación y sociedad” respecto a esta categoría expresa:

"También se podría decir que los diferentes niveles de participación prefiguran el sentido que los actores involucrados le dan a la participación. Estos niveles son, partiendo del más bajo al de mayor grado: información, consulta facultativa, elaboración y recomendación de propuestas (iniciativa), fiscalización, concertación, co-gestión y toma de decisiones, y la autogestión"

Para la autora, la participación puede ser aprendida y perfeccionada por la práctica y la reflexión. En el mismo sentido, González E. (1996) plantea en su “Manual sobre la participación y organización para la gestión local” que:

“La calidad de la participación aumenta cuando las personas aprenden a conocer su realidad, a reflexionar, a distinguir efectos de causas, observaciones de inferencias y hechos de juicios de valor, cuando aprenden a manejar conflictos y respetar opiniones, cuando aprenden modalidades de organización y acción coordinada. La educación para la participación se basa en el concepto de praxis: donde se combinan la práctica, la técnica y la teoría como reflexión.”

Desde un enfoque basado en la educación popular se expresa que los tipos y variantes de participación se relacionan directamente con los objetivos del proceso participativo, existe para estos autores una graduación que va desde la manipulación a una facilitación no comprometida, hasta la participación en la perspectiva de concienciar y aumentar el poder que las personas tienen sobre sus vidas y sus recursos. Esta última implica que las personas detentan completamente el poder y mantienen el control del programa de acciones. “El empoderamiento se alcanza mediante la concientización, la democratización y la solidaridad, caracteriza los procesos autónomos de movilización para alcanzar cambios estructurales políticos y sociales.”(Óp.Cit.)

Además, la participación social “ha sido considerada como norma para realizar una tarea conjunta” (Óp. Cit.); Como “esfuerzo organizado para incrementar el control sobre los recursos y las instituciones reguladoras en situaciones sociales dadas” (Wolfe M, 1984); como «empoderamiento» de la comunidad local mediante un proceso a través del cual grupos de población que carecen de acceso equitativo a recursos valorados, ganan control (poder) sobre esos recursos. Se adhiere aquí a los lineamientos planteados por Viché M. (1989) que en sus “Apuntes para la Participación Democrática desde el País Vasco Valenciano” expresa:

“La participación como empoderamiento implica interacción, respeto mutuo, reflexión crítica, acción grupal, compromiso, influencia e información, y, por tanto, para poder participar efectivamente se requiere acceso real a la educación, a la información, a las actividades sociales y políticas y a la

tecnología. La participación también se entiende como actitud de solidaridad, de diálogo y preocupación por la gestión de la vida colectiva. Actitud democrática de quien gobierna, que permita escuchar a los ciudadanos, darles protagonismo en la vida de las instituciones democráticas.”

Además,” la participación se define como actividad organizada por parte de un grupo, con el objeto de expresar necesidades, demandas, de defender intereses comunes, de influir de manera directa en los poderes públicos ganando así poder político.”(Schutter A., 1986)

Siendo muchas las definiciones teóricas del concepto, todas poseen en común el reconocimiento del control político que se puede alcanzar si se participa de manera autónoma, consciente y organizada.

La cuestión de la participación en el cuadro de las sociedades capitalistas (principalmente en los países de la periferia), por si sola, permite innumerables interpretaciones, siendo tradicionalmente tratada de forma ambigua y oscura, no tan solo por aquellos que buscan crear espacios de participación popular desde el punto de vista utilitarista, como generalmente lo hacen las políticas sociales de las sociedades en cuestión. "También por el lado de aquellos que de forma ingenua, espontánea e independiente, afirman la autenticidad de las acciones colectivas muy ufanamente y encaran la participación popular como una forma de participación alternativa (...) estas últimas niegan la posibilidad de trabajar o aprovechar las contradicciones inherentes a cualquier propuesta oficial, con lo que acaban reforzando la dicotomía entre lo popular y lo estatal"(Celats, 1992:14 y 15). Lo que a su vez en definitiva, según nuestra perspectiva, alimenta el discurso y la práctica de no responsabilidad del Estado en incorporar las demandas populares.

Según Elimar Nascimiento (1986), para el liberalismo "la participación es asumida como un bien en sí mismo, y no un camino para que se obtengan resultados que se condigan más con los intereses de los actores envueltos en el proceso (...) así, el individuo, casi siempre, acaba participando de resoluciones previamente elaboradas". En este aspecto, es lícita la afirmación de que la participación asume el carácter de mercancía y consumo.

1. Servicio Social y Participación Popular:

En relación con el Servicio Social, podemos decir que la cuestión de la participación no es reciente. Esto porque ya en sus orígenes se plantea la necesidad de "llevar a las personas con las cuales se trabaja a formar parte del proceso desencadenado, en el sentido de la obtención de determinados resultados que a ella conciernen (...) desde el principio de su práctica, los asistentes sociales consideran la participación del cliente en el proceso, no sólo como un principio de valor, sino también como una estrategia de acción"(Baptista Myriam Veras, 1987: 84)

Es a partir de los años 50, cuando esta práctica que había emergido de una propuesta vocacional orientada por el catolicismo, se dirige rápidamente, hacia la vía de la profesionalización (la demanda por sus servicios se institucionaliza, la profesión es legalizada, adquiriendo un status que le permite su identificación como un cuerpo profesional) y junto a ello es penetrada de forma más nítida por el pensamiento liberal norteamericano.

Es en este contexto, que Baptista (1987) señala en su publicación de "La participación como valor y como estrategia en servicio social" que:

“El abordaje de la participación se relaciona con esa concepción liberal, que rescata el elemento ético de la libertad individual y la noción de que hay en cada hombre un potencial de progreso personal. Y coherentemente, considera que es en el conjunto de las instituciones sociales donde él va a encontrar las condiciones necesarias para su desarrollo”

En el transcurso de esta década (1950), debido a las consecuencias de la post-guerra, la cuestión desarrollo/subdesarrollo adquirió inmenso valor. En este escenario, la expansión de la ideología desarrollista hace que la cuestión de la participación gane extrema importancia. La participación pasa a pertenecer al espacio programático, o más precisamente, al planeamiento para el desarrollo.

"Con todo, como Safira Ammann señaló, en 1974, durante la XVII Conferencia Internacional de Servicio Social, en Nairobi, Sugata Dasgupa ya denunciaba ese esquema de participación por ser destinado a legitimar el proceso de formación de elites y de utilización de personas como herramientas para el desarrollo".(Celats., 1992: 21)

Al enfatizar el hecho que la participación popular no es un concepto único, libre de ambigüedades (lo que históricamente puede ser comprobado cuando consideramos las formas como ha sido utilizado por los sectores dominantes que a través de la cooptación y manipulación de las clases y capas subalternas, buscan atenuar los conflictos de clase) no con ello estamos subestimando las luchas desarrolladas por los procesos históricos de las clases dominadas, las cuales han conseguido crear espacios propios, autónomos, de participación social y política. Espacios estos, que en muchas ocasiones acaban constituyendo la base para la formación de los movimientos sociales populares, que propician aprendizajes de participación capaces de incidir en los programas generados por los Estados, garantizando sus intereses de clase y afirmando su propia identidad.

Retomando la cuestión de la dicotomía planteada líneas atrás, entre lo popular y lo estatal, esta puede ser interpretada tal como lo define Sandra A. Barboza Lima (1979) en su libro “Participación social y cotidianidad”, como:

"Una dicotomía establecida entre la participación activa (entendida como la participación en las decisiones del aparato institucional) y participación pasiva (entendida como la participación en los bienes y servicios de la sociedad), otorgándosele a la primera forma una mayor importancia y atribuyéndose al asistente social la función de activar principalmente esa forma de participación".

En síntesis, la postura crítica que defendemos frente a las propuestas de participación popular que los programas oficiales en la mayoría de las veces intentan promover, no significa que estemos negando la importancia de estos espacios oficiales. Al contrario, creemos que solamente esa posición es capaz de propiciar a los profesionales la posibilidad de generar acciones capaces de revertir las propuestas oficiales de participación (si fuera necesario) en el sentido de garantizar los verdaderos intereses de las clases y capas subalternas.

2. La participación popular en la renovación del pensamiento político democrático

La centralidad adquirida en los últimos dos decenios por la participación popular en la renovación del pensamiento político democrático latinoamericano (cuya tónica de abordaje se refiere frecuentemente a la cuestión de la resistencia política presente en las luchas de los sectores populares y clases subalternas) ha demostrado que la lucha por la participación en cuanto forma de resistencia de los sectores populares contra el sistema, posee una importancia que no cabe subestimar. Sobre todo porque han insertado la participación en el ámbito de una participación política ampliada.

En 1977 algunos sociólogos docentes del instituto de Estudios Latino Americanos de la Universidad de Berlín, señalaban que en los últimos años habían cambiado profundamente los condicionantes de los conflictos sociales en América Latina. Los aparatos represivos estatales, que asumieran la tarea de imposición de las estrategias económicas, limitaron fuertemente los canales tradicionales de articulación política, tales como los partidos y los sindicatos. En consecuencia, observaban los sociólogos,

"Se necesita buscar nuevas formas de expresión y resistencia social, tanto en el contenido como en las modalidades de organización. Por tanto, para analizar y entender los procesos sociales en América Latina, es preciso tener en cuenta las formas no tradicionales de resistencia social." (Celats, 1992)

Por eso, es preciso aducir que la temática de la participación popular, en el contexto arriba mencionado, no fue inventada nuevamente ni redescubierta por los científicos sociales, o por nosotros los asistentes sociales.

"Fue reinventada y redescubierta por los movimientos de masas, los cuales le atribuyeron un nuevo significado, distinto a los moldes proporcionados por la doctrina liberal. Movimientos estos, que en varios sectores, en diversos momentos y diferentes batallas desarrollaron y están desarrollando una crítica de hecho a las democracias restringidas que nos acompañan en nuestras sociedades a través de la historia, y también a las organizaciones políticas clásicas que las legitimaran." (Óp.Cit.)

Tal como lo expresa Pedro Jacobi, no debemos olvidar que al optimismo predominante en la década del 70 y la posibilidad de ampliar el nivel de participación de los sectores más desheredados de la población en el contexto de los gobiernos de oposición iniciados en 1983, se sucede una decepción, porque: Con el ascenso de los gobiernos democráticos en 1983, se verifica que la posibilidad de cambio no corresponde a las expectativas, tanto en el plano de la participación popular cuanto en

el plano de las realizaciones, lo que provoca un reflujo en los movimientos. Los golpes vivenciados en nuestra historia, demuestran que los retrocesos son siempre posibles.

No podemos dejar de considerar que la acción de los movimientos sociales tiene efectos políticos institucionales, comprobados por el proceso histórico, los que hacen que no sea tan solo el estado el que se modifique, sino también que los propios movimientos se transformen.

Según el mismo autor, los movimientos sociales, en su mayoría, no siempre presentan demandas de institucionalización innovadora de la representación social, más si "configuran inequívocamente demandas de ciudadanía social estructuradas en forma diferenciadas y determinadas por el proceso de revalorización de la democracia (...) ignorar estos aspectos es negar que los movimientos sociales son parte de un todo y solo en él se entienden, así como solo se desarrollan y adquieren sentido político en él." (Jacobi Pedro, 1991)

3. Servicio social en salud y la participación popular:

Podemos decir que siempre estuvo presente en el Servicio Social la cuestión de la participación, sea desde un punto de vista más conservador, sea a partir de una visión más crítica.

A mediados de la década del sesenta, aparecen propuestas en esta última dirección, pero las mismas no consideraban la posibilidad de articular una participación más crítica en el interior de los espacios institucionales. Solamente a mediados de la década del setenta, el Servicio Social amenaza con madurar tal propuesta.

El movimiento de Reconceptualización (1965) y El Centro Latinoamericano de Trabajo Social (CELATS), contribuyeron en la divulgación y construcción de una nueva propuesta teórico-práctica, que cuestionaba las demandas oriundas del poder, procurando develar la realidad y analizar la profesión no solo en relación con los métodos y técnicas, sino fundamentalmente en relación a las fuentes de reconocimiento del Servicio Social, orientándolo hacia el establecimiento de vínculos orgánicos con las clases trabajadoras. En este sentido, “el mencionado movimiento significó la búsqueda y construcción, por primera vez en el acontecer de nuestra profesión, de una forma de acción social disfuncional al paradigma vigente, o sea, antagónica y superadora de lo que hasta ese momento había sido el Servicio Social y antes de éste, la Asistente Social.” (Barreix Juan B., 2003: 29)

En esta década, en Brasil, la cuestión de la participación en el sector salud y el papel de los asistentes sociales en su promoción es discutida por Nicoletti (1979), presentando juicios críticos a la planificación en salud, de matriz racionalizadora, ejecutada por la tecnocracia, la que no visualiza las causas estructurales, lo que termina teniendo como consecuencia el no responder a las necesidades de la salud de la población.

A juicio de la autora, la participación es enfatizada como estímulo para que los individuos, a nivel local, asuman una nueva actitud de integración. Sin embargo, el control de las actividades de los programas por los beneficiarios es propuesto, pero en términos idealistas, con reserva de que no intervengan en la planificación de nivel nacional.

La comprensión de esas contradicciones es destacada por Nicoletti (1979), "como condición fundamental para que los técnicos que actúan en el sector perciban las

necesidades de la población bajo la óptica de esta última, y coloquen sus conocimientos y prácticas en la retaguardia de las aspiraciones auténticamente populares.”

El servicio social en salud en esta década, no consiguió alterar la orientación de los proyectos de acción profesional. La práctica profesional continuó siendo orientada por la dirección "modernizadora", con una acción predominantemente "rutinaria", burocratizada, empirista, con énfasis en la racionalidad y selectividad. Las condiciones de vida y trabajo como fundamentales para la salud no fueron valorizadas bien como se hiciera con la participación popular.

Al inicio de la década del 80, se han logrado algunos avances con referencia a la práctica profesional, derivados de la movilización de la sociedad y su repercusión en la profesión. Sin embargo, estos adelantos no prosperaron.

En la segunda mitad de la década del 80, el debate en torno a la participación popular en el área de salud se presenta en una situación diferenciada, como resultado del saber acumulado en esta dirección. Tal es así, que En el V y VI congreso Brasileño de Asistentes Sociales, fueron presentadas tesis relativas a la salud, la mayoría de las cuales tenían un contenido crítico y analizaban alternativas para la actuación profesional en las instituciones de salud y en los movimientos populares. En ellas se sugerían como estrategia de acción:

- ❑ La defensa del derecho a la salud.
- ❑ La participación del usuario en la institución y en la elaboración de programas.
- ❑ La actuación en equipos interprofesionales
- ❑ La valorización del saber popular y el rescate de la experiencia cultural del ciudadano;

- La articulación con movimientos populares.
- El reconocimiento de la vinculación entre el problema específico del fenómeno salud /enfermedad y la condición socio-económica que lo genera.

Hacia fines de la década del ochenta, según un informe del Celats. (1992), en el VI congreso de Asistentes Sociales en Brasil, fueron presentadas nuevas tesis referentes a la cuestión de la salud y Servicio Social. Ej.: “La práctica profesional en salud: una cuestión política” (Tesis 13, autores del estado de San Pablo); “Un desafío profesional: Política social, Salud y movimientos populares” (Tesis 15, autores de rio de Janeiro).

“En estas se puede percibir que la practica en salud es concebida como una tarea política, no pudiéndose ignorar los intereses de clase, debiendo la intervención vislumbrar las causas de las enfermedades, develando sus determinantes socio-históricos y contribuyendo, junto a la población, al desarrollo de acciones que procuren nuevas condiciones de vida”.

En síntesis, se cuestionaron las prácticas tradicionales, resaltando la necesidad de superar los dilemas de la práctica cotidiana a través del análisis de los determinantes sociales de la salud y se procuró explicitar alternativas de acción que lograsen la mejoría de las condiciones de vida y salud. El concepto de salud utilizado en la mayoría de los trabajos, estuvo relacionado a las condiciones de vida y trabajo. Se percibe en ellos el esfuerzo de los profesionales por trazar estrategias y técnicas profesionales, enfatizándose la participación de los usuarios en la gestión de los servicios públicos y la articulación con los movimientos sociales.

Según el Centro de estudios de Trabajo Social, han habido cuestionamientos levantados por algunos Asistentes Sociales con relación al significado de estos espacios de participación institucional, los que enfatizan en el aspecto de la legitimación de los mismos, señalándose que no deberían ser estimulados, y planteando como alternativa, la

búsqueda de canales autónomos para el movimiento popular. Esta visión que ya fue citada líneas arriba dicotomiza, a nuestro entender, la realidad; negando la posibilidad de ocupar los espacios públicos, lo que es fundamental en la perspectiva de su modificación y transformación. Desde esta perspectiva resaltamos que lo importante es reconocer la naturaleza contradictoria de las diversas fuerzas que ocupan estos espacios, participando en los mismos, en vistas a producir una alteración desde adentro de las políticas sociales y en especial de salud.

Se adhiere aquí a la idea de que la estrategia de total autonomía, impide el control por parte de los usuarios de las políticas institucionales. El profesional comprometido con las luchas populares, debe conocer la correlación de fuerzas e intentar alterarlas en conjunto con sus aliados.

A partir de lo expuesto, se puede percibir que el papel del asistente social en la salud se encuentra impregnado por la cuestión de la participación, aun cuando ella no aparezca de forma explícita. Al analizar los aspectos teóricos- metodológicos significativos que orientan las prácticas cotidianas de este profesional, se percibe dos dimensiones básicas para hacerle frente a la participación popular.

La primera de ellas, remite al Servicio Social profesional, teniendo como referencia al funcionalismo que tiene por objetivo la integración del cliente a la institución de salud, y, por consiguiente, la adaptación del mismo a las rutinas y normas institucionales. Esta perspectiva es fruto del conservadorismo burgués que busca el mantenimiento del statu quo.

La segunda dimensión, se inicia con el movimiento de Reconceptualización en América Latina, teniendo como referencia al marxismo, y pretendiendo romper con los

moldes tradicionales de intervención del asistente social. Esta perspectiva, consecuentemente, tiene una percepción de la participación popular diferenciada de la anterior pues defiende la universalización de los servicios de salud como un derecho en el ejercicio de la ciudadanía.

En esta perspectiva, el Trabajador Social busca modificar la correlación de fuerzas al interior de las instituciones de salud, transformando su estructura y vinculándola a los intereses de las clases trabajadoras.

En su práctica con la población usuaria de las instituciones de salud, el profesional busca desencadenar un proceso de reflexión sobre los problemas de salud que ella trae, procurando la identificación de las determinaciones coyunturales y estructurales de cada situación, con el propósito de vincularla con los procesos organizativos de la sociedad civil, participando de los movimientos ya existentes y creando aquellos otros que se hicieren necesarios. Se considera que los problemas de salud de las poblaciones no son de naturaleza individual, sino colectivamente generados por las relaciones sociales de producción, debiendo su enfrentamiento darse a través de procesos colectivos.

Para finalizar el presente análisis, se intentará una aproximación a la ubicación actual del sector salud frente a la participación social, observando las estrategias fundamentales del sector y su posición frente a aquella:

1- Recuperación: Constituye tradicionalmente el quehacer fundamental del sector. La participación de las personas aquí se basa en reacciones individuales expresadas en solicitud de servicios ofrecidos por profesionales. Este tipo de actividad tiende por su naturaleza, a estimular una visión individualizada de la salud y a promover una actitud dependiente (usuarios de servicios) por parte de los individuos.

2- Prevención de la enfermedad: Esta ha enfrentado históricamente algunas dificultades en lo que se refiere a su enfoque en relación con la participación social. Por una parte, la sociedad ha desarrollado una noción inmedatista de la salud, orientada hacia la consecución de beneficios inmediatos palpables.

Por otra parte, los alcances de la estrategia se han visto limitados por el énfasis puesto en transmitir cierto tipo de información a veces compleja y técnica acerca de enfermedades que pueden llegar a atemorizar a la población, lo cual no solamente es inadecuado en cuanto a la intención de cambiar las conductas sociales sino que, además, al orientarse de esta forma tienden a ir en contra de la participación social, pues generan dependencia y no consiguen aumentar la capacidad de la comunidad para tomar decisiones fundamentadas y conscientes frente a su propia visión de salud.

3- Promoción de salud: es la más reciente de las estrategias, constituye en lo concreto, la necesidad que siente el sector de actuar de manera articulada con los demás actores sociales en contextos amplios, superando su restricción tradicional respecto de la atención a la enfermedad, al orientarse hacia el conjunto de acciones sociales para el desarrollo de la salud. Consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre esta. La salud se percibe, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana.

Las perspectivas sanitarias más actuales consideran que el conocimiento-reconocimiento de los factores determinantes del proceso salud-enfermedad; ya sea del orden de lo biológico, lo social, lo cultural, lo psicológico, lo político, lo económico, etc.; solo puede ser realizado con certeza a través de la participación comunitaria: nadie mejor que la propia comunidad puede dar cuenta de que la enferma y que le da salud.

En este sentido, son fundamentales las palabras del médico sanitarista Horacio Barri quien expresa entonces: “Se trata de hacer epidemiología no sobre o alrededor de grupos humanos, sino con estos mismos grupos (...) Una epidemiología de carácter inclusivo como la que aquí se plantea, persigue objetivos en relación con la promoción y el desarrollo de actitudes y prácticas culturales que favorezcan la búsqueda participativa de la equidad en las condiciones de vida que dan lugar a la salud”.

Por otra parte y para terminar, cabe destacar aquí, que sin comunicación (entendida aquí como los procesos de información y dialogo), no puede haber participación. La problemática de la salud requiere apoyarse en un modelo de comunicación democrático, horizontal y dialógico, donde la reciprocidad de los intercambios sea la principal característica de la interacción.

Es en este sentido que retomamos las ideas antes plasmadas sobre la importancia de la educación popular. En esta dirección el autor Paulo Freire en su “Teoría de la acción dialógica” que implica la “praxis liberadora”, refiere que “para transponer las barreras de las situaciones límites, es necesaria una acción reflexiva que permita cruzar la frontera entre el ser y el ser más.”(Freire, 2008).

De acuerdo a este enfoque y con el cual coincidimos, la educación no puede reducirse al puro entrenamiento “técnico”.

“Esta manera estrecha de capacitar reproduce a la clase trabajadora como tal. La formación técnica es una prioridad, pero a su lado, existe el derecho del trabajador de saber la razón de ser del propio procedimiento técnico (...) No importa en qué sociedad estemos, no es posible hacer ingenieros o albañiles, físicos o ingenieros, educadores o mecánicos, agricultores o filósofos, sin una comprensión de nosotros mismos en cuanto seres históricos, políticos, sociales y culturales, sin una comprensión de cómo funciona la sociedad. Y esto no lo da el entrenamiento que dice ser puramente técnico.” (Óp. Cit.)

Toda práctica educativa implica siempre la existencia de sujetos: Quien enseña y aprende y quien en situación de aprendiz enseña también. Adherimos aquí al planteo que no hay educación sin enseñanza, sistemática o no, de algún contenido. Sin embargo según este autor, el problema fundamental, “es saber quien elige los contenidos, a favor de quien y de que estará su enseñanza, contra quien, contra que (...) el papel del educador no puede ni debe omitir, al señalar su lectura sobre el mundo, que existen otras lecturas sobre el mundo diferentes de las suyas y hasta antagónicas.” (Óp. Cit.)

La relación dialógica no anula la posibilidad del acto de enseñar. Por el contrario, funda ese acto que se completa y se sella en el otro, el de aprender, y ambos solo se vuelven verdaderamente posibles cuando el pensamiento crítico del educador no frena la capacidad del aprendiz de pensar críticamente también.

Finalmente y como premisa para el Trabajo social, abrazamos aquí las ideas de este autor que respecto al conocimiento plantea que el discurso crítico sobre el mundo es una forma de rehacerlo. El mundo al que aspiramos, es anunciado en cierto modo, en nuestra imaginación. Y en esto no hay ningún idealismo. La imaginación y las conjeturas en torno a un mundo diferente son necesarias para la praxis de los sujetos históricos y transformadores de la realidad.

SEGUNDA PARTE

Diseño metodológico

1. Problema

¿Qué percepción tienen las Trabajadoras Sociales de los Centros municipales de Atención Primaria de la Salud, con relación al ejercicio profesional en el marco de la ejecución de Prácticas y Proyectos de Participación comunitaria en Salud?

2. Características específicas del trabajo

2.1. Tipo de diseño:

De acuerdo al tipo de conocimiento que se desea obtener, la investigación será de tipo exploratoria, enmarcándose dentro de una lógica cualitativa.

De Souza Minayo (1995) entiende a las Metodologías de Investigación Cualitativas como “aquellas capaces de incorporar la cuestión del significado y de la intencionalidad como inherentes a los actos, a las relaciones y a las estructuras sociales, siendo estas últimas tomadas tanto en su origen como en cuanto a su transformación como construcciones humanas significativas.”

Es a este pensamiento social al que se quiere acceder, pero en el contexto en el cual el mismo es producido.

Sobre el análisis cualitativo expresan Corbin y Strauss (2002) se refiere “no a la cuantificación de los datos cualitativos, sino al proceso no matemático de interpretación, realizado con el propósito de descubrir conceptos y relaciones en los datos brutos y luego organizarlos en un esquema explicativo teórico”

“Aunque la característica primordial de este método es la fundamentación de conceptos en los datos, la creatividad de los investigadores también es un ingrediente esencial” (Sandelowski, 1995)

Se realizó un estudio del estado del arte del tema a investigar y un relevamiento bibliográfico que permitió revisar las diferentes metodologías cualitativas utilizadas para abordarla. Para la investigación en curso, se escogió la teoría fundamentada. Corbin y Strauss (2002) con el termino teoría fundamentada se refieren a “una teoría derivada de datos recopilados de manera sistemática y analizados por medio de un proceso de investigación (...) en este método la recolección de datos, el análisis y la teoría que surgirá de ello guardan estrecha relación entre sí”

Este trabajo busca sondear interrogantes en torno a las percepciones de los Trabajadores Sociales del Área de Atención Primaria de la Salud del Partido de General Pueyrredón, con relación al ejercicio profesional, en el contexto de la ejecución de prácticas y proyectos de participación comunitaria.

El período comprendido para la estudio, transcurre desde el mes de agosto de 2008 a diciembre del mismo año.

3. Recolección de Datos:

3.1. Universo:

El Universo a estudiar está conformado por las Trabajadores Sociales que ejercen funciones en los Centros de Atención Primaria de la Salud del Partido de General Pueyrredón, que participan en proyectos que incorporan la participación comunitaria.

3.2. Criterios de construcción de la muestra intencional:

En primer lugar, se selecciona como informante clave, a la coordinadora del Servicio Social Municipal de Salud y a partir de allí y del relato recogido, se procede a la elección del resto de los participantes a entrevistar. El criterio de selección de los

mismos fue en función a su pertenencia a proyectos y prácticas que promocionaban la participación comunitaria, dentro de su función como profesional en los Centros de Atención primaria de la salud. Finalmente se escogen para la **Muestra**, las trabajadoras sociales que se desempeñan como tales en los Centros de Salud del Barrio Centenario, ubicado en la calle Tierra del Fuego N° 3116; el Sub Centro de Salud Batán, ubicado en la localidad del mismo nombre en calle 132 e/ 145 y 147; la Unidad Sanitaria A.P.A.N.D de la calle Monseñor Zabala y Santa Cruz, el Sub Centro Libertad situado en calle Leguizamón N° 552 y por último la Posta Sanitaria del Barrio Parque Palermo, ubicada en la calle Tetamanti esquina Mario Bravo. Cabe destacar aquí, que el testimonio de quien resultare ser la informante clave en la primera etapa del estudio, también es considerado parte de la muestra. Dado que la profesional consultada, del mismo modo respondió a los ejes de la entrevista planificada.

Las organizaciones donde desarrollan funciones las profesionales sondeadas, son dependencias públicas, que se encuentran bajo la órbita de la Secretaria de Salud de la Municipalidad de General Pueyrredón, cuya misión es facilitar el acceso a la salud de las comunidades locales donde están insertas, ampliando la cobertura y empleando la estrategia de Atención Primaria de la Salud, favoreciendo la Participación social.

La elección de la misma fue intencional dado que en los casos seleccionados se encontraban en marcha proyectos y prácticas con participación de la comunidad local.

El proceso de recolección de datos se detiene cuando se alcanza la saturación teórica. “La regla general al construir teoría es reunir datos hasta que todas las categorías estén saturadas” (Glaser, 1978). Es decir, se considera innecesario continuar indagando cuando los discursos emitidos por los entrevistados, no generan nuevos elementos a la investigación.

Se entrevistó a siete trabajadoras sociales que ejercen funciones en los Centros de Atención Primaria de la Salud del Partido de General Pueyrredón, que participan en proyectos que incorporan la participación comunitaria. Es decir que fueron seleccionados por la relevancia teórica de su discurso para los fines de este trabajo y por la posibilidad de aportar datos y experiencias diferentes, cerrándose la muestra por saturación.

3.3. **La Unidad de Análisis**

La Unidad de Análisis la componen los Trabajadores Sociales que se desempeñan en los Centros de Atención Primaria de la Salud APAND y Centenario, los Sub Centros Batán y Libertad y por último La Posta Sanitaria del Barrio Parque Palermo.

En una búsqueda cualitativa nos preocupamos menos con la generalización y más con lo específico y abarcador de la comprensión, sea de un grupo, una institución, una política o de una representación. Su criterio por lo tanto no es numérico.” (De Souza Minayo, 1997)

3.4. **Fuentes de Recolección de Datos:**

Las fuentes utilizadas son de dos tipos: las primarias, es decir, las que funda el propio investigador y las secundarias que son construidas por otros investigadores. En el presente estudio las técnicas empleadas para recopilar la información son: la Entrevista en profundidad (fuente primaria) y la Investigación Documental (fuentes secundarias).

En relación a las primeras, se realizan **Entrevistas en profundidad** a las trabajadoras sociales que integran la muestra. Las mismas fueron individuales y se realizaron en los centros de Salud APAND y Centenario, los Sub Centros Batán y

Libertad, La Posta Sanitaria del Barrio Parque Palermo y en la sede central del Servicio Social Municipal de Salud. Los encuentros fueron acordados previamente con cada profesional y los testimonios fueron grabados en su totalidad con previa autorización de cada entrevistado. En todos los casos se explicó el proyecto de investigación, aclarando los objetivos del mismo, y la necesidad de su participación para el cumplimiento de las expectativas del trabajo. El instrumento contó con la flexibilidad necesaria para ir abordando los distintos temas planteados para el desarrollo de la entrevista, de acuerdo a la enunciación que el entrevistado iba realizando de ellos. A su vez el orden de las preguntas se fue modificando para seguir el hilo de la organización discursiva de la persona. La realización de este tipo de entrevistas permitió a su vez incluir categorías de análisis emergentes que no habían sido planteadas con anterioridad, y que fueron consideradas al momento del análisis e interpretación de los datos recabados.

Para preservar la identidad de los entrevistados se asignó a los profesionales una letra a cada uno. En el anexo se encuentran los datos de cada entrevistado identificado con una letra: edad, sexo y año de ingreso a la Institución.

Este tipo de fuente posibilita la obtención de un testimonio directo de las personas que pueden brindar información de aspectos relevantes para el estudio. Las entrevistas en profundidad, pertenecen a las técnicas no estructuradas de recolección de datos.

Según Zimmerman y Wider (1977)

Sigue el modelo de una conversación entre iguales y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas. Requiere de la capacidad de relacionarse con otros en sus propios términos. La función principal del investigador está en sondear los detalles de las experiencias de las personas y los significados que éstas le atribuyen. De esta forma se aparta de las conversaciones cotidianas.

Para la implementación de éstas es preciso tener un conocimiento previo a través del trabajo de campo, entrevistas preliminares u otra experiencia anterior.

Respecto a las segundas, es decir al **Análisis Documental**, Según expresa el autor Miguel S. Valles Martínez (1999) en su libro “Técnicas de investigación cualitativas de investigación social”, “El uso de la información disponible (cualquiera sea su carácter documental: numérico o no numérico, elaborado o en bruto) constituye un paso obligado en la investigación social en general”.

“La expresión más característica de esta opción metodológica se encuentra en los trabajos basados en documentos recogidos en archivos (oficiales o privados); documentos de todo tipo, cuya elaboración y supervivencia (deposito) no ha estado presidida, necesariamente, por objetivos de investigación social.” (Miguel S. Valles Martínez, 1999)

Los documentos son hechos de “algo” que ha pasado, de ahí que proporcionen información, datos o cifras constituyendo un tipo de material muy útil para la investigación social. Se trata de informaciones, documentos, escritos, estadísticas, etc., recogidos y elaborados por distintas personas, organizaciones o instituciones y que sirven para conocer mejor un aspecto de la realidad. Permiten ponerse en contacto con esta parte de la realidad que se ha de investigar y en la que se ha de actuar, a través de lo que otros vieron y estudiaron de ella.

Durante todo el proceso investigativo se llevó a cabo un análisis documental que implicó un rastreo y relevamiento bibliográfico exhaustivo de actualización en la temática. En particular se exploraron libros, publicaciones, trabajos, proyectos, tesis y documentos de internet relacionados a los siguientes temas: Teorías sobre construcción del conocimiento; metodología cualitativa; teoría fundamentada; filosofía moderna: percepción; teorías psicológicas sobre el termino percepción; historia y definición del concepto de salud /enfermedad; ciencias sociales y ciencias de la salud; el trabajo social y el campo de la salud; salud comunitaria y el concepto de participación, entre otras categorías.

4. Diseño de entrevista

Objetivo de la entrevista:

El propósito de las entrevistas consiste en realizar un sondeo en relación a las percepciones de las Trabajadoras Sociales que ejercen funciones en el área de Atención Primaria de la Salud del Partido de General Pueyrredón, respecto a su apreciación acerca del ejercicio profesional en el contexto de la ejecución de experiencias que incorporan la participación de la comunidad.

Ejes trabajados:

- Percepción de la categoría de participación social en salud.
- Percepción del ejercicio profesional del Trabajador Social en el marco de la ejecución de Prácticas y Proyectos de Participación en Salud
- Apreciación de la incidencia de estas prácticas en sus comunidades locales.

TERCERA PARTE

Análisis de datos

CAPITULO I

PRESENTACION DEL ANALISIS

El trabajo interpretativo comenzó con la realización y desgrabación de las entrevistas. Se fueron anotando comentarios, apreciaciones y asociaciones entre distintos testimonios, registrados en memos. Una vez cerrada la instancia de recolección de datos, por saturación, se dio lectura una y otra vez a la totalidad de los textos. Del análisis de los testimonios se confeccionó una matriz con las categorías definidas a priori de la recolección de datos, que incluía los temas previstos en la confección del protocolo. Por otro lado, se construyeron otras categorías emergentes, que al inicio de la investigación no habían sido tomadas en cuenta. Luego se codificaron los testimonios de acuerdo a este esquema de categorías que permitió organizar y dar sentido al material recolectado. Las conclusiones de esta investigación son el resultado de este proceso analítico basado en la teoría fundamentada.

A continuación, se hará una breve descripción de las categorías de análisis seleccionadas para el desarrollo de la presente investigación.

En primer lugar, se mencionarán aquellas categorías definidas a priori, como tópicos a desarrollar en el transcurso de las entrevistas y posteriormente, se nombrarán las categorías emergentes, las cuales son producto de los testimonios pronunciados y son construidas para el análisis por su significación para el estudio.

Categorías Anteriores:

- ✓ Percepción de la categoría de participación social en salud.
- ✓ Percepción del ejercicio profesional del Trabajador Social en el marco de la ejecución de Prácticas y Proyectos de Participación en Salud.
- ✓ Apreciación de la incidencia de estas prácticas en sus comunidades locales.

Categorías emergentes:

- ✓ Incidencia del modelo médico hegemónico en el desarrollo de la participación comunitaria en salud.
- ✓ Incidencia de la atención a la demanda individual en el desarrollo de diseños de proyectos comunitarios.

CAPITULO II

PRESENTACION DE LOS RESULTADOS

PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES ENTREVISTADOS.

Percepción en relación a la categoría de participación en salud.

Respecto al interrogante planteado en relación a la percepción de la categoría de participación social, los entrevistados en sus testimonios hicieron alusión a distintos aspectos, que para ser analizados posteriormente, se organizarán en las siguientes categorías.

- 1) Implicancias de la participación social en salud
- 2) Metas de la participación social en salud.

Se presenta una tabla con las respuestas obtenidas organizadas de acuerdo a las dimensiones construidas, de manera de apreciar mejor los resultados alcanzados.

Implicancias de la participación en salud	Meta de la participación en salud
Ser parte en experiencias comunitarias. (A)	Lograr que los grupos se autogestionen. (C)
Que la gente intervenga en la toma de decisiones. (A)	La autogestión de la comunidad. (F)
Compartir saberes e información en espacios comunitarios. (B)	La autonomía del grupo (G)
Que la comunidad adquiera conocimientos y herramientas sobre la salud en general. (E)	El fin es la autonomía de los grupos que desarrollan acciones comunitarias. (A)
Que la gente participe desde la planificación hasta la ejecución de las actividades.(E)	El objetivo es la autogestión comunitaria. (D)

Implica que las estrategias deben ser elaboradas por los equipos profesionales enmarcadas dentro de una política integral. (E)	
Significa que las personas intervengan desde el principio, participando en la toma de decisiones. (B)	
Es crear las condiciones, para que la gente sea parte en la elaboración y puesta en marcha de las políticas en salud. (F)	
Participar implica construir espacios de capacitación, donde se promuevan conductas de autocuidado. (A)	
Promover instancias de formación, para luego poder transmitir los saberes aprehendidos hacia el interior de la comunidad. (D)	
La participación de la gente colabora para que los proyectos comunitarios tengan éxito. (B)	
La participación es necesaria para que la información llegue donde el profesional no llega. (B)	

Implicancias del concepto de participación en salud

En primer lugar, se puede observar que en relación a las implicancias del concepto de participación en salud, de la mayoría de los discursos emitidos se deslizan dos ideas que bien podrían ser complementarias. Por un lado se sostiene que para participar en salud, se requiere necesariamente de la construcción de espacios de formación y capacitación.

“En un primer momento, se trata de compartir saberes, información (...) ese primer tiempo de capacitación es necesario para el nivel de riqueza personal, para después transmitirlo a otros.” (B)

“Primero es necesario adquirir conocimientos y herramientas para poder participar, ser parte de un espacio y después tomar decisiones.”(E)

En este sentido se refuerza la noción de que para poder participar efectivamente, se requiere acceso real a la educación y a la información. La educación para la práctica se basa en el concepto de praxis: donde se combinan la práctica y la técnica.

El enfoque basado en la educación popular expresa que, para que la participación sea efectiva, es necesario que se ejecute en la perspectiva de concienciar y aumentar el poder que las personas tienen sobre sus vidas y sus recursos. Al respecto se expresa González E. (1996): “El empoderamiento se alcanza mediante la concientización, la democratización y la solidaridad”.

Por otro lado, la segunda idea que subyace a las implicancias de la categoría de participación en salud, es el pensamiento acerca de que la comunidad debe intervenir desde el diseño hasta la ejecución de las políticas que hacen al sector, participando en la toma de decisiones.

“Lo ideal es que la gente participe desde el principio hasta el final, interviniendo en la toma de decisiones.” (A)

“Participar es crear las condiciones, para que la gente sea parte en la elaboración y puesta en marcha de las políticas en salud.” (F)

Esta concepción reafirma su oposición a la participación entendida como mercancía, que busca crear espacios de participación popular desde el punto de vista utilitarista, donde el individuo acaba participando de resoluciones previamente elaboradas. En este aspecto, es lícita la afirmación de Wolfe M, (1984) quien refiere que

la participación social debe entenderse como un esfuerzo organizado de la comunidad “Para incrementar el control sobre los recursos y las instituciones reguladoras en situaciones sociales dadas”. Implica que las personas detentan parte del poder y mantienen el control de las acciones y los programas.

Además esta noción de participación de la comunidad en la toma de decisiones, desde la planificación hasta la puesta en marcha, implica ubicarla en los niveles más altos de organización que pueda alcanzar la comunidad. Según autores como Díaz Bordenave (1985), que sostienen este enfoque, la toma de decisiones sería el paso previo al nivel o grado máximo de participación social que es la autogestión. En contraposición a la “mera información o consulta facultativa” que constituyen los niveles más bajos de participación.

Metas de la participación en salud:

Respecto a esta categoría, podemos encontrar una coincidencia en la mayoría de los testimonios, a cerca de los objetivos y/o metas a alcanzar. En términos ideales según sus referencias, es para los entrevistados: la autogestión de la comunidad.

“La idea es como trabajador social, lograr un corrimiento con el tiempo, de los grupos conformados, para que ellos mismos se autogestionen. Funcionando solo como asesores para cuestiones muy puntuales.”(C)

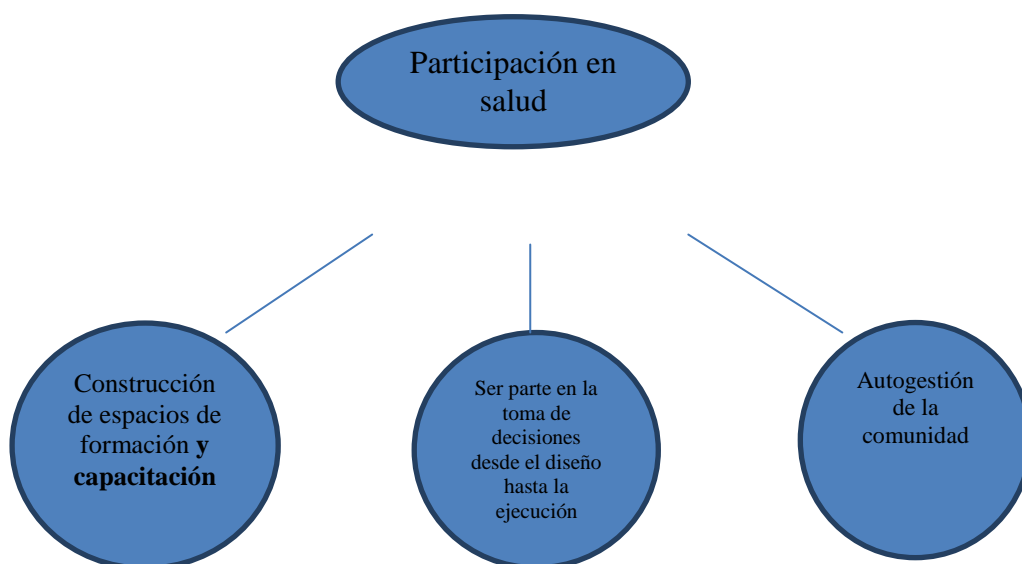
“Lo ideal es que los grupos logren la autogestión, pero debe ser parte de una decisión política más amplia.”(F)

“El fin de la participación en salud es alcanzar la autonomía grupal.”(G)

En esta dirección se reiteran los planteos de González E. (1996), quien expresa en su Manual sobre la participación y organización para la gestión local que: los tipos y variantes de participación se relacionan directamente con los objetivos del proceso participativo. Existiendo una graduación que va desde la manipulación, pasando por una facilitación no comprometida, hasta la participación en la perspectiva de concienciar y aumentar el poder que las personas tienen sobre sus vidas y sus recursos. “Esta última caracteriza los procesos autónomos de movilización para alcanzar cambios estructurales políticos y sociales.”

Así podemos apreciar que de los relatos se extrae la idea que poseen en común, respecto al reconocimiento de la importancia del control político que se puede alcanzar si se participa de manera autónoma, consciente y organizada.

Grafico I: Percepciones de la categoría de Participación Social en Salud.



Percepción respecto al ejercicio profesional del Trabajador Social en el marco de la ejecución de Prácticas y Proyectos de Participación en Salud:

La siguiente categoría intenta dar respuesta al interrogante planteado, de cómo conciben las entrevistadas, que debiera ser el ejercicio profesional del trabajador social en el contexto de la ejecución de proyectos que impulsen la participación social en salud. Para ello podemos diferenciar tres grandes grupos de respuestas que se desprenden de los datos obtenidos y que resultan significativos para el análisis. Las mismas podrían interpretarse, de acuerdo al significado de los discursos emitidos, como lo que ellas consideran (sin nombrarlas de esta manera), premisas básicas para el desarrollo de experiencias comunitarias.

Todas las entrevistadas hicieron referencia en sus discursos a que el profesional del Servicio Social si desea desarrollar la participación social en salud, debe priorizar para su trabajo a los grupos preexistentes en la comunidad. Se observa un alto consenso respecto a que esta elección favorece la continuidad de las experiencias y posibilita la generación de respuestas satisfactorias a los problemas comunes.

“El trabajador social debe acompañar los procesos de participación comunitaria, ubicándose a la par, con un fuerte compromiso de brindar aquello que sabemos (...) ni más atrás ni por adelante.”(D)

El Trabajador social debe acompañar el proceso de los grupos que ya existen en la comunidad, asesorarlos técnicamente. Esto es lo que permite que los proyectos sean sostenibles en el tiempo.”(E)

“Yo no trabajo más convocando desde la sala... yo voy al grupo que ya está formado.”(F)

El valor teórico de estos testimonios, nos permite pensar en las perspectivas para la profesión frente a una coyuntura de crisis, donde se envuelve la búsqueda de salidas colectivas. Esta manera de pensar al trabajo social hoy, supone superar las viejas prácticas conservadoras realizando una intervención crítica y transformadora.

De acuerdo a los discursos emitidos, trabajar con grupos que ya poseen una dinámica propia, facilita que las experiencias de participación comunitaria se sostengan en el tiempo, favoreciendo a lo antes mencionado por la mayoría de los testimonios, que es motivar la autogestión de la comunidad.

Así mismo se observa cuando hacen referencia a la propuesta de trabajar con grupos organizados en la comunidad local, que mencionan algunas de las cuales conciben que debieran ser funciones del Trabajador social en este contexto.

Al respecto existe un amplio consenso en relación a que este profesional debe favorecer la Organización interna de los grupos, cumpliendo funciones de coordinador y educador. Por otro lado, prestan fundamental atención a que debe acompañar y apoyar los procesos grupales.

“El trabajador social debe acompañar los procesos de participación comunitaria, ubicándose a la par, con un fuerte compromiso de brindar aquello que sabemos (...) ni más atrás ni por adelante. Conocemos los canales necesarios para que los problemas se resuelvan y es necesario usarlos en beneficio de la gente.”(D)

“El Trabajador social debe acompañar el proceso de los grupos que ya existen en la comunidad, asesorarlos técnicamente. Esto es lo que permite que los proyectos sean sostenibles en el tiempo.”(E)

“Debemos acompañar los procesos comunitarios como agente, instrumento, facilitador, operador.”(G)

“Nuestra función es acompañar a los grupos animando la movilización. Cumplimos funciones de coordinador, educador y organizador. Son funciones específicas del Trabajo Social. Estamos capacitados para ello y podemos hacerlo con excelencia. Si asume estas funciones otro profesional, dejará de lado funciones más específicas de su rol.”(B)

“El Rol del trabajador social no debe ser el de organizar a la comunidad, porque nos paramos desde la omnipotencia. Debe favorecer la organización comunitaria pero como un actor más de esa comunidad.” (F)

Como podemos observar el termino *acompañar* aparece en casi la totalidad de los testimonios pronunciados. A nuestro entender, esto habla de la simetría de poder que sostienen los profesionales. Refuerzan esta idea otros discursos emitidos en la misma línea que plantean: “ubicarse a la par”, “fomentar la organización como un actor más”, entre otros.

Es importante rescatar los lineamientos de la educación popular de Paulo Freire cuando menciona en su libro pedagogía de la Esperanza que los procesos de educación popular para el cambio social suponen una relación horizontal entre sabidurías y saberes

diferentes que implican a su vez romper con la estructura rígida y jerárquica establecida entre saber y poder, y las relaciones de subordinación y dependencia que en ella se establecen.

Por otro lado, respecto a la segunda de las proposiciones abordadas en las respuestas de los entrevistados como una fortaleza para el desarrollo de la participación social en salud, existe un acuerdo generalizado respecto a que el profesional del servicio Social, debe participar de las Redes Institucionales de manera de obtener respuestas integrales a las problemáticas comunitarias.

“Debemos participar en las redes Institucionales y de vecinos” (A)

“Es necesario trabajar en red con otros sectores... Nuestra gente no sólo tiene problemas de salud. Además tiene problemas alimenticios, de vivienda y otros.” (C)

Es de gran relevancia el rescate de estas profesionales que sostienen el re direccionamiento de esfuerzos para abordar los problemas planteados en el campo de la salud, señalando la necesidad de participar en Redes comunitarias integradas por distintas instituciones y personas de la comunidad. Se destacan aquí los planteos de Almeida, Paim (1999) que en el sentido Bourdiano, definen a la salud colectiva como campo científico

“donde se producen saber y conocimientos acerca del objeto salud y donde operan distintas disciplinas que lo contemplan desde varios ángulos” y también como “ámbito de prácticas donde se realizan las acciones de diferentes organizaciones e instituciones por diversos agentes dentro y fuera del espacio convencionalmente reconocido como sector salud” (Almeida, Paim 1999)

En tercer lugar existe un acuerdo colectivo en la mayoría de los testimonios respecto que propiciar la elaboración de proyectos a partir de las necesidades y demandas de los usuarios de los servicios de salud, constituye una condición básica para el desarrollo de prácticas colectivas.

“Debemos canalizar planteos individuales para organizar actividades comunitarias.” (B)

“Los proyectos se elaboran a partir de las necesidades planteadas por la gente” (A)

“Son los intereses y necesidades de la comunidad del barrio los que deben motivar la realización de proyectos.” (E)

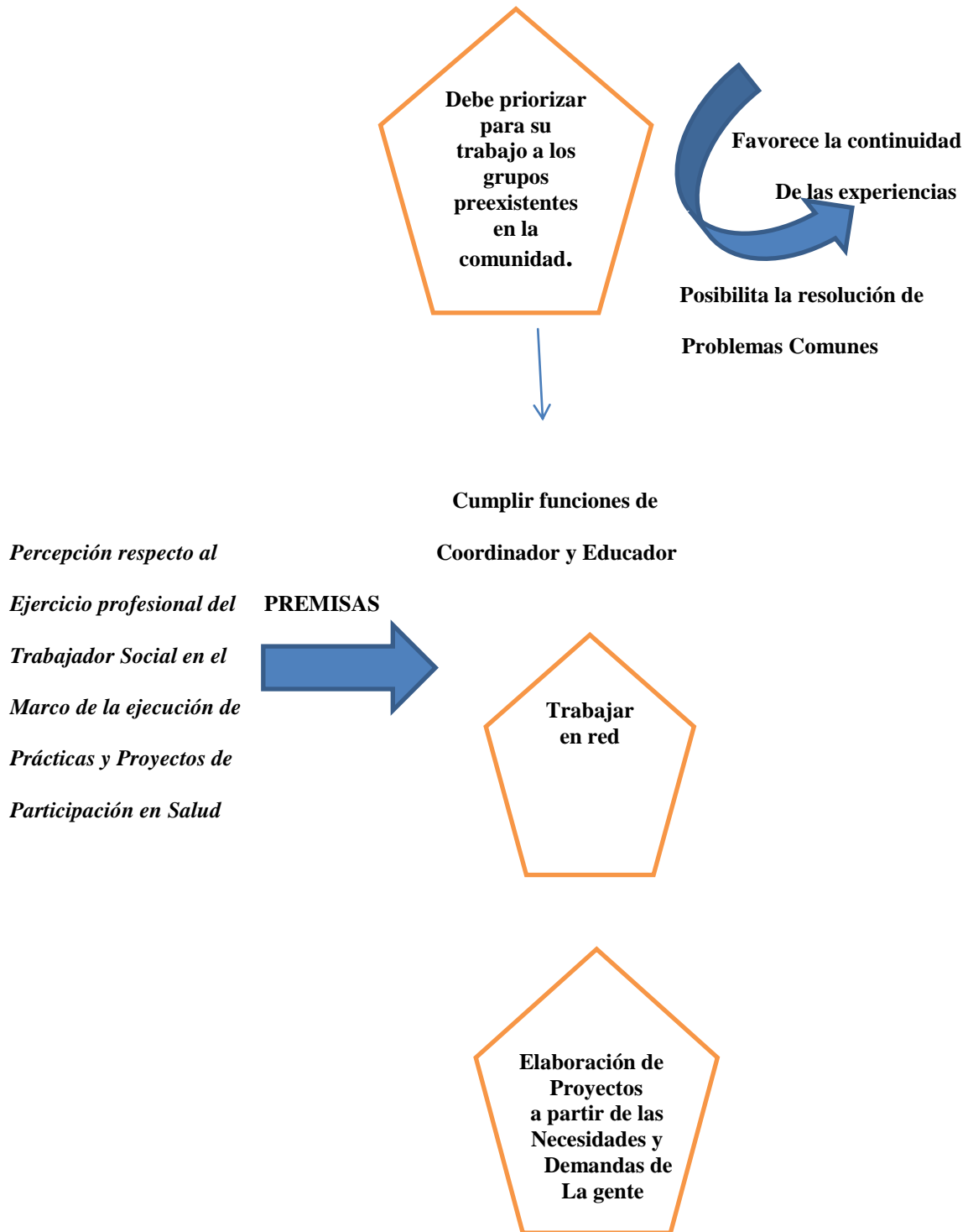
Podemos observar que emerge de los discursos, la noción de incorporación de la mirada de las personas que integran la comunidad local en la elaboración de proyectos, lo que implica que la gente participe desde el inicio, colaborando en el diseño de las estrategias y políticas para el sector. Esto nos remite a la idea de pensar a la participación social de una manera más real y no tanto en términos ideales. Es decir, tal como la define Schutter, A (1986) “como actividad organizada por parte de un grupo, con el objeto de expresar necesidades, demandas, de defender intereses comunes, de influir de manera directa en los poderes públicos ganando así poder político.” O tal cual expresa Wolfe M (1984) “Como esfuerzo organizado para incrementar el control sobre los recursos y las instituciones reguladoras en situaciones sociales dadas”.

Podemos decir que es fundamental la apertura de los profesionales a la incorporación de esta mirada de la comunidad barrial. Sin la voluntad, iniciativa o

decisión de estos, pensar en el empoderamiento de la comunidad local mediante un proceso a través del cual grupos de población ganen control sobre estos recursos, no sería posible.

Grafico II:

Percepción respecto al Ejercicio profesional del Trabajador Social en el marco de la ejecución de Prácticas y Proyectos de Participación en Salud.



Para finalizar con el análisis de esta categoría, nos dedicaremos en este apartado, luego de haber estudiado los elementos comunes obtenidos de los discursos, a tratar algunas **particularidades**. Las mismas son relevantes para el tema a investigar.

En primer lugar, se observa al interpretar uno de los textos desgrabados (de una de las entrevistadas) que existen respuestas en sentidos opuestos en relación a la misma categoría. Por un lado, se adhiere a la idea de que la comunidad debe participar desde la planificación hasta la ejecución de los proyectos y por otro lado refiere que quienes deben diseñar las estrategias dentro del sector son los equipos de profesionales enmarcados en una política de salud integral.

“La gente debe participar desde la planificación hasta la ejecución de los proyectos.”(E)

“las estrategias deben ser elaboradas por el equipo de salud e instancias correspondientes, encuadradas dentro de una política de salud clara e integral.”(E)

En segundo lugar, podemos rescatar dentro de lo que implica el ejercicio Profesional, la importancia que dos de los relatos, le adjudican al vínculo profesional. Las cuales resaltan que debe construirse sobre la base de la confianza y el compromiso.

“El vínculo se construye sobre la base de la confianza y el compromiso. No creo en la distancia profesional.”(D)

Este relato vuelve sobre la cuestión de la simetría de poder en las intervenciones profesionales con la comunidad organizada. Se refuerza la idea antes mencionada de la necesidad de ubicarse a la par de los procesos de organización de la comunidad, cumpliendo determinadas funciones específicas que hacen al Rol del Trabajador social y que se complementan con los saberes y el bagaje que traen las personas de la comunidad barrial al espacio común.

Otra singularidad es la que remarca una de las entrevistadas, cuando menciona la importancia de la educación y formación para poder participar. Agrega el valor de la reproducción de lo aprehendido a partir de la constitución de agentes multiplicadores, es decir, es necesario que las personas que se capacitan actúen como transmisores de la información recibida y de esta manera refuerzan el primer nivel de promoción y prevención en salud.

“En un primer momento, se trata de compartir saberes, información (...) ese primer tiempo de capacitación es necesario para el nivel de riqueza personal, para después transmitirlo a otros.” (B)

“Si te capacitaste y sabes cuándo es fiebre y cuando no y lo compartís con tu vecina, uno ahí se convierte en promotor. (B)

Apreciación de la incidencia de estas prácticas en sus comunidades locales:

En relación al impacto de las experiencias de participación comunitaria y la apreciación de las profesionales entrevistadas respecto a su incidencia en sus comunidades locales, podemos diferenciar dos tipos de respuestas que se organizan para el análisis en dos dimensiones de calidad y cantidad para medir su influencia.

La cantidad se observa básicamente en el número de personas que participan de los proyectos y/o prácticas comunitarias.

“El impacto de las experiencias que llevamos adelante con participación de la gente del barrio, lo podemos apreciar concretamente cuando crece el nivel de participación. Cuando son cada vez más las personas que se suman a la actividad que estamos desarrollando.”(A)

Respecto a esta dimensión, resulta evidente que el crecimiento en cantidad de participantes en las prácticas comunitarias, muestra una adherencia a tales e implica un impacto positivo siempre que se abrace la idea que la participación debería ser una propiedad transversal en todos los programas y proyectos que se emprendan. Entendiendo que, como ya hemos repetido en reiteradas oportunidades a lo largo del presente trabajo, la participación comunitaria en salud supone la posibilidad de que grupos organizados de personas se cuestionen las prácticas tradicionales; intervengan en los espacios de decisión, planificando y ejecutando, teniendo así un mayor control de los recursos; resaltando la necesidad de superar los dilemas de la práctica cotidiana a través del análisis de los determinantes sociales de la salud y procurando explicitar alternativas de acción que lograsen la mejoría de las condiciones de vida y salud de la mayoría de la población.

La calidad se puede reducir a cuatro indicadores, los cuales se pueden apreciar cuando se observa:

- Gente más informada.
- Constancia o permanencia de las personas en las experiencias en marcha.
- Reconocimiento de las actividades por parte de la comunidad barrial que no participa en las experiencias.
- Réplica de las experiencias.

“Se observa cuando la gente refiere haber resuelto por sus propios medios alguna cuestión que antes no hubiese podido dar respuesta...Podemos apreciar gente más informada.”(A)

“Cuando las personas del barrio detectan problemas a partir de los nuevos conocimientos adquiridos y por la constancia en su participación.” (E)

“Se puede observar por el nivel de participación y la continuidad de la misma.”(C)

“El impacto se puede ver con el reconocimiento de los proyectos que están en marcha, por parte de la gente que no participa de las experiencias.”(C)

“La influencia de los talleres se puede medir con las repercusiones posteriores, por ejemplo con la bajada de ausentismo a los controles sanitarios.”(F)

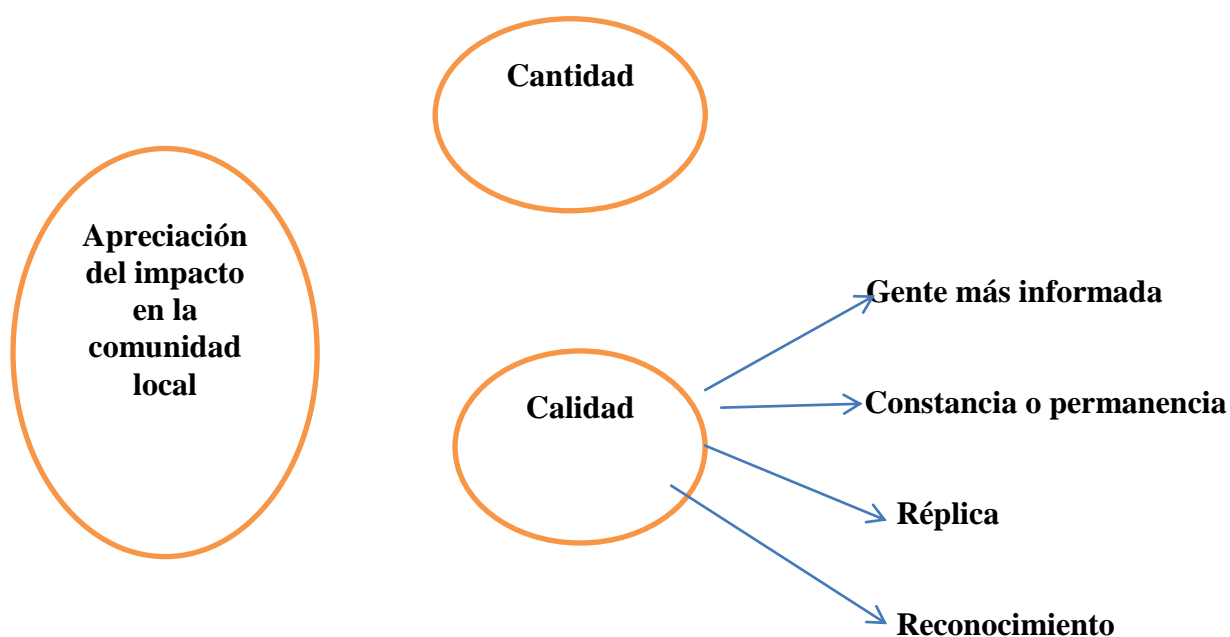
“La posibilidad de replique de las experiencias también constituye una evaluación positiva del impacto de estas prácticas.”(C)

Como podemos apreciar, al ser indagadas sobre su percepción respecto al impacto de las experiencias de participación comunitarias, la mayoría de las entrevistadas hace referencia a valoraciones positivas de esas prácticas. Sin embargo podemos destacar sólo uno de los testimonios que en particular evalúa el impacto en el sentido contrario. Según expresiones de éste:

“Es difícil de medir, dado que no existe un monitoreo al respecto. Sin embargo, se deduce que es de bajo impacto. Las experiencias de alto impacto dejan un sesgo en la comunidad.”(D)

Es importante destacar este discurso que marca una singularidad dentro del resto de los relatos. Si bien es cierto que no existe un monitoreo (sistemático) de la influencia de los proyectos y experiencias en general que evalué el impacto, o por lo menos no fue mencionado por ninguna de las entrevistadas a la hora de responder a este eje de la entrevista, existe un consenso en relación a valorar el impacto positivamente.

Grafico III: Apreciación de la incidencia de las prácticas de participación comunitarias en salud en la comunidad local.



Categorías emergentes

Podemos destacar como datos significativos extraídos de los discursos emitidos, dos categorías emergentes. Las mismas son construidas con posterioridad a la etapa de recolección de datos y se elaboran concretamente al momento del análisis de los textos.

Se señala aquí, que son mencionadas por sólo dos de las entrevistadas, sin embargo son destacadas por su relevancia teórica, por constituir obstáculos al desarrollo de acciones comunitarias.

Por un lado, aparece el modelo medico hegemónico como un impedimento en cuanto a favorecer la participación comunitaria en salud. Al respecto expresan las entrevistadas:

“El modelo medico hegemónico no fomenta la participación de la comunidad dado que es el medico el que tiene el saber y el que puede curar.”(D)

“El modelo sigue presentando la hegemonía del poder del médico. Esto hace que la gente se repliegue. No están preparados para tratar a las personas.”(F)

Por otro lado, también nombrada por una minoría, surge la problemática de que la gran demanda individual, funciona como un obstáculo para incentivar actividades de corte comunitarias.

“La demanda individual creciente supera la capacidad de los profesionales para encarar proyectos comunitarios.” (A)

Consideramos que son importantes los señalamientos antes citados, dado que la concepción de la hegemonía médica se mantiene vigente en el imaginario social en

general, a pesar de que existan serios cuestionamientos a esto y nuevas perspectivas en sentido opuesto. Tal como lo plantean Almeida y Paim, (1999) en el apartado de referentes teóricos, cuando hacen mención al movimiento de salud colectiva que se ha erigido en los últimos años “como un campo interdisciplinario que posibilita iniciar un cambio del antiguo (pero vigente) paradigma positivista-biologicista-tecnificante que muestra su agotamiento en la práctica.”(Almeida y Paim, 1999)

La superación del biologicismo dominante, de la naturalización de la vida social, de la subordinación a la Clínica y de su dependencia del modelo médico hegemónico, representan elementos significativos para el marco conceptual de la Salud Colectiva.

Lo mismo sucede con la cuestión asistencial. La práctica del asistente social, tal como se abordó en el marco teórico ha estado permeada desde sus inicios de la cuestión filantrópica y posteriormente de servicio, siendo básicamente en ese entonces (como lo señala Juan Barreix, 2003) una disciplina auxiliar de otras consideradas verdaderamente importantes como es el caso de la medicina.

Sin embargo creemos que tenemos grandes posibilidades si tal como plantea Margarita Rozas Pagaza (2002) concebimos que:

“El trabajo social como profesión compromete sus acciones en la perspectiva del desarrollo de la calidad de vida de los sujetos sociales con los cuales trabaja, pero fundamentalmente cambia de una práctica reiterativa y conservadora a una práctica crítica y de posibilidades reales en la canalización de posibles soluciones respecto a las necesidades que enfrentan los sujetos”.

Además, creemos que desde la ocupación por parte de este profesional, de los lugares públicos, es factible propiciar la posibilidad de generar acciones capaces de revertir las propuestas oficiales de participación (si entienden la participación como

medio de control social) en el sentido de garantizar los verdaderos intereses de las clases y capas subalternas.

CAPITULO III:

Conclusiones

La presente investigación tuvo como objetivo indagar en relación a las percepciones de las Trabajadoras Sociales del Área de Atención Primaria de la Salud, del partido de General Pueyrredón, respecto al ejercicio profesional en el contexto de la ejecución de experiencias de participación comunitaria.

Para lograr este propósito, en una primera instancia se buscó conocer la percepción de las entrevistadas con relación a la categoría de participación social en salud. Podemos apreciar en el análisis de esta última dos grandes grupos de respuestas, que se organizan para el análisis en implicancias por un lado y metas, por el otro, de la participación comunitaria en salud.

Respecto a las primeras, se observa un fuerte consenso, en base a las expresiones que sostienen que para participar en salud, se requiere de la construcción de espacios de formación y capacitación. Además agregan en el mismo sentido la mayoría de los discursos emitidos, que participar implica que la comunidad sea parte en la toma de decisiones, desde la planificación hasta la ejecución de programas y proyectos.

Por otro lado notamos una coincidencia en los testimonios, respecto a que debería ser la autogestión comunitaria el objetivo último o meta a alcanzar, de cualquier práctica de participación social.

Este enfoque que se desliza de la generalidad de los relatos, reafirma su oposición a la participación social, entendida como mercancía que busca crear espacios de participación popular desde el punto de vista utilitarista, donde el individuo acaba participando de resoluciones previamente elaboradas. Esta perspectiva afirma según Wolfe M (1984) que “la participación social debe entenderse como un esfuerzo organizado de la comunidad para incrementar el control sobre los recursos y las

instituciones (...) implica que las personas detenten parte del poder y mantengan el control de las acciones y los programas.” (Wolfe M, 1984)

Por lo tanto podemos extraer la idea que poseen en común los discursos emitidos, valorando el reconocimiento de la importancia del control político que se puede alcanzar, si se participa de manera autónoma, consciente y organizada.

En un segundo momento y para continuar respondiendo el objetivo de investigación, se explora sobre la percepción de las profesionales entrevistadas con respecto al quehacer profesional en el marco de la ejecución de experiencias participativas en salud.

De los datos obtenidos, se definen tres grandes grupos de respuestas que se organizan para el estudio en premisas para el trabajo social, aunque explícitamente no hayan sido definidas de esta manera por las distintas entrevistadas.

Todos los discursos hacen referencia a que el profesional del Servicio Social, si desea desarrollar la participación social en salud, debe priorizar para su trabajo a los grupos preexistentes en la comunidad. Se observa un alto consenso respecto a que esta elección, favorece la continuidad de las experiencias y posibilita la generación de respuestas satisfactorias a los problemas comunes.

Existe un acuerdo generalizado, que desde el Servicio social se debería favorecer la Organización interna de estos grupos, acompañando y apoyando los procesos grupales. Cumpliendo además funciones de coordinación y educación.

Haciendo un análisis más en profundidad de las categorías estudiadas, podemos observar que el termino *acompañar* en relación a los grupos o comunidades, aparece en la mayoría de los relatos, lo cual habla, a nuestro entender, de la simetría de poder que sostienen los profesionales. Respecto a esto el autor Paulo Freire argumenta que la educación popular para el cambio social, supone una relación horizontal entre sabidurías

y saberes diferentes. Que implica a su vez romper con la estructura rígida y jerárquica entre el saber y poder y las relaciones de subordinación y dependencia que en ella se sostienen. Esto refuerza la cuestión planteada en el análisis de la categoría de participación social en salud, cuando se expresa que la meta final, es la autonomía o autogestión de la propia comunidad.

Otra de las premisas definidas, consiste en la noción que, desde el Servicio Social en salud se debería participar en Redes Institucionales y comunitarias. Todos los profesionales mencionan que esta debe ser una de las tareas indelegables desde el Trabajo Social en Salud.

La cuestión valorada por las trabajadoras sociales de APS, en relación a priorizar el trabajo en redes, de manera de obtener respuestas integrales a las problemáticas comunitarias, adhiere a los planteos esgrimidos por Almeida y Paim (1999) que en el sentido Bourdiano, definen a la salud colectiva como campo científico donde operan distintas disciplinas que lo observan desde diferentes lugares y también como ámbito de prácticas donde se realizan las acciones de distintas Organizaciones e Instituciones por diversos actores dentro y fuera del espacio habitualmente identificado como sector Salud.

La última de las premisas para el ejercicio profesional es la convicción en que los programas y proyectos deben ser elaborados a partir de las necesidades y demandas de la gente, es decir de los usuarios de los servicios de salud. Esto es visualizado por la generalidad de los testimonios como una condición básica para el desarrollo de prácticas colectivas.

Este último aporte resulta fundamental a la hora de emprender proyectos que promuevan la participación comunitaria, dado que incorpora la mirada de la población local desde la planificación hasta la ejecución. Esto nos remite pensar a la participación

de una manera más real y no tanto en términos ideales. Además; sin la iniciativa, voluntad y decisión de estos profesionales; pensar en el empoderamiento de la comunidad mediante un proceso a través del cual grupos de poblaciones ganen control sobre estos recursos; no sería posible.

Por último para responder al objetivo general de la investigación, se indaga sobre las apreciaciones de las profesionales entrevistadas acerca de la incidencia de estas prácticas de participación en Salud en sus comunidades locales.

De acuerdo a los datos obtenidos, la generalidad de los relatos hace referencia a valoraciones positivas de esas prácticas. Sólo una de las entrevistadas recurre a evaluaciones en el sentido contrario, refiriendo que son de bajo impacto.

Se clasifica la apreciación del impacto dividiendo la categoría en sus dimensiones de cantidad y calidad. En relación a la primera apuntan a que la participación puede estimarse con el crecimiento en cantidad de personas en los programas y/o proyectos en curso. Respecto a la calidad se pueden observar influencias en la comunidad local cuando se ve gente más informada, constancia o permanencia de las personas en las experiencias en marcha, reconocimiento de las actividades por parte de la comunidad barrial que no participa de aquellas y el replique de alguna de ellas.

Del análisis de las categorías anteriores pudimos destacar algunas particularidades, luego de haber estudiado los elementos comunes de los discursos.

Podemos apreciar en los enunciados de una de las entrevistadas, afirmaciones en distintos sentidos. Por un lado, se adhiere a la idea de que la comunidad debe ser parte en la toma de decisiones, desde la planificación hasta la ejecución de los proyectos y por otro lado refiere que son los equipos profesionales, quienes deben diseñar las estrategias dentro del sector. Como se observa, se estiman ideas divergentes respecto a la misma categoría.

Otra singularidad respecto a la percepción del ejercicio profesional; radica en la importancia que otorga a la construcción del vínculo, dos de las entrevistadas, el cual según éstas; debe fundarse sobre la base del compromiso y la confianza.

Otra particularidad en relación a las implicancias de la participación en salud cuando comprende el desarrollo de espacios de formación y capacitación, es el lugar que otorga un testimonio sobre la relevancia de la reproducción de lo aprendido. Actuando la propia comunidad como un agente multiplicador en el seno de su espacio local. Esto reforzaría el primer nivel de atención, que es la promoción y prevención en salud.

Para finalizar con el tratamiento de las particularidades, tal cual contempla la teoría fundamentada, se construyen dos categorías emergentes subrayadas por su relevancia para el análisis. Las mismas son: la incidencia del poder médico hegemónico en el impulso de actividades de participación en salud y la Incidencia de la atención a la demanda individual, sobre el desarrollo de proyectos comunitarios en salud.

Estas dos últimas categorías, si bien son señaladas por sólo dos de los relatos, son significativas para el estudio dado que, según observan las profesionales entrevistadas, constituyen obstáculos para el desarrollo de actividades de participación social en salud.

En este sentido, el valor teórico de estas categorías coincide con los planteos de Almeida y Paim, que en su descripción del movimiento de salud colectiva, que ha tenido un gran desarrollo durante los últimos años, advierte sobre “la vigencia del paradigma positivista-biologicista-tecnificante en Salud, que demuestra su agotamiento en la práctica.” (Almeida y Paim, 1999)

Lo mismo sucede con el lugar que ocupa la profesión, que como sabemos desde sus orígenes estuvo permeada por la cuestión filantrópica y posteriormente de servicio,

siendo básicamente, en ese entonces, una disciplina auxiliar de otras consideradas verdaderamente profesiones como es el caso de la medicina.

Sin embargo, concebimos que el trabajo social hoy (tal como planteamos en el apartado de análisis de datos) y siguiendo las tesis de Margarita Rozas Pagaza, (2002) tiene grandes posibilidades si compromete sus acciones en la perspectiva del desarrollo de la calidad de vida de los sujetos sociales con los que trabaja, cambiando de una práctica conservadora a una práctica crítica y transformadora.

Además creemos firmemente que desde la ocupación por parte de este profesional de los lugares públicos, es factible propiciar la posibilidad de generar acciones capaces de revertir, si es necesario, las propuestas oficiales de participación en el sentido de garantizar los verdaderos intereses de las poblaciones más vulnerables.

BIBLIOGRAFÍA

- AGUILARIDANEZ, M J. 2001. La participación comunitaria en salud: mito o realidad. Ed. Díaz de Santos, Madrid.
- ALMEIDA FILHO, N. 2000. La ciencia tímida: Ensayos de Deconstrucción de la Epidemiología. Lugar Editorial. Argentina.
- ALMEIDA FILHO, N y PAIM, J .1999. La crisis de la Salud Pública y el movimiento de la Salud Colectiva en Latinoamérica. En Cuadernos Médico Sociales N° 75.
- AMMANN, S. 1977. Participación social. San pablo, Cortez e Morales. CELATS. ED: Didi de Arteta, S.A Servicios Editoriales, Lima: Perú.
- BAPTISTA MYRIAM VERAS. 1987. La participación como valor y como estrategia en servicio social. Servicio social y sociedad. CELATS. ED: Didi de Arteta, S.A Servicios Editoriales, Lima: Perú.
- BARBOZA LIMA S. 1979. Participación social y cotidianidad. CELATS. ED: Didi de Arteta, S.A Servicios Editoriales, Lima: Perú.
- BARREIX, J. 2003. La Reconceptualización hoy. Servicios Gráficos Universidad Nacional de Mar del Plata. Argentina.
- BREILH, Jaime. 2003. Epidemiología crítica, ciencia emancipadora e interculturalidad. Lugar Editorial. Buenos Aires.
- BRISEÑO, L. 1998. Pueblo, época y desarrollo: La sociología de América Latina. Nueva sociedad, Caracas.
- CALELLO, H y NEUHAUS, S. 1999. Método y anti método. Proceso y diseño de la investigación interdisciplinaria en Ciencias Humanas. Colihue. Argentina.
- DE SOUZA MINAYO, M C. 1997. El desafío del conocimiento. Investigación Cualitativa en Salud. Lugar Editorial. Argentina.

DELGADO M E. 2005. Un modelo psicosocial como propuesta de análisis de las organizaciones populares. Congreso Regional de Psicología para profesionales en América.

DELGADO GALLEGO, M E; VAZQUEZ NAVARRETE, M L; ZAPATA BERMUDEZ, Y; GARCIA M H. 2005. Participación social en salud: conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia. Una mirada cualitativa. Revista española de salud pública. Colombia.

DÍAZ BORDENAVE J. 1985. Participación y sociedad. ED: Búsqueda, Buenos Aires.

ETCHEGOYEN OLLETA, J. 1996. Historia de la filosofía. Volumen 2: Filosofía medieval y moderna. Ed. Edinumen, Madrid.

FERRARA, Floreal. 1985. Teoría Social y Salud. Catálogos Editorial, Buenos Aires.

FOUCAULT, M. 1992. La vida de los hombres infames. Cap. 6: La crisis de la medicina o la crisis de la anti medicina. Ed. Altamira

FREIRE, P. 2008. Pedagogía de la esperanza. Ed. Siglo XXI, Madrid.

GATTINO, S. 2005. La complejidad social, la diversidad y la convergencia: tres claves para mirar y hacer con las familias. Bahía blanca, Argentina

GIMENEZ, F. Lecciones sobre John Locke. Filosofía y Educación. Cuaderno de materiales.

GUERRA, Y. 1995. La instrumentalidad del Servicio social en Latinoamérica. San Paulo: Cortez

GLASER, B. y STRAUSS, A. 1967. The discovery of Grounded Theory. Chicago: Aldine.

GLASER, B. 1978. Sensibilidad teórica. Mill Valley, C A: Sociología de prensa.

GONZÁLES E. 1996. Manual sobre la participación y organización para la gestión local. Cali: Ediciones Foro Nacional por Colombia.

GRAMSCI, A. 2001. Cuadernos de la cárcel. Tomo IV- Editorial EDA-

IMIFAP/AMEPSO/IAAP. 1997. Entrelazando la ciencia y la práctica de la psicología. Libro de memorias. México.

INTERNET

[http:// www.clarin.com/diario/2008/03/12/um/m-01626989.htm](http://www.clarin.com/diario/2008/03/12/um/m-01626989.htm) - 21k

<http://www.lacapitalnet.com.ar/hoy/LaCiudad/Noticias/200805172510.html>

JACOBI, PEDRO. 1991. Salud Comunitaria y promoción del desarrollo. Centro Latinoamericano de Trabajo Social. Programa de formación profesional: Módulo III: Participación Popular en Salud. ED Didi de Arteta S.A Servicios Editoriales, Lima, Perú.

MENENDEZ, E. 1992. Grupo doméstico y proceso salud /enfermedad/atención. Del teoricismo al movimiento continuo. Cuadernos médico sociales N° 59. Rosario

NASCIMIENTO, E. 1986. Participación: entre el autoritarismo y la democracia. Servicio social y sociedad. Sao Paulo. CELATS. ED: Didi de Arteta, S.A Servicios Editoriales, Lima: Perú.

NETTO, J P. 1991. Dictadura y Servicio Social: un análisis desde el Servicio Social en Brasil. San Pablo, Cortez.

NICOLETTI, L. 1979. Planificación en salud y participación comunitaria. Servicio social y sociedad. San pablo. CELATS. ED: Didi de Arteta, S.A Servicios Editoriales, Lima: Perú.

OVIEDO, G. 2004. Revista de estudios sociales, N° 18. La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría de la Gestalt.

OSIMANI, N. 2010. Nuestro involutivo sistema nacional de salud. Un análisis comparativo. Parte II

PARRA, G. 2001. Antimodernidad y Trabajo Social: Orígenes y expansión del Trabajo Social Argentino. Espacio Editorial, Argentina.

PNUD, CIDEL. 1993. Informe sobre desarrollo humano. Madrid.

REYES SOLARI, E. 1991. Salud Comunitaria y promoción del desarrollo. Centro Latinoamericano de Trabajo Social. Lima, Perú. Programa de formación profesional: Módulo II: Salud y desarrollo. ED Didi de Arteta S.A Servicios Editoriales.

ROZAS PAGAZA, Margarita. 2002. Una perspectiva teórico metodológica de la intervención en Trabajo Social”. ED: Espacio, Buenos Aires.

ROVERE, M. 1993. Planificación estratégica de Recursos Humanos en Salud. OPS-OMS, Washington.

SABINO, C. 1986. Como hacer una tesis. ED: Humanitas, Buenos Aires.

SAN MARTIN, H. 1984. Salud comunitaria: teoría y práctica. Ed. Díaz de Santos, Madrid.

SÁNCHEZ M. 1986. Metodología y práctica de la participación. Editorial Popular. Madrid.

SCHUTTER A. 1986. Investigación participativa: una opción metodológica para la educación de adultos. México: CREFAL.

SOUZA BRAVO, M., MELLO DE CARVALHO, P Y MORAES FREIRE, S. 1992. Salud Comunitaria y promoción del desarrollo. Centro Latinoamericano de Trabajo Social. Programa de formación profesional: Módulo III: Participación Popular en Salud. ED Didi de Arteta S.A Servicios Editoriales, Lima, Perú.

STRAUSS, A Y CORBIN, J. 2002. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Ed. Universidad de Antioquia, Colombia.

VALLES MARTINEZ, M. 1999. Técnicas cualitativas de investigación social. Cap. IV: La investigación Documental, técnicas de lectura y documentación. Ed. Síntesis, Madrid.

VICHE M. 1989. Apuntes para la participación Democrática desde el país Vasco Valenciano. En sociedad civil e instituciones Democráticas. Editorial Popular: Madrid.

WOLFE M. 1984. La participación: una visión desde arriba. Argentina: CEPAL.

POSGRADO EN SALUD SOCIAL Y COMUNITARIA.2005. Programa Médicos Comunitarios. Modulo II: Epidemiología. Plan federal de salud, Ministerio de salud y ambiente de la nación. ED: Cristián Fèvre Estudio de diseño e impresiones, Buenos Aires.

REVISTA CUBANA DE SALUD PÚBLICA. 2004. Participación social en salud. Ciudad de la Habana. Documento de internet.

REVISTA INTERNACIONAL DE METODOS CUALITATIVOS. 1995. Sandelowski.

RUIZ RUIZ, J. 2009. Análisis sociológico del discurso: métodos y lógicas. Volumen 10, N° 2, Art. 26.

ZIMERMANN, D.H Y WIEDER, D L. 1977. El diario: Diario de la entrevista método. La vida urbana.

ANEXO

DATOS DE LOS ENTREVISTADOS

A: Sexo Femenino. Edad 29 años. Año de ingreso a la institución: 2006.

B: Sexo Femenino. Edad 47. Ingreso en la municipalidad de General Pueyrredón en 1987. Año de ingreso al área de Atención primaria de la Salud: 2000.

C: Sexo Femenino. Edad 47. Año de ingreso a la institución: 1987. Ingreso al Sector Salud 2000.

D: Sexo Femenino. Edad 53. Año de Ingreso al Municipio de General Pueyrredón: 1983. Ingreso al Sector de Atención primaria: 2000/2001.

E: Sexo Femenino. Edad 33. Año de ingreso a la Institución 2005.

F: Sexo Femenino. Edad 44. . Ingresó en la municipalidad de General Pueyrredón en 1993. En el Centro de Salud en el año 2003.

G: Sexo Femenino. Edad 31. Año de ingreso a la institución: 2005.

ÍNDICE

INTRODUCCION.....Pág. 4

FUNDAMENTACION..... Pág. 5

OBJETIVOSDE INVESTIGACIÓN..... Pág. 9

PRIMERA PARTE- REFERENTES TEORICOS

CAPITULO I: Fundamentos ideológico-epistemológicos

1. El proceso de construcción del conocimiento..... Pág.11

2. Supuestos ideológicos..... Pág. 14

CAPITULO II: Aproximación teórica al concepto de percepción

1. Debate filosófico: racionalismo versus empirismo.....Pág. 16

1.1. Locke y su teoría del conocimiento.....Pág. 17

1.2. Hume: crítica del conocimiento.....Pág. 18

2. Antecedentes y contexto histórico del concepto percepción en psicología...Pág. 19

CAPITULO III: Ciencias Sociales y Ciencias de la salud

1. Conformación del campo social-sanitario.....Pág. 23

2. Campo social de la salud.....Pág. 25

CAPITULO IV: Salud y Trabajo Social

- 1. Conformación del campo profesional: orígenes.....Pág. 32**
- 2. El trabajo social hoy.....Pág. 36**

CAPITULO V: Concepto de salud- enfermedad

- 1. Salud/Enfermedad/Atención.....Pág. 39**
- 2. Sistema de Salud en Argentina.....Pág. 41**
- 3. Atención primaria de la salud.....Pág. 43**

CAPITULO VI: Participación Social: Historia y Aproximación teórica

- 1. Aspectos conceptuales sobre participación social..... Pág. 48**
- 2. Servicio Social y Participación Popular..... Pág. 51**
- 3. La participación popular en la renovación del pensamiento político democrático..... Pág. 53**
- 4. Servicio social en salud y la participación popular..... Pág. 55**

SEGUNDA PARTE- DISEÑO METODOLOGICO

- 1. Problema..... Pág. 65**
- 2. Características específicas del trabajo..... Pág. 65**
 - 2.1.Tipo de diseño..... Pág. 65**
- 3. Recolección de Datos..... Pág. 66**
 - 3.1. Universo..... Pág. 66**
 - 3.2. Criterios de construcción de la muestra intencional..... Pág. 66**
 - 3.3. La Unidad de Análisis..... Pág. 68**

3.4. Fuentes de Recolección de Datos.....	Pág. 68
4. Diseño de la entrevista.....	Pág. 72

TERCERA PARTE- ANALISIS DE DATOS

CAPITULO I: Presentación del análisis.....	Pág. 74
---	----------------

CAPITULO II: Presentación de los resultados.....	Pág. 75
---	----------------

1. Percepción de los profesionales entrevistados.....	Pág. 75
--	----------------

1.1. Percepción en relación a la categoría de participación en salud.....	Pág. 75
--	----------------

1.2. Percepción respecto al Ejercicio profesional del Trabajador Social en el marco de la ejecución de Prácticas y Proyectos de Participación en Salud.....	Pág. 80
--	----------------

1.3. Apreciación de la incidencia de estas prácticas en sus comunidades locales.....	Pág. 89
---	----------------

2. Categorías emergentes.....	Pág. 92
--------------------------------------	----------------

CAPITULO III: Conclusiones.....	Pág. 95
--	----------------

BIBLIOGRAFIA.....	Pág. 101
--------------------------	-----------------

ANEXO.....	Pág. 107
-------------------	-----------------