

La participación social en salud desde la perspectiva de las organizaciones populares.

Sopransi, María Belén y Lenta, María Malena.

Cita:

Sopransi, María Belén y Lenta, María Malena (Agosto, 2010). *La participación social en salud desde la perspectiva de las organizaciones populares. III Congreso Regional de la Sociedad Interamericana de Psicología. Sociedad Interamericana de Psicología, Asunción.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/maria.malena.lenta/7>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pEgt/Pgk>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

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

ÁREA

Psicología Comunitaria

TÍTULO

La participación social en salud desde la perspectiva de las organizaciones populares

AUTORAS

Lic. María Belén Sopransi y Lic. Malena Lenta

INSTITUCIÓN

Instituto de Investigaciones, Fac. de Psicología UBA. Proyecto UBACyT P020
(Directora: Graciela Zaldúa)

RESUMEN

La participación social en salud está cargada de presupuestos ideológico-técnicos generalmente no explicitados, que sin embargo orientan su uso. Ésta encuentra su origen en las ciencias sociales y posteriormente es apropiada por las ciencias de la salud sin un análisis crítico del proceso de producción y aplicación previa, generando una distorsión en su significado.

Desde la Psicología Social Comunitaria Crítica, la presente investigación exploratoria-descriptiva, tiene como propósito rastrear críticamente los orígenes de la participación popular en salud a través de la revisión de diversas conceptualizaciones. Se utilizan técnicas de relevamiento documental y bibliográfico.

La participación social en salud aparece atravesada por la tensión autogestión-heterogestión, así como en algunos casos posibilita procesos de autonomía y empoderamiento, en otros es utilizada como herramienta de control y cooptación de organizaciones populares.

Introducción

Desde la Psicología Social Comunitaria Crítica, la presente investigación exploratoria-descriptiva, tiene como propósito rastrear críticamente los orígenes de la participación social en salud a través de la revisión de diversas experiencias populares y autogestivas. Menéndez señala que si bien los grupos

subalternos “participan/son parte de los procesos específicos donde ocurren la desnutrición, las violencias de diferente tipo o la extrema pobreza, y se ven obligados a actuar frente a estos problemas que son parte de sus vidas locales, dichos sujetos o grupos no suelen ser los que generaron las condiciones que dan lugar a la existencia de dichos problemas [...] Por lo tanto, la participación social constituye una condición necesaria de los sectores sociales subalternos para asegurar un mínimo de supervivencia” (2006: 11-14). Éste es el punto de partida de este trabajo, que intenta historizar la participación desde una perspectiva subalterna.

Revisión crítica conceptual

La participación social (PS) está ligada a procesos de transformación socio-política, a formas de organización social, a diseño de políticas públicas e implementación de programas. Según sea quien la defina y con qué objetivos es empleada asume diferentes características (Menéndez, 1998: 67; Montero, 2004).

En el sector salud, la PS está referida al proceso de salud / enfermedad / atención, tuvo una incorporación relativamente tardía y llegó amalgamada con otros programas de desarrollo rural integrado (Levav, 1992). La **PS en salud** (PSS) está cargada de presupuestos ideológicos-técnicos generalmente no explicitados, que sin embargo orientan su uso. Ésta encuentra su origen en las ciencias sociales y posteriormente es apropiada por las ciencias de la salud sin un análisis crítico del proceso de producción y aplicación previa, generando una distorsión en su significado (Menéndez, 1998: 65-66).

El hito que marca la inclusión de propuestas participativas en salud es la conferencia de Alma Ata en 1978: “El pueblo tiene derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención en salud” (OMS y UNICEF, 1978). El énfasis que se hizo en el autocuidado individual, familiar y colectivo respondió a dos posiciones ideológicas: una posición conservadora que tiende a reducir el papel del sector público y hacer responsables a las poblaciones de su salud (programas de APS selectiva); otra vertiente que asigna al Estado responsabilidades de proteger a los ciudadanos contra los productores de enfermedad y muerte, y educar para la salud (propuestas de APS integral) (Ugalde, 1999, Grodos y Bethume, 1988).

Para la OPS (1988), la PSS puede entenderse como el proceso de intervención de la población organizada en las deliberaciones sobre la atención de la salud, la toma de decisiones que tiene que ver con la satisfacción de necesidades y en el control de los procesos, así como la asunción de responsabilidades, de observación de obligaciones derivadas del desempeño de las facultad decisoria.

Los tres grandes enfoques en que el sector salud ha encarado la PS son los siguientes: 1- como aporte de trabajo voluntario de la comunidad en programas específicos de APS; 2- como convocatoria a la población para orientar el uso adecuado de los servicios de salud y la extensión de la cobertura de dichos servicios, incluyendo la capacitación de promotores comunitarios; y 3- como promoción de las acciones para fortalecer los SILOS impulsada por la OMS y OPS (Cerqueira y Mato, 1998).

Montero (2004: 292) define la participación como un “proceso organizado, colectivo, libre, incluyente, en el cual hay una variedad de actores, de actividades y de grados de compromiso, que está orientado por valores y objetivos compartidos, en cuya consecución se producen transformaciones comunitarias e individuales”.

La PSS se considera como un proceso democrático que se profundiza progresivamente, desde la ejecución de tareas simples hasta fases más complejas como la planificación, a programación, el control y la administración de programas de salud, derivándose en acciones de organización y movilización popular (Molina-Rodríguez et. al., 1992).

Uzcátegui (2005: 23-24) describe tres propuestas de PSS: 1- la neoliberal o conservadora, 2- la reformista y 3- la alternativa-progresista. La primera concibe la PSS como un asunto técnico en la ejecución y administración de servicios de salud, promoviendo el voluntariado y la co-responsabilidad como formas encubiertas de privatización y obtención de mano de obra gratuita, sin poder vinculante de la comunidad en las decisiones. Asume la salud como atención médica reparatoria y responsabilidad individual, relegando a las personas a una posición de cliente de los servicios con representación minoritaria o simbólica. La segunda sostiene una definición de PSS ligada a la propuesta del Desarrollo Humano Sustentable, vincula la PSS a la descentralización, pero conservando a los actores institucionales

gubernamentales en el centro de los proyectos comunitarios. La participación comunitaria está destinada a tareas de prevención, rehabilitación y promoción de la salud, reduciendo la PSS a espacios locales. Promueve la focalización del gasto público en los sectores más pobres y de alto riesgo, en un intento de combinar Estado y mercado con justicia social. La tercera es definida como un proceso de construcción de ciudadanía que rechaza la consideración de las personas como clientes, y reivindica su condición de sujetos de derechos, asumiendo una concepción de salud como derecho social, derecho humano y responsabilidad del Estado, es decir, un bien público. Esta propuesta destaca el carácter político de la participación popular dirigida a lograr la democratización-redistribución del poder; promueve la provisión pública de los bienes públicos regida por los principios de universalidad y gratuidad; plantea una relación con el Estado que no comprometa la autonomía de los movimientos sociales; considera los aspectos sociales, históricos, políticos y culturales del proceso salud-enfermedad; sostiene una visión holística e integral de la salud con énfasis en el bienestar, la promoción de la salud y la vida; y reivindica el saber popular en conjunción con el saber científico como “encuentro de saberes”.

Según el Movimiento Nacional de Salud Popular México, la PSS parte de considerar a la salud como un derecho: cada individuo debe contar con los conocimientos médicos y recursos suficientes para cuidar por sí mismo de su salud en asuntos urgentes y básicos –al trabajar en zonas rurales esto se presenta como prioritario–. Esto requiere que el saber médico sea compartido y que la comunidad tenga injerencia directa en las decisiones políticas que afectan su salud. La educación popular es un componente esencial del proceso de PSS, una empresa colectiva donde todos aprenden de todos a través de mecanismos culturales de transferencia técnica adecuados a la comunidad. Otros elementos fundamentales han sido el rescate del saber curativo comunitario, la concientización sanitaria y la organización colectiva (Cahuich Campos, 2004).

La autogestión constituye una forma de PSS más independiente de la voluntad institucional. Ella puede surgir de procesos inicialmente tutelados que avanzan hacia la autonomía, ya sea a través de la promoción de quien ejercía la tutela, o como resultado de la lucha entablada por los tutelados para alcanzar la

autonomía. También, es posible que la autogestión surja como consecuencia de las reivindicaciones de los propios conjuntos sociales postergados para obtener su autodeterminación (Comité Regional de Promoción de la Salud Comunitaria, 1999).

Un concepto complementario al de PSS es el de estrategias de autoprotección en salud (EAS), que constituyen el núcleo del proceso de apropiación que constantemente realizan determinados microgrupos para enfrentar los padecimientos (Spinelli, 1999). Pueden formar parte de las estrategias de supervivencia y reproducción biosocial o constituirse en un proceso de transformación que no se reduce a la reproducción de los grupos subalternos. Incluye procesos de autoatención, autocuidado y evitación de riesgos en los niveles de: a) personas y microgrupos espontáneos (vida cotidiana), b) microgrupos y mesogrupos contruidos (específico: grupos de autoayuda), y c) macrogrupos (genérico: movimientos sociales). Mientras que en a) la participación en salud es parte de las actividades y funciones de grupos ya contruidos, en b) y c) el esfuerzo por generar PSS es intencional y voluntario, y supone la construcción de organizaciones o instancias específicas (Menéndez, 1998).

La “Otra” participación

En América Latina y Europa, existen numerosos antecedentes de estudios sobre participación social en salud contruidos en el diseño de políticas sociales para la reforma del sector salud (OPS, OMS, CEPAL, UNICEF, PNUD, BID, BM, entre otros). Sin embargo, la mayoría de estos estudios encara el tema de la participación social promovida por organismos gubernamentales e internacionales (participación vertical) dejando de lado la revisión sobre las formas de participación popular desplegada por los actores de la sociedad civil, es decir, se centran en la aplicación ideológica/técnica del concepto (Menéndez, 1998). Findling y Tamargo (1994: 25) señalan que “las experiencias asociadas al desarrollo de la comunidad y a la planificación participativa gestada en el marco de un modelo tecnocrático del diseño de políticas, no resultaron eficaces para corregir los desajustes del sistema, adolecieron de ser fragmentarias, discontinuas y de ser ‘ajenas’ a los grupos poblacionales a los cuales estaban dirigidos”.

Son escasos los estudios que caracterizan experiencias con un origen autogestivo o de co-gestión real en salud. Existen registros de los años '60 y '70 de experiencias pioneras en participación social en salud. Cuba y Panamá fueron los primeros países latinoamericanos en organizar un programa de salud nacional con participación comunitaria en la década de los años '60. En Cuba, la participación de la población en el sector salud se inicia con un enfoque colaborativo dirigido a la consolidación del Sistema de Salud Pública; luego, comienzan a operar los "Policlínicos Integrales" en el año 1964, que más tarde se transformarían en los "Policlínicos Comunitarios" (1974). Es en este momento cuando se incorpora definitivamente la población, integrándose a las instituciones gubernamentales con su participación en la dirección del sistema de salud junto a las autoridades médicas propias del sector. Tal es el caso de la figura del Poder Popular y posteriormente, en el año 1986, la de los Consejos Populares. En Colombia, se crearon en el año 1960 los "Comités de Salud", que en las poblaciones estaban constituidos por representantes de cada manzana y luego, como una forma más avanzada de participación, surgieron los "Consejos Locales de Salud" y los "Comités de Participación". En Guatemala se desarrollaron los "Comités Sanitarios Locales de la Colectividad" que operaban tanto a nivel urbano como rural. En 1975, se crea el programa de Integración Operacional de Abajo hacia Arriba (IOPA) de la Universidad de Antioquia y la Escuela de Salud Pública, el cual se desarrolló en la comunidad del Carmen de Viboral. En Venezuela se crean, con apoyo del Estado, los "Comités Locales de Salud" que luego se constituirían, con un enfoque más avanzado de la participación, en las llamadas "Juntas Sociosanitarias" y en los últimos años se les ha denominado "Fundaciones Sociosanitarias" (Comité Regional de Promoción de la Salud Comunitaria, 1999). Otras experiencias destacables son las de Ajoya en México (Donde No Hay Doctor) y las de San Ramón en Costa Rica (Hospital Sin Paredes), así como la formación de brigadistas, parteras y promotores/as voluntarios/as de salud del Movimiento Comunal Nicaragüense. En el caso de Nicaragua, durante la década de los '80 se caracterizó por la ampliación, consolidación y profundización de la participación popular en los procesos de salud con instancias resolutivas de amplia representación como el Consejo Popular Nacional de Salud y los Consejos Populares Locales de Salud, además de contar con un programa de

Educación Popular en Salud (Pereira Colls et. al., 2002, Spinelli, 1999). En la década de los '80, otra experiencia autogestiva la representó el Movimiento Nacional de Salud Popular, que realizó congresos nacionales desde 1981, se organizó en ocho regionales y llegó a tener a fines de los '80 alrededor de 35 organizaciones y 400 grupos adherentes (Cahuich Campos, 2004; Menéndez, 1998). Otras experiencias relevantes han sido: el Colectivo de Salud Popular de la República Dominicana (1983), la Asociación de Promotores Comunales Salvadoreños (1986), la Coordinación de Proyectos Populares de Salud de Costa Rica (1986) y la Asociación para el Desarrollo de la Salud Comunitaria de Panamá (1991) (Pereira Colls et. al., 2002).

Actualmente, una de las experiencias más relevantes en autogestión de la salud es la de los municipios zapatistas en el estado de Chiapas (México). La experiencia cuenta con la creación de dispensarios de salud y la formación de promotores en las comunidades. El objetivo del proyecto es sostener una nueva práctica en salud que integra de manera democrática las diferentes formas de atención a la salud (medicina tradicional, herbolaria, medicina alopática, etc.) y que se desarrolla básicamente a través de una amplia participación popular en todas las localidades rurales indígenas del estado. El proyecto de salud es integral, considera actividades para el incremento y diversificación de la producción agropecuaria destinada al autoconsumo, mejoramiento de la alimentación, acciones de saneamiento básico, atención a problemas de salud del primer nivel de atención médica, formación y capacitación de grupos de la comunidad para la programación, ejecución y evaluación de actividades de producción agropecuaria y de atención primaria a la salud, así como de educación popular en salud a la población (Muñoz Ramírez, 2004).

En nuestro país fueron pioneros los trabajos de Kalinsky, Arrué y Rossi (1993) por el esfuerzo de transmitir experiencias de participación en salud y contextualizarlas, aportando a su posibilidad de transferencia. Durante los últimos años, se inauguraron experiencias autogestivas en salud: Movimiento Antimanicomial (2004), Foro Social de Salud (2002), Coordinadora de Salud Popular (2002), Comisiones de salud de Asambleas Barriales y del Movimiento de Trabajadores Desocupados (2002). El acceso a la información sobre estas experiencias es en base a los registros documentales producidos por estas

organizaciones. Existen algunos estudios sobre el trabajo en salud de los MTD (Ferrara, 2003; Colectivo Situaciones, 2002 y 2003; Zaldúa, Sopransi y Veloso, 2004 y 2005).

Comentarios finales

Resulta indispensable reflexionar acerca de las estrategias de autoprotección de la salud que desarrollan los sectores expulsados para cubrir sus necesidades sanitarias, y acerca de las experiencias colectivas en salud, que se despliegan desde las clases subalternas promoviendo la defensa del derecho a la salud, y que, en algunos casos, actúan como mediadores colectivos para transformar las condiciones de salud de las comunidades. Este hecho marca la necesidad de comprender tales experiencias para romper con los obstáculos en la apropiación de recursos salutíferos –materiales y simbólicos– y la defensa del derecho a la salud, y fortalecer la capacidad de control y negociación de los colectivos que ven vulnerados sus derechos. La visualización y la generalización de las estrategias de autoprotección en salud, construidas desde la perspectiva de los actores-autores involucrados, se presentan como posible intervención preventiva y comunitaria en la salud propiciando procesos autónomos de cuestionamiento, concientización y cambio.

Menéndez (1999: 20) sostiene que las acciones y las luchas en salud colectiva existen, pero discontinuadamente, señala que “la bibliografía sobre movimientos sociales no incluye la descripción, ni el análisis de los grupos y/o movimientos organizados en torno al proceso salud/enfermedad/atención”, pese a la magnitud que han alcanzado en América Latina desde mediados del siglo XX. Cahuich Campos (2004: 5) plantea que “tampoco existe de manera suficiente una reflexión histórica sobre estas experiencias y el impacto cultural que han tenido”. Este trabajo es un pequeño paso y una invitación a seguir andando y desandando ese camino.

Referencias bibliográficas

BID, BIRF, CEPAL, OEA, OPS/OMS, UNFPA, UNICEF, USAID. (1995) *Reunión especial sobre Reforma del sector salud*. Washington, D.C., 29-30 de septiembre.

Cahuich Campos, M. (2004). “La construcción de una economía y salud solidarias”. Publicación de la Escuela Nacional de Antropología e Historia. México.

Cequeira, M.T. y D. Mato (1998). "Evaluación participativa de los procesos de participación social en la promoción y el desarrollo de la salud". En Haro, A. y B. De Keijzer (1998) (coords.). *Participación comunitaria en salud: evaluación de experiencias y tareas para el futuro*. El Colegio de Sonora, OPS, Prodesep. Hermosillo.

Comité Regional de Promoción de la Salud Comunitaria (1999). "Reformas de Salud en Centroamérica, vistas desde la perspectiva de la salud comunitaria". Ponencia presentada en el VII Seminario Internacional de Atención Primaria de la Salud "La reforma del sector salud en las Américas", 19 al 22 de octubre, La Habana, Cuba. Extraído de Internet en junio de 2006 en www.phmovement.org/doc/spanish/phm-reformas.doc

Ferrara, F. (2003). *Más allá del corte de rutas. La lucha por una nueva subjetividad*. La rosa blindada. Buenos Aires.

Findling, L. y Tamargo, M. (1994). *Planificación, descentralización y participación. Revisión crítica*. Centro Editor de América Latina. Buenos Aires.

Foro Social de Salud (2004). Presentación y objetivos. Extraído el 10 de diciembre, 2004, de www.forosalud.org.ar.

Grodos, D. y Béthuna, X. (1988). Las intervenciones sanitarias selectivas: una trampa para la política de salud del Tercer Mundo. En *Cuadernos Médico Sociales*, Nº 46. Págs. 71 a 86.

Kalinsky, B., Arrué, W. y Rossi, D. (1993). *La salud y los caminos de la participación social: marcas institucionales e históricas*. Centro Editor de América Latina. Buenos Aires.

Levav, I. (comp.) (1992). *Temas de Salud Mental en la Comunidad*. O.P.S./O.M.S., Serie Paltex. Buenos Aires.

Menéndez, E. y Spinelli, H. (coords.) (2006). *Participación social ¿para qué?* Lugar Editorial. Buenos Aires.

Menéndez, E. (1999) (coord.). *Participación social: metodología, problemas y expectativas. El caso Nicaragua 1978-1989*. Instituto Mora. México.

Menéndez, E. (1998). "Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social". En *Cuadernos Médico/Sociales*. Nº 73: 5-22. Rosario.

Molina-Rodríguez J.F., M. Daquilema y C. Gómez-Bautista (1992). "Participación social en salud. Una experiencia en Simojovel Chiapas". En *Salud Pública*. Nº 34. México. Págs. 660-669.

Montero, M. (2004). *Introducción a la Psicología Comunitaria*. Editorial Paidós. Buenos Aires.

Montero, M. (2001). *Reflexiones sobre los fundamentos éticos de la Psicología Comunitaria*. OPS.

OPS/OMS. (1994). *La salud en las Américas*. Vol. I. OPS/OMS. Washington, D.C.

Muñoz Ramírez, G. (2004). "Los Caracoles: reconstruyendo una nación". En *Rebeldía*, Nº 23, Año 2. Págs. 3 a 24. México.

Pereira Colls, A.C., Zambrano Vergara, R. y Hernández Flores, M. (2002) "Participación Social en Salud y Calidad de Vida". En *Rev. Vzlaná. de Soc. y Ant.*, sept., vol.12, Nº 35, págs. 567-585.

Producción colectiva (2003). *Causas y Azares. Dilemas del nuevo protagonismo social, Borradores de Investigación 4*, Publicación del Colectivo Situaciones, Buenos Aires.

Spinelli, H. (1999). Seminario taller sobre participación popular en Nicaragua. En Menéndez, E. (coord.). *Participación social: metodología, problemas y expectativas. El caso Nicaragua 1978-1989*. Págs. 93 a 123. Instituto Mora. México.

Ugalde, A. (1999). Un acercamiento teórico a la participación comunitaria en la atención en Salud. En Menéndez, E. (coord.). *Participación social: metodología, problemas y expectativas. El caso Nicaragua 1978-1989*. Págs.29 a 45. Instituto Mora. México.

Uzcátegui, J.L. (2005). "Salud y participación popular. Hacia una ciudadanía plena". En Cuadernos para la Emancipación Salud, Venezuela.

Zaldúa, G., Sopransi, M.B. y Veloso, V. (2004). "La praxis psicosocial comunitaria en salud, los movimientos sociales y la participación". En XII Anuario de Investigaciones. Fac. de Psicología de la UBA. Buenos Aires.