

La relación entre las representaciones sociales sobre la participación en el campo de la salud de los y las usuarios adolescentes y las campañas de la salud en hospitales y centro de salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Grippto, Leticia.

Cita:

Grippto, Leticia (2009). *La relación entre las representaciones sociales sobre la participación en el campo de la salud de los y las usuarios adolescentes y las campañas de la salud en hospitales y centro de salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. V Jornadas de Jóvenes Investigadores. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-089/204>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ezpV/TFo>

La relación entre las representaciones sociales sobre la participación en el campo de la salud de los y las usuarios adolescentes y las campañas de salud en hospitales y centros de salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Leticia Grippo

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología.

leticiagrippo@gmail.com

Introducción.

En esta ponencia presentamos una parte de los resultados de la tesis de maestría “Representaciones sociales de participación en el campo de la salud de adolescentes usuarios/ as del sistema público de salud de la CABA” dirigida por la Dra. Cristina Chardon y co-dirigida por la Lic. Marcela Bottinelli, desarrollada en la Facultad de Psicología de la UBA. Nos referiremos a la relaciones existentes entre las representaciones sociales sobre la participación en el campo de la salud de las y los usuarias/os adolescentes y las informaciones sobre el objeto participación que circulan en el campo por medio de las campañas de salud presentes en las carteleras de hospitales y centros de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Las campañas de salud abordan un único tema: la salud sexual y reproductiva y no se hace mención explícita a la participación en el campo de la salud, sin embargo, se proponen como formas de participación el autocuidado y el acercamiento a hospitales y centros de salud. La escasa información disponible sobre la participación condiciona las posibilidades de los adolescentes de construir representaciones sociales y la mayoría entiende que la participación consiste en el cuidado, la búsqueda de información y el uso del sistema de salud, no apareciendo nociones referidas a la toma de decisiones.

Metodología.

Diseño de investigación.

El diseño de la investigación es de tipo cualitativo, exploratorio y descriptivo. Buscó comprender en profundidad el marco de referencia con el que se desenvuelven los y las usuarios /as adolescentes del sistema público de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en lo referente a la participación. Es de carácter exploratorio debido a la escasa indagación que ha tenido este tema en Argentina y en la ciudad de Buenos Aires en particular.

Muestra.

Se seleccionaron en forma intencional y por la técnica de “bola de nieve” a adolescentes usuarios /as del sistema público de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires teniendo

como criterio de inclusión la accesibilidad. El número de entrevistas de la muestra estuvo sujeto a la saturación conceptual (Córdova 1990).

Tuvimos acceso a 29 adolescentes usuarios/as del sistema público de salud (hospitales y centros de salud) de entre 12 y 19 años, de los cuales el 34,8% son varones y el 65,2% son mujeres. Esta mayoría de mujeres en la muestra, es coincidente con los resultados de otras investigaciones sobre salud adolescente, que plantean la feminización en el uso del sistema público de salud y la reticencia de los varones a utilizar el sistema sanitario (Kornblit, 2005; Zaldúa y otros, 2006). El 72,4% de los/as adolescentes de la muestra son argentinos mientras que el 27,6% proviene fundamentalmente de Bolivia y Paraguay y en menor medida de Perú.

La mayoría de los/as usuarios/as (44, 8%) vive en barrios de la zona sudoeste de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (La Boca, Barracas, San Telmo y Constitución), mientras que el 37, 9% vive en villas de la ciudad, más específicamente en la villa 1/11/14 (Bajo Flores) y en la villa situada en costanera sur. Del total de inmigrantes extranjeros, el 75% vive en la villa 1/11/14. El 17, 2% de los/as entrevistados/as vive en la Pcia. de Buenos Aires.

El 44,8% de los adolescentes vive en familias monoparentales o con tíos/as y hermanos /as mayores y el 55, 2% vive con ambos padres.

La situación socio-económica de estas familias es precaria, ya que muchas de las madres de las familias monoparentales está sin empleo. Mientras que las madres y hermanas que poseen trabajo, son empleadas domésticas o trabajan en peluquerías, es decir que se trata de empleos informales. En las familias en las que están presentes ambos padres, por lo general las madres son amas de casa y los padres se dedican a la construcción, hacen changas o están desocupados.

En relación con la escolaridad de los/as adolescentes, podemos dividir la muestra en cuatro grupos: a) el 44,8% está escolarizado , b) el 13, 8% tienen hijos/as y ha abandonado la escuela secundaria y ni trabaja c) el 27, 6% no terminó la escuela primaria y asiste a las escuelas del PAEBYT (Programa de Alfabetización Educación Básica y Trabajo del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y d) el 10, 3% concurre a la escuela primaria pero tienen sobriedad.

Instrumentos de recolección de datos.

Se tomaron entrevistas en profundidad y grupos focales a la vez que se efectuaron registros de observaciones simples y participantes. En este artículo analizamos los datos surgidos de las entrevistas en profundidad. Se tomaron 29 entrevistas en profundidad a adolescentes varones y mujeres cuyas edades se encuentran comprendidas entre los 12 y los 19 años.

Procesamiento y análisis de los datos.

El análisis de los datos se realizó desde la perspectiva de la Teoría Emergente que propone “la conjunta recolección teórica, codificación y análisis de los datos para posibilitar que el investigador esté atento a la emergencia de categorías” (Glasser y Strauss, 1967). Se trianguló la información obtenida a partir de los instrumentos de recolección mencionados. Se empleó el software de análisis de datos cualitativos Atlas Ti.

Resultados.

El rol del estado en la producción y circulación de representaciones sociales sobre la participación a través de las campañas de salud.

Como señalaba Denise Jodelet en el año 2003 durante la Conferencia dictada en las Primeras Jornadas sobre Representaciones Sociales de la Universidad de Buenos Aires:

“... el estudio de las representaciones sociales dedica su interés a las condiciones de producción y de circulación, las formas, los contenidos, el funcionamiento y las funciones sociales del pensamiento social a través del estudio del sentido común. ... Al contrario de los modelos de la cognición social, que se limitan a aplicar a objetos sociales (el sí mismo, el nosotros, los grupos, las relaciones sociales, etc), los modelos de la psicología cognitiva, centrados sobre procesos intramentales, el modelo de la representación social intenta salir del solipsismo interior para acercar las condiciones sociales y culturales de la producción del sentido común, tomando en cuenta las comunicaciones sociales y la pertenencia de los sujetos sociales a ámbitos y grupos particulares” (Jodelet, 2003).

Sabemos que las representaciones sociales se construyen a partir de las conversaciones entre los sujetos, a partir de los medios de comunicación y de los valores de una sociedad que se expresan en sus instituciones jurídicas, educativas, políticas, etc (Chardon, 2008).

Podemos decir entonces tal como lo explica Sandra Jovtelovich, que la construcción de las representaciones sociales tiene lugar en el espacio público, terreno en el que se generan, se cristalizan y se transforman; existiendo:

“una relación estructural entre las prácticas comunicativas de la esfera pública, las representaciones sociales y los usos del poder. Los medios masivos de comunicación, los grupos de conversación y las narrativas constituyen fenómenos que como tales son constitutivos tanto de la esfera pública como de las representaciones sociales. En otras

palabras , las RRSS se desarrollan a través de los medios, de las conversaciones y de las narrativas y por otro lado estos tres fenómenos son en sí prácticas comunicativas que caracterizan y constituyen los espacios públicos” (Jovtelovich en Chardon, 2008).

La transmisión de las representaciones sociales se efectiviza por medio de tres procesos a través de los cuales circulan y son difundidas: la propaganda, la propagación y la difusión. Procesos caracterizados por propiedades estructurales diferentes de acuerdo a los efectos buscados sobre la audiencia. Para Abundiz, la comunicación /divulgación de las representaciones sociales basada en los mencionados procesos, es el articulador a partir del cual los sujetos se apropian de su propio sentido comunicacional. Para esta autora, los procesos comunicacionales son siempre y al mismo tiempo procesos institucionales por medio de los cuales los sujetos son regulados en su pensamiento y en sus prácticas sobre los objetos de representación.

En el caso del espacio público, la producción y circulación de las representaciones sociales se da por medio de las instituciones estatales a través de procesos de propagación que apuntan a la modificación de las actitudes de los sujetos y de procesos de propaganda que buscan crear y reforzar estereotipos (Abundiz, 2007).

Bourdieu sostiene que el estado tiene el poder de generar e imponer categorías de pensamiento que los sujetos naturalizamos y aplicamos en forma espontánea. Esas categorías de pensamiento se instituyen por medio de las políticas públicas y en tanto representaciones sociales seleccionan algunos elementos del objeto a ser representado y dejan por fuera otros atributos.

“...Si el Estado está capacitado para ejercer una violencia simbólica es porque se encarna a la vez en la objetividad bajo la forma de estructuras y mecanismos específicos y también en la “subjetividad”... bajo la forma de estructuras mentales, de categorías de percepción y de pensamiento” (Bourdieu, en Graziano y otras, 2009).

El estado al imponer categorías de pensamiento, tiene además una particularidad, su carácter de árbitro imparcial, lo cual le otorga mayor legitimidad frente a otros sectores sociales.

Las políticas públicas diseñan y ponen en marcha intervenciones que tienen como objetivo transformar o incidir en las condiciones de vida de las personas, construyen un perfil de sujeto destinatario de la acción estatal y simultáneamente establecen los temas pertinentes para cada grupo de destinatarios. Las instituciones estatales son los espacios privilegiados para la implementación de las políticas de estado y en consecuencia, son los canales institucionales por medio de los cuales se producen y circulan las representaciones sociales.

En el campo de la salud, son los hospitales y centros de salud las instituciones encargadas de difundir la información sobre la participación en el campo de la salud.

Los carteles de las campañas de salud: contenidos, estrategias comunicativas y el objeto participación en el campo de la salud.

Retomando esta concepción es que nos interesamos por las campañas de salud existentes en las carteleras de los hospitales y centros de salud, ya que pensamos que constituyen un canal institucional de comunicación entre la población adolescente y los efectores. Cabe aclarar que cuando nos referimos a la cartelera no estamos pensando solamente en un soporte físico para colgar carteles sino que estamos pensando en todo el espacio del servicio destinado a la circulación de mensajes, de comunicaciones, informaciones y representaciones.

Para el análisis nos basamos en los afiches registrados en las carteleras de dos hospitales y un centro de salud de la CABA, en los que hicimos registro etnográfico durante 8 meses de trabajo en terreno. Solamente encontramos 3 carteles de campañas de salud dirigidos a usuarios /as adolescentes.

El primer punto que identificamos es que estos carteles fueron producidos por diferentes niveles de gestión estatal: el Gobierno de la CABA, la Municipalidad de Berazategui y el tercero fue confeccionado por dos programas de la Provincia de Buenos Aires: el Programa Nacional de Lucha contra los R.H, el SIDA y ETS y el Programa de Prevención del VIH-SIDA. Un dato a resaltar es que si bien el registro se hizo en un centro de salud de la ciudad, solamente uno de los carteles correspondía al Gobierno de la CABA.

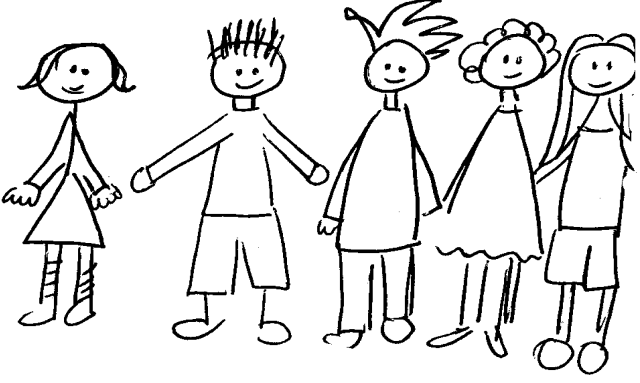
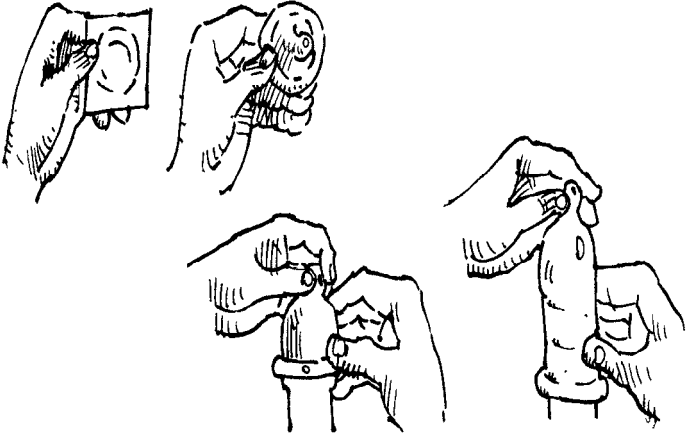
Nos centraremos ahora en el análisis de aspectos de forma y contenido de los carteles de las campañas de salud para lo cual nos centramos en las 3 estrategias comunicativas que emplean los emisores para dirigirse al público adolescente: una estrategia de empatía que al mismo tiempo crea un perfil de destinatario, una estrategia para la modificación de conductas y una estrategia informativa. Estas tres estrategias se usan en forma combinada en todos los carteles. Es justamente la estrategia de empatía la que nos permitió identificar los afiches dirigidos al público adolescente, ya que no aparecía en otros afiches de las carteleras.

A continuación veremos de qué manera aparecen combinadas las estrategias descriptas y la combinación de formato y contenido en cada uno de los carteles.¹

¹ No pudimos tomar fotografías de los carteles de la cartelera de manera que reprodujimos el registro etnográfico.

Cartel del Gobierno de la CABA.

El primer dato que llama la atención es el tamaño reducido (30 cm x 40 cm.) del afiche que contrasta con el tamaño de los carteles del Municipio de Berazategui y el Cartel del Programa Nacional de Lucha contra los R.H, el SIDA y ETS y Programa de Prevención del VIH-SIDA de la Provincia de Buenos Aires. Este dato indica la escasa inversión de la ciudad en las campañas de salud dirigidas a adolescentes. Quizás por este motivo los profesionales del centro de salud decidieron armar la cartelera con afiches de otros niveles de gestión estatal.

<p>GRATIS.</p> <p>¿Vamos?</p> <p>Me da vergüenza.</p> <p>No seas forro.</p> <p>FORROS GRATIS. Teléfono 0800...</p> 	<p>¿SABÉS CÓMO SE USA?</p>  <p>[Direcciones de centros de salud y teléfonos.] Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.</p>
---	---

En lo referente al contenido, este cartel aborda como tema general la salud sexual y reproductiva pero se centra únicamente en el acceso gratuito a los preservativos y en el uso correcto de los mismos.

Para acceder a las y los adolescentes, el Gobierno de la CABA busca generar un vínculo de empatía con sus destinatarios pero en primer lugar ubica un contenido que pone en evidencia

la visión que tiene sobre la población adolescente. Al privilegiar formalmente el contenido “GRATIS”, ya que se encuentra ubicado a la izquierda y arriba, es decir que es lo primero que se lee dentro de la estructura de lectura occidental (de izquierda a derecha y de arriba a abajo), en letra mayúscula de imprenta; puede verse la fuerte creencia por parte del emisor de que el interés central de las y los adolescentes está puesto en el hecho de que algo sea gratis.

El segundo mecanismo para generar empatía es la reproducción de un supuesto diálogo entre adolescentes donde pareciera que se intenta mostrar diferentes actitudes adolescentes frente a la oferta gratuita de preservativos que hace el sistema de salud, así en diferentes globos dentro de un formato de historieta se hace referencia a supuestos sentimientos típicos adolescentes: “No seas forro”, “¿Vamos?” y “Me da vergüenza”. Como vemos también se intenta reproducir el lenguaje informal que supuestamente hablan cotidianamente las y los adolescentes. Debajo del diálogo se refuerza nuevamente la idea de la gratuidad de los preservativos con la frase en letra de imprenta mayúscula: “FORROS GRATIS”.

Otro recurso empleado para llamar la atención adolescente son las ilustraciones de adolescentes con peinados y vestimentas de diseño y los bordes del afiche en naranja y negro. El emisor confía en que las y los usuarias/os adolescentes se reconocen como destinatarios del mensaje al identificar las caricaturas.

En este cartel se utilizó una estrategia informativa por medio de la cual se comunican tres informaciones: un número de teléfono gratuito para hacer consultas, una explicación sobre el uso correcto del preservativo y números de teléfono y direcciones de todos los centros de salud de la CABA.

La explicación sobre el uso del preservativo figura después de un intento por hacer más cercano el vínculo del emisor con el receptor adolescente por medio de la pregunta en segunda persona del singular: “¿Sabés cómo se usa?” y por estar seguida de dibujos explicativos que clarifican el mensaje, se pasa de la palabra a la ilustración. Esta explicación se encuentra en un segundo plano discursivo, es accesorio al mensaje gratis. Con lo cual la distribución gratuita del condón es lo que se considera estratégico. Un aspecto interesante es que esa misma explicación con las ilustraciones figura en los instructivos que traen los preservativos, con lo cual esta información en el afiche sólo cumpliría una función de redundancia.

La combinación de las diferentes estrategias comunicativas y los contenidos abordados terminan definiendo un perfil de adolescente: las y los adolescentes siempre están en grupo, sólo están interesados en la sexualidad; o al menos ese es el único aspecto de la vida adolescente que compete al estado. Es un adolescente que concibe la sexualidad como una

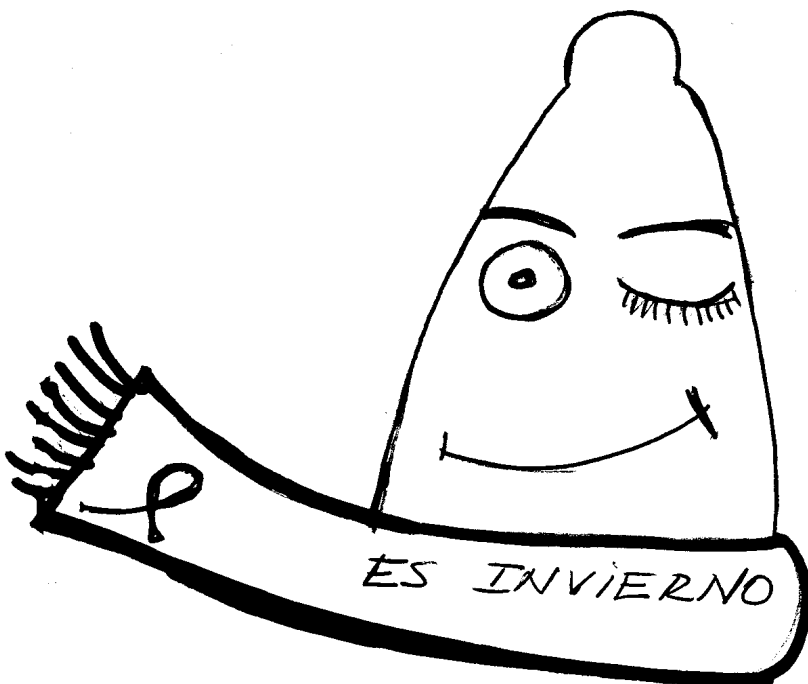
práctica biológica sin implicaciones afectivas, y que debe ser responsable de su cuidado personal exclusivamente sin preocuparse por el bienestar de su pareja.

Cartel de la Municipalidad de Berazategui.

MUNICIPALIDAD DE BERAZATEGUI.

DÍA MUNDIAL DE LUCHA CONTRA EL SIDA.

PARA EL AMIGO SIEMPRE



ABRIGALO!!!!

AUSPICIA HONORABLE CÁMARA DE SENADORES DE LA PCIA. DE BUENOS AIRES.

Como estrategia para producir empatía con las y los adolescentes, el Municipio recurre a un chiste acompañado de la ilustración de un profiláctico antropomórfico abrigado con una bufanda que está guiñando un ojo y sonríe, que ocupa casi todo el afiche. El guiño es un gesto de complicidad, que no solo puede aparecer entre adolescentes, sino entre los adultos y que posee una importante carga cultural ya que es una señal universal en occidente que significa que se comparte el mismo universo de significados y motivaciones.

El uso del chiste permite al emisor generar complicidad con el destinatario al igual que la frase: “Para el amigo siempre es invierno, abrigalo”.

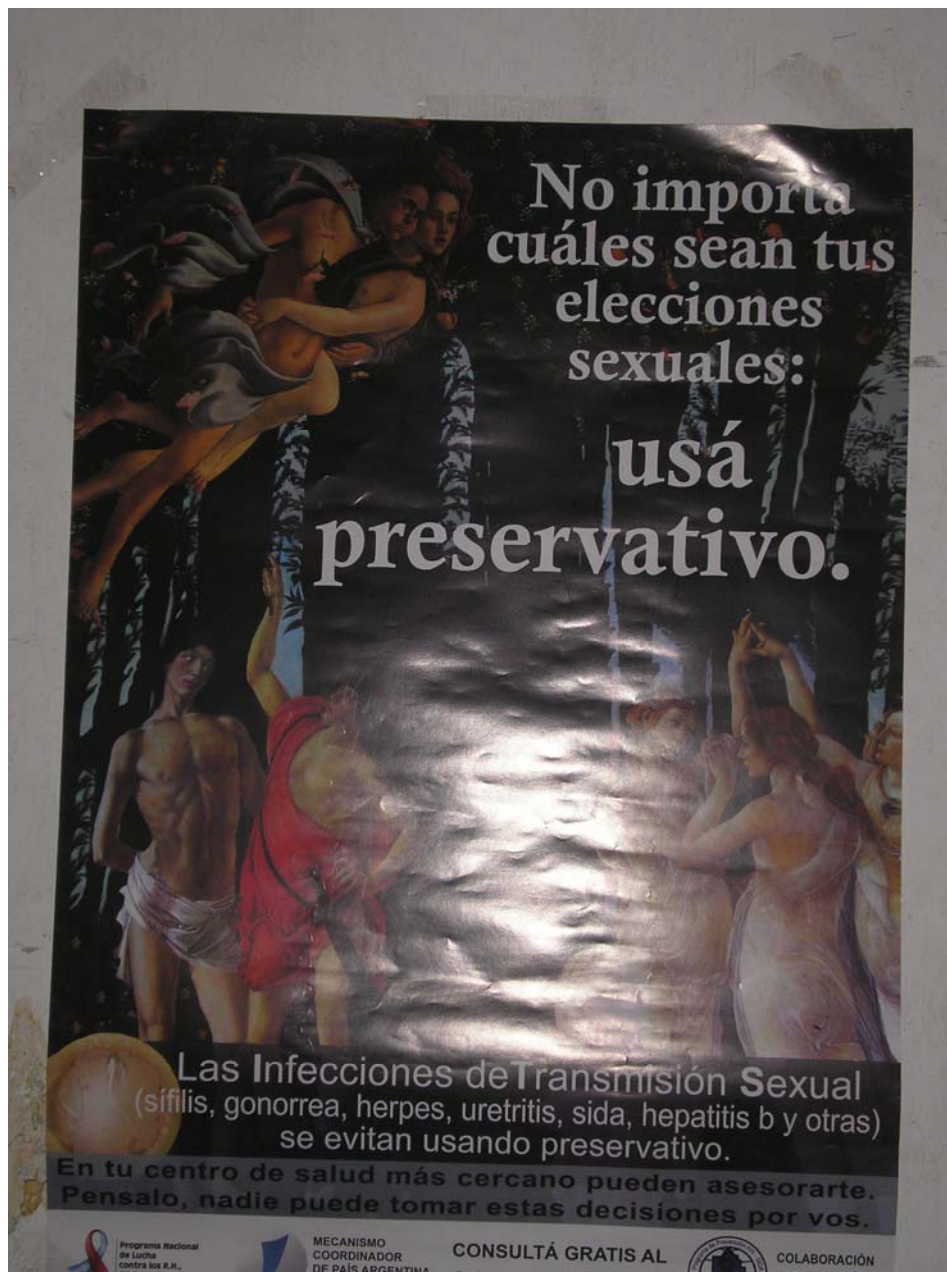
El cartel juega con todos estos significados de complicidad y doble sentido que oculta en alguna medida el carácter institucional de la comunicación: ya que el emisor es la Municipalidad de Berazategui y está auspiciado por la Honorable Cámara de Senadores de la Provincia de Buenos Aires.

El público objetivo de este cartel parecen ser los varones por la terminología empleada ya que es común entre ellos denominar al pene “amigo” y decir “al amigo abrigalo” es una clara alusión al acto de protegerse con el condón de los varones al tener relaciones sexuales. De manera que la estrategia informativa se entremezcla con el chiste y la parte de la frase que dice “siempre es invierno” significa que la protección debe ser permanente y de ningún modo ocasional. Si bien estos elementos dan cuenta de la estrategia de empatía, al mismo tiempo son una forma de transmitir información aunque de una manera muy indirecta. De hecho, este cartel se caracteriza por no brindar ninguna otra información adicional: ni teléfonos ni direcciones de hospitales ni de centros de salud. Entonces podemos decir que el contenido de la información es muy restrictivo.

La frase citada termina con “abrigalo” seguido de signos de admiración que cumplen la función de reforzar la consigna. Como dijimos anteriormente el uso de verbos en modo imperativo es el recurso del emisor para que los usuarios modifiquen sus conductas y para que adquieran hábitos de cuidado, como en este caso el uso del preservativo.

En cuanto al contenido, nuevamente el tema es la salud sexual y reproductiva pero en este caso se acota el universo de destinatarios al estar dirigido exclusivamente a varones, por lo cual se puede decir que el emisor considera que el cuidado en lo referente a la sexualidad es una práctica masculina quedando excluidas las mujeres. En este caso la sexualidad es vista desde una perspectiva biologicista y pragmática y desde una perspectiva machista.

Cartel del Programa Nacional de Lucha contra los R.H, el SIDA y ETS y Programa de Prevención del VIH-SIDA de la Provincia de Buenos Aires.



Este cartel a diferencia de los dos anteriores fue realizado en forma conjunta por dos actores. El elemento que nos permitió identificar al público destinatario fue la imagen en la cual se muestran varones y mujeres jóvenes y las estrategias de empatía utilizadas. En este caso los emisores no utilizan como estrategia de empatía el mismo lenguaje que las y los adolescentes, tampoco emplean chistes ni buscan ponerse a la par del destinatario sino que hacen uso de un lenguaje cercano y comprensivo al usar frases como “No importa cuáles sean tus elecciones sexuales” o “En tu centro de salud más cercano pueden asesorarte. Pensalo, nadie puede tomar estas decisiones por vos”. Estas frases además invitan a una actitud reflexiva por parte de las y los usuarios/os y si bien en esta campaña también se hace uso del modo imperativo

para lograr que el destinatario modifique sus conductas o bien adquiriera formas de autocuidado al usar la frase “Usá preservativo”, el tono general del cartel adopta la forma de consejo antes que de impeler al cuidado.

Si bien una vez más la salud sexual y reproductiva es el tema elegido para informar a las y los adolescentes y jóvenes, en este caso el abordaje del tema se da desde una mirada más integradora y respetuosa de las elecciones sexuales, que reconoce y visibiliza la diversidad sexual. Tema tabú en los carteles que analizamos anteriormente. La diversidad sexual es abordada tanto por medio de la frase “No importa cuáles sean tus elecciones sexuales” como por medio de la imagen, la cual consiste en recorte y reedición de tres cuadros de Sandro Botticelli “La primavera” (1482), “El nacimiento de Venus” (1484), y “San Sebastián” (1474). No hay ninguna referencia textual pero en la imagen pueden verse tres grupos de personajes que podrían interpretarse como la representación de la relación heterosexual, la representación de la relación homosexual masculina o “gay” y la relación homosexual femenina o “lesbiana”. Cabe plantearse lo curioso de esta estrategia tan ambigua, rebuscada y lejana cuya efectividad es más que dudosa.

En cuanto a la información que proporciona, nombra aunque no explica las enfermedades de transmisión sexual y explica que son evitables mediante el uso de preservativos. También da un número gratuito para llamar y hacer consultas.

El destinatario que construye esta campaña de salud es una persona joven o adolescente capaz de decidir y de pensar sobre el cuidado de su salud. En concordancia con los afiches anteriores el cuidado de la salud se justifica para evitar las enfermedades de transmisión sexual.

La salud sexual y reproductiva como eje de las campañas de salud.

Todos los emisores abordan a través de los carteles un único tema: la salud sexual y reproductiva. Esta coincidencia da cuenta del paradigma desde el cual los emisores piensan las campañas de salud dirigidas a los usuarios/as adolescentes. Las políticas y programas para la adolescencia vienen siendo elaborados desde tres paradigmas que coexisten actualmente: el paradigma tradicional que ve a la adolescencia como un período preparatorio para el futuro, el paradigma que concibe la adolescencia como problema y expuesta a peligros y el paradigma que reconoce a las y los adolescentes como ciudadana/os.

El segundo paradigma ve a la adolescencia como una etapa problema y al mismo tiempo como una población expuesta a factores de riesgo.

“... cuando se descubre que una impactante proporción de las muertes durante la adolescencia se producen por las llamadas causas externas. Se modifica así el paradigma que establecía la equivalencia “adolescencia=edad más sana” por el paradigma “adolescencia=etapa de riesgo” y se focaliza la atención de los y las adolescentes de acuerdo al problema específico de que son portadores...La prevención y atención se organiza para la eliminación de estos problemas y peligros sociales más que para el fomento del desarrollo integral de los grupos de adolescentes y jóvenes... Fueron los problemas de salud sexual y reproductiva los primeros en poner a la adolescencia en el tapete como sujeto prioritario de atención de la salud” (Krauskopf, 2003).

Al centrar las comunicaciones dirigidas a las y los adolescentes exclusivamente en la salud sexual y reproductiva, puede pensarse que los emisores adhieren al paradigma de la adolescencia expuesta a factores de riesgo. Al no encontrar carteles que comuniquen sobre temas relacionados con el desarrollo integral en la adolescencia, podemos pensar que esta mirada entra en conflicto con el paradigma que concibe a las y los adolescentes como sujetos de derecho.

¿Qué discursos sobre la participación promueven los carteles de las campañas de salud?

Varios autores y autoras han trabajado sobre las concepciones de participación en salud que sustentan los sistemas de salud especialmente desde la Conferencia de Alma Ata, así Nirenberg plantea que:

“La participación social en salud puede entenderse al menos en dos grandes sentidos: -Como un proceso de autocuidado y cuidado mutuo de las personas, las familias y los grupos, para conservar, recuperar o mejorar su bienestar físico y psíquico...Como un proceso de intervención de los actores de la sociedad civil en la formulación de las políticas, planes y programas y en la gestión de los servicios de salud, en forma continua” (Nirenberg, 2003).

Menéndez por su parte sostiene que si bien se produjo un incremento del uso en las declaraciones de definiciones de participación en salud en términos de control, poder y autogestión comunitarios, estas definiciones en realidad se concretan en *“una amplia gama de actividades que van desde el autocuidado individual hasta la gestión comunitaria, pasando por los grupos de autoayuda. Este concepto, articulado con el de estilo de vida, ha sido referido al control y toma de decisiones que los sujetos generan respecto de su vida y su salud” (Menéndez, 2006).*

En el caso de las campañas de salud que estamos analizando, los carteles están muy lejos de proponer una concepción de participación que implique la intervención de las y los usuarias/os en la formulación de las políticas, planes y programas y en la gestión de los servicios de salud; lo cual implicaría en última instancia la participación de las personas en la toma de decisiones y el ejercicio del poder sobre los temas que les conciernen y los afectan. De hecho, la participación no es ni siquiera mencionada, pero sí se proponen formas de participación relacionadas con el autocuidado, la información y el uso del sistema de salud a la vez que se busca concientizar a la población sobre las causas y la solución de las enfermedades que se pueden contraer si se tienen relaciones sexuales sin protección. La concepción de participación que se expresa en los carteles apunta a regular el estilo de vida de las personas y al autocontrol. Esta concepción de participación responsabiliza a las y los usuarias/os por sus problemas de salud y oculta las implicancias del modelo médico hegemónico. Al mismo tiempo se pauta un único modo de participar en los centros de salud y hospitales: el acercamiento para la consulta y las llamadas telefónicas.

¿Cómo construyen las y los usuarias /os adolescentes sus representaciones sociales sobre la participación en el campo de la salud?.

Las representaciones sociales son la forma que tienen las personas de interpretar la realidad cotidiana. Constituyen el pensamiento social o de sentido común y permiten la elaboración de los objetos sociales que son relevantes para una comunidad (Moscovici, 1963). Sabemos que lo social interviene de diversas maneras para la construcción de las representaciones. En primer lugar, a través del contexto concreto en el que las personas desenvuelven sus vidas cotidianamente, el cual conforma la arena sobre la que se elaboran las representaciones. En segundo lugar, a través de la comunicación que se da entre los grupos que conforman una comunidad (Jodelet, 1986).

Teniendo en cuenta lo planteado anteriormente podemos afirmar que las representaciones sociales de los y las adolescentes dependen de la difusión que se da en el campo a la participación, de las prácticas culturales que habilitan espacios para participar y del modo que los profesionales de la salud se comportan en relación con la participación en la adolescencia. Para indagar sobre las representaciones sociales acerca de la participación de los y las usuarios/ as emplearon dos instrumentos de recolección: entrevistas en profundidad y grupos focales. Los resultados de las entrevistas muestran que la mayoría de los y las adolescentes entrevistados han elaborado representaciones sociales sobre la participación en el campo de la salud y que sólo una minoría no pudo responder.

Las y los adolescentes piensan que la participación en el campo de la salud consiste en la búsqueda de información, el cuidado y el uso del sistema de salud. Es necesario aclarar que la diferencia de frecuencia entre las categorías es mínima, de manera que puede afirmarse que todas estas representaciones sociales sobre la participación en el campo de la salud coexisten en forma simultánea entre la población adolescente. A continuación desarrollaremos en profundidad cada una de las categorías mencionadas.

La participación entendida como Cuidado: el autocuidado y la construcción del cuidado desde la alteridad.

El grupo de entrevistados que entiende que participar en el campo de la salud consiste en prácticas de cuidado está compuesto por una mayoría de mujeres que tienen entre 15 y 19 años de edad y por un solo varón de 16 años.

Al interior de este grupo, solamente una mujer considera que la participación en el campo de la salud consiste exclusivamente en el autocuidado. Ella nos comentaba que: *“Participar es cómo cuidarse cada uno”* (Mujer, 17 años).

El resto de las entrevistadas, entiende que la participación en el campo de la salud consiste en forma simultánea en prácticas de autocuidado y cuidado colectivo.

Así, una adolescente de 19 años nos explicaba que ella creía que era necesario prestar más atención al cuidado individual de la salud, pero por otro lado, sostenía que por lo general las personas no cuidan su salud, haciendo referencia a la necesidad de que los otros también se cuiden: *“Que tenemos que cuidarnos un poco más la salud y prestarle atención porque nadie se cuida”* (Mujer, 19 años).

Mientras que una adolescente de 15 años nos decía que para ella la participación en el campo de la salud consistía en forma simultánea en una práctica de autocuidado y de cuidado colectivo: *“Cuidarse uno mismo... Participar en salud, no sé, cuidarse todos los días. Tienen que hacerlo todos porque si uno hace una cosa y los demás no, no sirve de nada”* (Mujer, 15 años).

El adolescente varón de 16 años nos explicaba que para él participar en el campo de la salud implicaba la conformación de un grupo de personas para con el objetivo de prevenir la enfermedad: *“Un grupo para cuidar a las personas de no enfermarse”* (Varón, 16 años).

Podemos decir que bien los y las usuarios/as adolescentes portan representaciones de participación en el campo de la salud entendidas como cuidado personal, lo cual podría llevarnos a pensar erróneamente que predomina una mirada individualista acotada al autocuidado, la mayoría reconoce dos niveles del cuidado y por ende de participación en el

campo de la salud, un nivel asociado al cuidado personal y un segundo nivel de cuidado que implica la preocupación por los otros. Esta última acepción de la participación en el campo de la salud aparece en el discurso tanto en términos de prevención como es el caso del adolescente que entiende que participar en el campo de la salud significa armar un grupo para que la gente no se enferme; como en términos de culpabilización de aquellos que no se cuidan, ya que se considera que la falta de cuidado individual termina repercutiendo en la salud colectiva. Las representaciones sobre la participación en el campo de la salud de las y los adolescentes hacen referencia a otros en el discurso, es decir que entienden que la participación en el campo de la salud implica la alteridad.

La noción de alteridad ha sido trabajada por varios autores desde la teoría de las representaciones sociales, quienes sostienen que la alteridad implica:

“La noción de otro aparece cuando se encara esa región intersubjetiva o intermental, cuando los otros son reconocidos. Se tienen en cuenta ciertos indicios que nos permiten comprender a otro o acordarnos de ellos/as”
(Chardon y otros, 2007).

Las y los usuarias/ os adolescentes del sistema de salud de la CABA, pueden pensar en un otro a quien cuidar, es decir, pueden pensar en términos de alteridad, lo cual habilita prácticas de ciudadanía. La participación en el campo de la salud concebida como el cuidado hacia otros, resulta innovadora en relación con las representaciones sociales hegemónicas del campo de la salud que asocian la participación con prácticas de autocuidado. Si bien en el discurso de los y las adolescentes aparece la idea de participación en el campo de la salud conceptualizada como cuidado personal, la misma convive con una representación social novedosa, la participación definida en términos de cuidado hacia un otro/a.

La participación en el campo de la salud entendida como Búsqueda de Información, Aprendizajes y Diálogo.

Un grupo de usuarios/as compuesto por mujeres cuyas edades oscilan entre los 15 y los 19 años dijeron que participar en el campo de la salud consiste en la búsqueda de información. Al interior de este grupo distinguimos subgrupos de adolescentes que piensan que la participación en el campo de la salud consiste en la búsqueda de información asociada a aprendizajes, al cuidado o al diálogo.

Las adolescentes que citamos a continuación relacionan la búsqueda de información con los aprendizajes.

Una adolescente de 19 años nos decía que para ella participar en el campo de la salud significaba aprender y al mismo tiempo buscar información, actividades íntimamente relacionadas ya que en toda situación de aprendizaje circula información: *“Información, aprender, informarse sobre lo que está pasando últimamente”* (Mujer, 19 años).

Otra adolescente de 16 años menciona que participar en el campo de la salud tiene que ver con aprender a cuidarse: *“Tratar de saber en cómo nos podemos cuidar nosotros”* (Mujer, 16 años).

Ambas usuarias recortan un objeto sobre el cual buscan información: una busca información sobre lo que sucede en la actualidad y la otra sobre el cuidado. Es importante destacar que las adolescentes se ven a sí mismas como sujetos activos en la búsqueda de información y resulta significativo que ninguna aclara quién/es están en condiciones de proveer la información ni momento ni lugar donde buscan la información. Es decir, que no hacen referencia a los contextos de producción ni de circulación de la información.

Mientras que estas usuarias consideran que la búsqueda de información y los aprendizajes son prácticas individuales, otras piensan que se trata de prácticas colectivas y valoran positivamente la presencia y los conocimientos de otras /os. Estas prácticas colectivas involucran tanto a pares como adultos en situaciones de diálogo y aprendizaje. Las edades de las usuarias que hablan de prácticas colectivas van de los 15 a los 18 años.

“Me parece que es para ver cómo nos podemos cuidar mejor y tratar de informarnos más.

E- ¿Vos sola o con otros?

S- Cuando son muchos es mejor, porque vos sabés algo que el otro no sabe como que lo hablás. Sí, es mejor que sean muchos.

E- ¿De cualquier edad?

S- Está bueno hablar con gente de tu edad y también con gente más grande. No sé si de alguna edad, mientras que tengan ganas de participar” (Mujer, 15 años).

Esta entrevistada resalta las ventajas de compartir conocimientos con otras/os porque considera que el espacio colectivo permite el diálogo y valora el intercambio entre pares tanto como el intercambio intergeneracional.

En esta misma línea otra adolescente contaba que para ella participar en salud consiste en compartir sus conocimientos: *“... explicarle a personas cuestiones sobre la salud”* (Mujer, 18 años).

Es un dato interesante que estas adolescentes mujeres se ven a sí mismas como poseedoras de información y con capacidad de transmitirla a otros/ as. Esto indicaría que para ellas la información no es monopolio de los adultos en general ni del personal del sistema de salud en

particular, y que ellas se reconocen como poseedoras de conocimientos y tienen legitimidad para enseñarlos a otras personas.

La participación en el campo de la salud entendida como la práctica de conversar o dialogar con los demás también es compartida por un único varón de 13 años: *“Participación, que hablan de la salud” (Varón, 13 años).*

La participación en el campo de la salud entendida como Uso del sistema de salud.

Dentro de esta categoría agrupamos las respuestas de los y las usuarios /as adolescentes que concebían la participación en el campo de la salud como la práctica de hacer uso de los diferentes efectores del sistema de salud (hospitales y centros de salud) así como acudir al médico. Se trata de un grupo mixto de adolescentes cuyas edades van de los 12 a los 18 años.

Veamos algunos ejemplos: *“Participar en salud para mí es ir al hospital...” (Mujer, 15 años)* y otra adolescente de 18 años decía: *“Por ahí podés participar voluntariamente en un centro de salud” (Mujer, 18 años).*

Mientras que un adolescente varón de 12 años nos decía que para él la gente participa en el campo de la salud cuando va al médico: *“A la gente le gustaría ir a veces cuando está mal o cuando tiene problemas o esas cosas... ir al médico” (Varón, 12 años)*

Por su lado algunos de los adolescentes varones de 13 a 18 años asocian la participación en el campo de la salud con la asistencia a talleres.

“Participación en salud, participación en salud. O sea, ¿en el ámbito de todo? No sé como decir, sí, creo que significa que la gente que si quiere puede participar de la salud en el sentido de los talleres...” (Varón, 18 años).

Es interesante retomar nuevamente el análisis de las carteleras porque las campañas de salud proponen claramente que participar consiste en acercarse a los centros de salud y hospitales, y en ese sentido existe una coincidencia total entre el tipo de participación que se promueve desde el estado y las representaciones sociales sobre la participación en el campo de la salud de este grupo de adolescentes.

Creemos que esta coincidencia excede sin embargo la propuesta de los carteles y que corresponde a lo que varios autores denominan modelo asistencialista de salud:

“... Algunos plantean que hay un modelo asistencialista predominante, que no aparece sólo desde las instituciones, sino fundamentalmente desde la gente... Hay razones de orden ideológico. Una primera barrera está en el concepto de salud ... la salud como un cosa que la perdés y te la devuelve el médico... el obstáculo es la política de salud y la concepción

asistencialista. Esto lo podemos relacionar con el modelo médico hegemónico que plantea E. Menéndez, este modelo de atención en salud que predomina en nuestra sociedad, tanto desde las prácticas técnicas como en la concepción de los usuarios, se caracteriza entre otros por: individualismo, tendencia a la medicalización, mercantilismo, actitud subordinada y pasiva de los consumidores, exclusión del consumidor del acceso de conocimientos, énfasis en la percepción de los padecimientos y problemas” (Güida, 1999).

Conclusiones.

Las carteleras de hospitales y centros de salud brindan información a partir de la cual las y los adolescentes construyen sus representaciones sociales sobre la participación en el campo de la salud. Ya vimos que las campañas de salud dirigidas a la población adolescente se caracterizan por brindar información sobre la manera de prevenir las ETS así como por dar teléfonos y direcciones de los centros de salud. También vimos que si bien no se menciona la participación en forma explícita, se propone participar por medio del autocuidado y del uso del sistema de salud. En consecuencia, podemos decir que en cierta medida las representaciones sociales sobre la participación en el campo de la salud de las y los usuarias/os reproducen las ideas que circulan en el campo. Sin embargo, las representaciones sociales de algunos adolescentes exceden la información del campo de la salud ya que plantean que el cuidado implica no solo cuidado personal sino también el cuidado de otros, es decir que aluden a la alteridad y plantean la importancia del cuidado colectivo.

En el mismo sentido, las representaciones sociales que asocian la participación en el campo de la salud con aprendizajes y diálogos entre pares y adultos superan las nociones de participación como el acceso a la información, que es la noción dominante en el campo.

Podemos decir que las representaciones sociales de los adolescentes asignar nuevos significados a la participación y en consecuencia superan las representaciones sociales dominantes en el campo de la salud.

Retomando el análisis de las campañas de salud, vemos que si bien invitan a las y los usuarias/os a acercarse a los centros de salud y hospitales, no proponen una participación activa invitando a preguntar, a hablar con los profesionales o a participar de talleres. No se proponen instancias de diálogo entre actores, espacios para compartir conocimientos y reflexionar en forma colectiva.

En ninguno de los carteles se mencionan los derechos de las y los usuarias/os adolescentes, entre los cuales destacamos especialmente el cumplimiento del derecho a expresarse pero también de garantizar el derecho a buscar, recibir y difundir información, ya que ambos son

elementos esenciales de la participación y constituyen el primer paso en cualquier proceso de empoderamiento adolescente. El cual se da como “una progresión que va desde la mera información hacia la participación, el fortalecimiento con el compromiso, la culminación con el empoderamiento que se expresa en la toma de decisiones y la iniciativa en las acciones” (UNICEF, 2001).

En este caso, si bien se informa a las y los adolescentes, la información se refiere únicamente a la salud sexual y reproductiva y desde un enfoque reduccionista y biologicista. Podemos decir que las y los adolescentes no acceden a la totalidad de la información concerniente a su salud integral.

A modo de síntesis, podemos decir que queda pendiente para las instituciones de salud y las campañas de salud, garantizar lo planteado por la Convención de los Derechos del Niño, que establece el derecho de los adolescentes a “... *participar y ser actores de su propio desarrollo, a expresar libremente sus opiniones... esto implica no sólo la protección de sus derechos sino la apertura de espacios en los que puedan hacer escuchar sus voces, ampliar la conciencia que la comunidad y la sociedad tienen sobre sus necesidades a través de procesos reales de participación*” (UNICEF, 2001)

Bibliografía.

Abundiz, S V (2007). Elementos de la construcción, circulación y aplicación de las representaciones sociales. En Rodríguez, T y García, M L (coordinadoras). *Representaciones sociales. Teoría e investigación*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.

Chardon, M.C. (2008). Representaciones y construcción del conocimiento social. La construcción de la alteridad y el cuidado, en educación formal y no formal. 9na. Conferencia Internacional de Representaciones Sociales. Bali, Indonesia.

Chardon, M.C; Bottinelli, M.M; Grippo, L; de la Cruz Mayol, J; Ferreyra, M. (2007). *El cuidado como construcción social: los actores y las prácticas*. II Jornadas Nacionales de Representaciones Sociales “Representaciones sociales, minorías activas y memoria social”. UBA, UNQ.

Glasser; Strauss (1967). El descubrimiento de la teoría emergente. Ed. Aldine. Nueva York, Estados Unidos.

Graziano, F; Jorolinsky, K; López, A (2009). *Políticas sociales para Jóvenes en la Ciudad de Buenos Aires*. Grupo de Estudios sobre Infancia, Adolescencia y Juventud. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales. UBA. Publicación en línea: <http://www.observatoriojovenes.com.ar/>

Güida, C; Perea y otros. (1999). Participación Comunitaria en el 1er Nivel de Atención en Salud. Universidad de la República. Intendencia Montevideo.

Jodelet, D (2003). Conferencia dictada en las Primeras Jornadas sobre Representaciones Sociales [publicación en cd]. Primeras Jornadas sobre Representaciones Sociales CBC-UBA, 2003. Buenos Aires: CBC - UBA.

Jodelet, D (1986). “La representación social: fenómenos, concepto y teoría” en Moscovici, S; Psicología Social, tomo II. Paidós. Barcelona.

Krauskopf, D (2003). Participación social y desarrollo en la adolescencia. san José, C.R.: Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Menéndez, E. L.; Spinelli (Coord.) (2006). Participación Social ¿Para qué?. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Moscovici, S (1963). Attitudes and opinions. *Annual Review of Psychology*.

Nirenberg, O (2003). El rol del estado para la participación social en la evaluación: el caso del sector salud. CLAD. Buenos Aires. Argentina.

UNICEF (2001). Adolescencia en América Latina y el Caribe: orientaciones para la formulación de políticas. Bogotá. Colombia.