

Curso en Salud Social y Comunitaria

TRABAJO EN EQUIPO, REDES Y PARTICIPACIÓN

CAPACITACIÓN EN SERVICIO PARA TRABAJADORES
DE LA SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Curso en Salud Social y Comunitaria

CAPACITACIÓN EN SERVICIO PARA TRABAJADORES
DE LA SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

INDICE

<i>Presentación del material.....</i>	11
<i>Unidad 1: El equipo Comunitario en el Centro de Salud.....</i>	15
<i>Unidad 2: Participación Comunitaria</i>	29
<i>Unidad 3: Herramientas para el trabajo en redes.....</i>	47
<i>Bibliografía General.....</i>	67

Trabajo en Equipo, Redes y Participación

Presentación del material

Este nuevo material del Curso en Salud Social y Comunitaria tiene por objetivo reflexionar acerca de la importancia del trabajo en **equipo**, el funcionamiento de las **redes** en salud y la **participación comunitaria**.

La idea es compartir representaciones y saberes previos sobre lo que significa cada uno de estos conceptos, las experiencias concretas y los marcos de referencia que guían las prácticas diarias.

Construir entre todos y todas, equipo de salud y comunidad, el concepto de salud y de participación comunitaria para que la mirada del conjunto se dirija hacia ese horizonte, sin que por ello sea considerado una utopía.

La salud como un derecho humano implica entender que el trabajo, la educación, la vivienda, la alimentación adecuada, el saneamiento ambiental básico y una vida en condiciones dignas -con tiempo para el ocio y la recreación-, son pilares básicos de la salud comunitaria, y afirmar, que la misma está directamente relacionada con los determinantes sociales, los modos de vida y el acceso al sistema de salud.

En este sentido, la **participación comunitaria** es un proceso que incorpora todos los valores y costumbres de un pueblo o comunidad y que promueve la formación de ciudadanos/as activos/as, solidarios/as y con verdadero protagonismo en pos de la transformación social.

El aporte del funcionamiento en **red** (redes personales, grupales, institucionales) se constituye en un soporte para dar respuestas. Por ello, es tan importante la construcción de lazos con todas las instituciones y organizaciones de la comunidad.

La formación de los equipos comunitarios del primer nivel de atención en estos temas reviste gran importancia para el desarrollo de acciones y estrategias que promuevan en la comunidad la participación y la articulación a través de redes, como así también, para el fortalecimiento de los mismos equipos en los Centros de Salud.

Algunas preguntas guiarán nuestro recorrido:

- ¿Cuál es la importancia de trabajar en equipo?
- ¿Qué elementos o condiciones son necesarias para constituir un equipo de trabajo en el primer nivel de atención?
- ¿Qué desafíos presenta el trabajo en equipo?
- ¿Qué es participar?, ¿Cómo y para qué se participa?
- ¿Qué son las redes en salud?, ¿Cómo se construyen y cómo se sostienen?

☉ ¿Qué tipos de redes hay?

Para contribuir a la lectura, hemos organizado el contenido en 3 unidades didácticas, en las cuales encontrarás los contenidos desarrollados progresivamente, a saber:

Unidad 1: El equipo comunitario en el Centro de Salud

Unidad 2: Participación Comunitaria

Unidad 3: Herramientas para el trabajo en redes

También encontrarás:

- ☉ Textos seleccionados, artículos y diversas lecturas
- ☉ Actividades que promueven la integración de los conocimientos
- ☉ Actividades de reflexión con la utilización de casos y resolución de problemas

El desarrollo de los contenidos de este material estará acompañado por íconos que permitirán identificar los distintos tipos de textos y actividades:

<i>Actividad</i>	
<i>Más información</i>	
<i>Importante</i>	
<i>Para compartir</i>	
<i>Recomendación</i>	
<i>Definición</i>	
<i>Ejemplo</i>	

Recordá que esta es tu guía de trabajo. Por lo tanto, podés subrayarla, anotar tus dudas, nuevas explicaciones, comentarios, completar la información que aquí se encuentra, etc.

Objetivos del material

Al completar el estudio y actividades de este módulo, estarás en condiciones de:

- Reconocer la importancia de conformar un equipo de trabajo en tu Centro de Salud.
- Valorar la articulación entre los integrantes del equipo de salud, para el logro de objetivos comunes.
- Promover la participación de los miembros de la comunidad y del Centro de Salud en las decisiones acerca de la salud de la población.
- Acompañar y promover los espacios de participación en la comunidad
- Identificar redes vinculares e institucionales en la comunidad.
- Comprender la finalidad y el funcionamiento de las redes.

Unidad N° 1

El equipo comunitario
en el Centro de Salud

1- Introducción

Son cosas chiquitas. No acaban con la pobreza, no nos sacan del subdesarrollo, no socializan los medios de producción y de cambio, no expropián las cuevas de Alí Babá. Pero quizá desencadenen la alegría de hacer, y la traduzcan en actos. Y al fin y al cabo, actuar sobre la realidad y cambiarla, aunque sea un poquito, es la única manera de probar que la realidad es transformable.

Eduardo Galeano

En esta unidad abordamos la importancia del trabajo en equipo para los integrantes de los Equipos Comunitarios del Primer Nivel de Atención.

Actualmente, escuchamos y hablamos sobre el trabajo en equipo en casi todos los contextos laborales, reconociendo de este modo, el valor de la tarea compartida.

Trabajar en equipo tiene muchas ventajas: hablar, escuchar, conocer, intercambiar, aprender y resolver problemas en conjunto, desarrollar capacidades, enriquecer la comprensión de los fenómenos, ampliar la mirada, y, por lo tanto, mejorar los servicios de atención a la comunidad.

En este material reflexionaremos sobre las relaciones que se establecen entre las personas a partir de la tarea compartida en un Centro de Salud, partiendo de la valorización del conocimiento y el trabajo de todos/as y de las diferentes miradas que los integrantes tienen de los problemas de salud de la comunidad.

Nos guía la certeza de que a trabajar en equipo se aprende. Por ello, presentamos aquí elementos que nos ayuden a comprender los fenómenos que ocurren en los grupos y equipos.

A lo largo de esta Unidad, podrás:

- Reconocer algunas de las características de los equipos de trabajo en los Centros de Salud.
- Valorar los acuerdos entre los miembros del equipo para establecer objetivos.
- Reflexionar sobre la importancia de analizar problemas en conjunto y articular esfuerzos entre los diferentes integrantes del Equipo, para dar respuestas superadoras a las necesidades de salud.

1. Los equipos de trabajo en los Centros de Salud

Conformar un equipo de salud en el primer nivel de atención es uno de los desafíos que se nos plantea cuando trabajamos en un Centro de Salud, Centro Integrador Comunitario o Posta Sanitaria.

Rápidamente aparecen las diferencias, producto de las múltiples formaciones de grado, de las diferentes funciones de profesionales o de no profesionales, de los diversos saberes que todos/as tenemos, de la experiencias de trabajo, una gran parte con mayor énfasis en la medicalización y la atención individual dentro del efector, y otras con mayor énfasis hacia el trabajo con la comunidad, extramuros.

Todas estas diferencias devienen de distintos modos de pensar la *salud* y también de diversos posibles modos de atender las necesidades de salud.

Sobre el trabajo en equipo, la *Declaración de Alma Ata- 1978*¹ dice:

“Se basa tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad”

(...)“Existen serios problemas concernientes al personal de salud y el trabajo en equipo en la mayoría de los países, el resultado es negativo en este punto. Se señala también que esto es debido a que este personal es formado en un medio hospitalario, orientado hacia las tareas curativas y centralizado en las grandes ciudades.”



1. DECLARACION DE ALMA-ATA. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.

ACTIVIDAD

¿Cómo esta conformado el equipo de tu Centro de Salud?

.....
.....
.....
.....

Constituir un equipo de salud comunitario requiere, entonces, trabajar pensando en esas posibles diferencias y siendo parte del mismo, transformar las prácticas habituales y valorar los distintos saberes, los distintos modos de hacer y las diversas percepciones del proceso de salud-enfermedad- atención.

Según Bertolotto², *instalar un proceso de trabajo para reconocer las diferencias entre los integrantes del equipo -por un lado- y situarse más cerca del peso de los determinantes sociales de la salud individual y colectiva, se presenta como un desafío.*

Una de las condiciones imprescindibles para la constitución de un equipo de salud es encontrar un espacio común, en el que los miembros del equipo puedan reconocerse cara a cara y definir sus objetivos comunes, generar acuerdos y definir cómo utilizar los dispositivos o estrategias vigentes para alcanzar los propósitos que se plantea tendientes a mejorar la situación de salud de la comunidad. Esta tarea de visibilización de la tarea compartida, de registro y acuerdo, de asunción de responsabilidades sobre las modificaciones que se buscan en pos de resolver los problemas, es el camino de construcción del equipo por parte de un conjunto de personas singulares que lo integran, en un contexto territorial definido.

1.1 Equipos de trabajo y trabajo en equipo

ACTIVIDAD

¿Existe para vos alguna diferencia entre equipo de trabajo y trabajo en equipo?, ¿en qué consiste?

.....

.....

.....

.....

Desde la perspectiva del Programa Médicos Comunitarios, promovemos la idea de que el mejor modo de trabajar es conformando equipos.

Cuando se habla del trabajo en equipo, se habla de muchas cosas a la vez. Hay quien cree que con la presencia de un conjunto de personas ya se constituye un equipo. Sin embargo, se trata de conceptos diferentes.

Nosotros partimos del supuesto de que los equipos se conforman en el marco de la tarea compartida entre diversas personas o roles dentro de una organización.



2. BERTOLOTTTO, A.; *La formación de Equipos Interdisciplinarios de Salud*; Ponencia Encuentro del PMC "Promoción de la Salud: el recorrido para encontrarnos". Buenos Aires, Diciembre 2009.

La esencia del equipo es la búsqueda conjunta y compartida de resultados. Estos resultados son el producto de la tarea y del desempeño de funciones que superan el trabajo individual. La tarea muchas veces se presenta como un camino sinuoso donde se ponen en juego obstáculos, pero también se presentan oportunidades.

Los equipos están conformados por un conjunto de personas con determinados conocimientos y habilidades, que se comprometen con un propósito común, fijan sus resultados esperados y acuerdan una estrategia para alcanzarlos, asumiendo la responsabilidad de su logro entre todos y todas.

En un equipo la interacción es esencialmente *cara a cara* y las actividades conjuntas deben poder realizarse periódicamente. El equipo se mueve hacia sus objetivos mediante la reflexión sobre los problemas a resolver y la definición conjunta de estrategias a desarrollar.

En síntesis, lo que define y caracteriza a un equipo es la presencia de:

- Un conjunto de personas,
- con **conocimientos y habilidades** complementarias,
- con **objetivos establecidos en forma conjunta** y definición de niveles de logro,
- la **creación y desarrollo de estrategias** para alcanzar los objetivos,
- la definición de **tareas en la que esta estrategia se desarrolla**,
- el desarrollo de **sentimientos y vínculos** que relacionan a las personas entre sí y con la tarea.



ACTIVIDAD

Te proponemos pensar en algunas cuestiones vinculadas al equipo de trabajo.

¿Con quiénes trabajás? ¿Los ves todos los días? ¿Trabajás en un lugar fijo?

.....

En tu opinión ¿formás parte de un equipo de trabajo? ¿cómo está conformado?

.....

¿Conocés los roles o funciones de cada uno/a de tus compañeros/as de trabajo en el centro de salud? ¿podés anotarlas?

.....

1.3 ¿Por qué es importante el trabajo en equipo?

Gran parte de las demandas y consultas que llegan a un equipo de salud en el primer nivel de atención muestran solo un aspecto de la compleja realidad de un barrio o comunidad determinada donde las personas van desarrollando diferentes procesos salud-enfermedad.

También existe el grupo de personas que *nunca llega al centro de salud* y que constituyen una demanda, muchas veces invisible, pero que pertenecen al área de responsabilidad del centro.

Los problemas *de la gente del barrio* muchas veces son difíciles y no parecen por su complejidad ser temas estrictamente de salud y para consultar en la sala. En muchas ocasiones nos preguntamos qué especialista o disciplina podrá resolver tal o cual situación, e intentamos buscar quien tiene todo el saber para solucionar el problema.

Sabemos cuan difícil es cuidar la salud de las personas con problemas de supervivencia, prolongadas jornadas laborales, personas mayores que se encuentran cuidando familias numerosas, dificultades de accesibilidad cultural y geográfica, como así también todas las personas que tiene un problema crónico de salud y lo desconocen o no lo aceptan como problema de salud.

Estos son algunos aspectos a mencionar que nos hacen pensar cuál es el valor del trabajo en equipo.

Desde el PMC creemos que el trabajo en equipo *es una herramienta imprescindible* para comprender la situación de salud de un barrio, para pensar acciones conjuntas y novedosas para la atención, para completar el aporte individual y resolver grupalmente problemas complejos de salud.

La conformación de un equipo es entonces una tarea a realizar; una construcción que muchas veces debe sobreponerse a las condiciones del trabajo, a la restricción de los tiempos de cada integrante y a ciertos criterios de autoridad y poder diferencial que tienen los distintos roles y funciones.

Trabajar en equipo es un **dispositivo de atención**, una estrategia que debe plantearse

e implementar el grupo de personas que se desempeña en el centro de salud y que implica que sus integrantes coordinen sus esfuerzos, aporten ideas y conocimientos, transfieran habilidades y tomen decisiones de pleno consenso.

El trabajo en equipo como propuesta de acción coordinada, llevada a cabo por dos o más personas, concurrentemente o de forma secuencial, implica objetivos comunes, respeto y consideración hacia las funciones de los demás miembros del equipo. También, requiere de un registro de actividades organizado y sistemático con propuestas surgidas de la reflexión y trabajo grupal, en el que deberán constar también los logros y las dificultades. Un *verdadero banco de datos* que alimentará los procesos de trabajo.

El trabajo en equipo, entonces, *¿Supone disponer de los recursos humanos y materiales adecuados, relaciones colaborativas entre todos y confianza mutua, liderazgo efectivo, comunicación honesta, abierta y sensible y disposición para evaluarse?*

Parafraseando a E. Gavilán³, en un Centro de Salud, el trabajo en equipo se basa en:

⊙ Complementariedad

Trabajar en forma complementaria significa reconocer que cada integrante es experto en determinados saberes y prácticas Y que todos son necesarios para poder atender integralmente la salud de la población.

⊙ Coordinación

Trabajar de manera coordinada requiere realizar acuerdos que permitan *sumar* conocimiento e intervenir a cada integrante oportunamente

⊙ Comunicación

La circulación de la información, la comunicación abierta entre todos los integrantes del equipo y el resguardo de los espacios de encuentro para garantizarla, es esencial para poder coordinar las distintas actuaciones individuales.

⊙ Confianza

La confianza entre los integrantes y en sus habilidades, basada en los acuerdos compartidos y sostenida en la mirada conjunta de la tarea a realizar, es esencial para alcanzar los objetivos y es fácil observarla en la centralidad que la tarea tiene para sus integrantes por oposición al protagonismo de las individualidades.

3. E. GAVILÁN (2009)
Tu equipo, el Equipo
de Atención Primaria
Curso de Introducción
a la Medicina Familiar
y Comunitaria.<http://www.slideboom.com/presentations/106841/Tu-equipo,-el-Equipo-de-Atención-Primaria,-UD-Plasencia>. Accedido 19
abril 2011

● Compromiso

El compromiso de los integrantes de un equipo de salud para con la tarea, es un indicador de su participación en la definición de la tarea común, de la valorización mutua de los saberes y la confianza en las prácticas que realiza cada uno para lograr el objetivo de atender integralmente la salud de la población.

1.4 Misión de un equipo

Uno de los pilares de la construcción de los equipos en las organizaciones es la identificación de una **misión** u objetivo común a partir de las diversas miradas de los integrantes.

La función de la explicitación de la **misión** de un equipo, sector u organización es **dar un sentido de dirección y acción** nítido a la tarea. Se espera que todos los integrantes del equipo la representen y que la comunidad con la que trabajan, la reconozca como tal.

La misión debe ser formulada de tal modo que indique claramente un propósito de acción, debe incluir:

- la actividad que debe ser desempeñada,
- sus destinatarios,
- si hay tecnología involucrada en la acción cuál es y como se utilizará,
- los espacios donde se desarrollarán las acciones,
- los valores que sostienen el/los equipos y
- las imágenes que el/los equipos quieren suscitar en los destinatarios.

Desde el punto de vista instrumental, la construcción de la misión es una oportunidad para que los integrantes del equipo reflexionen acerca de los muchos modos de alcanzarla, analicen las posibilidades del equipo y las necesidades y expectativas de la comunidad.

En este sentido, la **misión** es un **conjunto de objetivos a alcanzar** que el equipo se plantea, e incluye, los **modos**, los **escenarios** y los **valores** que ellos involucran. A partir de ella, el equipo podrá definir **estrategias** de acción.

En el proceso de explicitar la misión es habitual descubrir que no todos los integrantes piensan del mismo modo al Centro de Salud y trabajan para un mismo objetivo. La instancia de compartir este propósito da oportunidad para intercambiar, aclarar, acordar y finalmente, evitar malentendidos en la tarea.

Como equipo de salud nuestra **misión** siempre estará relacionada con la resolución de los problemas de salud de la comunidad.

1.5 Dinámica de un equipo de trabajo

Trabajar en equipo produce muchos beneficios, tanto en resultados para el Centro de Salud como en aprendizaje de nuevas habilidades para los integrantes.

También tiene sus complicaciones, dado que no todas las personas son iguales e interpretan la realidad del mismo modo. Esto significa que para algunas personas trabajar en equipo crea tensiones extras, altos niveles de presión y exigencia, que pueden resultar estresantes.

Mientras el equipo se reúne alrededor de una tarea común, conforme se trabaja sobre una temática y con una técnica determinada, algo sucede en el interior del equipo.

Ese algo, que podemos llamar *fenómenos grupales*, son el resultado de una serie de fuerzas, con magnitud y dirección variables, que entran en juego con la interacción de los participantes. Estos movimientos internos son acompañados por emociones y sentimientos que despiertan la resolución colectiva de la tarea, que algunas veces colaboran a potenciar su realización, y otras, la obstaculizan.

Siempre que hay un equipo y una tarea para resolver en forma compartida, se presentan situaciones y emociones que van marcando el desarrollo de la misma y la evolución y modificación del vínculo entre los miembros.



ACTIVIDAD

Te proponemos que pienses en alguna situación donde hayas sentido que la tarea se potenció o mejoró al realizarla en equipo dentro del Centro de Salud, ¿podés describirla brevemente?, ¿qué tipo de sentimientos hacia el equipo la acompañaron?

.....
.....
.....

Pensá ahora en alguna otra situación conflictiva o de obstáculo que hayas vivido dentro de tu equipo de trabajo, ¿cómo fue resuelta?, ¿qué estrategias se pusieron en juego?, ¿qué sentimientos la acompañaron?, ¿cómo se transformó el equipo después de esta situación?

.....
.....
.....

1.6 El equipo como elemento de motivación

El accionar del equipo del centro involucra a todos los trabajadores de la salud: profesionales, agentes sanitarios, promotores de salud y administrativos, como así también a los propios miembros de las comunidades, ya que sus aportes y percepciones seguramente enriquecerán al resto del equipo.

Los miembros del equipo comunitario tienen diferentes **saberes, historias de vida y experiencias**. Esta diversidad determina que el modo de pensar, analizar un problema y diseñar una estrategia de intervención es diferente entre ellos y resulta necesario realizar acuerdos.

Para poder comprender y abordar las problemáticas actuales sociosanitarias de manera integral, es imprescindible funcionar en equipo. De tal modo de enriquecer la percepción individual y aportar herramientas para la comprensión y acción desde los distintos conocimientos y experiencias individuales.

Desde este punto de vista, el equipo de salud es mucho más que la suma de sus integrantes, es la posibilidad de sumar y articular las capacidades de los mismos. Pero su desempeño no sólo se relaciona con las competencias y habilidades de los integrantes, sino también con las condiciones de trabajo y con las estrategias que el equipo se da para realizar la tarea.

Tu participación y la de todo el equipo en la definición en las metas también producen efectos en la **motivación** del equipo.

Una afirmación de sentido común dice que *las personas más motivadas trabajan mejor que aquellas menos motivadas*.

Efectivamente, la motivación de los integrantes para participar de un equipo de trabajo y comprometerse en la realización de una tarea en común es un aporte inigualable y muchas veces la clave para garantizar la realización de la misma y su calidad. Esta motivación nunca pasa desapercibida para la comunidad.

La motivación seguramente es producto de un conjunto de factores internos al individuo y otros externos. Sentirse parte de un objetivo compartido, conseguir su logro junto con otros, ser reconocido en sus aportes, pertenecer a un conjunto que desempeña una tarea que se considera valiosa, percibir que el desarrollo de la misma genera aprendizajes y habilidades y mejora la realidad del entorno, son todos factores que despiertan la motivación.

A su vez, la motivación frente a la tarea, genera compromiso. Este es un motivo más para promover y estimular la construcción de equipos de trabajo en los centros de salud que incluyan a todos sus trabajadores y trabajadoras.



ACTIVIDAD

Te presentamos a continuación el relato de una experiencia sobre el trabajo en equipo en la recuperación de niños y niñas con desnutrición.⁴

El Equipo de Salud del barrio Ricardo Rojas del partido de Tigre viene desde hace años trabajando con la problemática de la desnutrición, haciendo controles clínicos y obteniendo resultados no muy destacables. El problema subsiste.

El último año se propusieron como objetivo recuperar y mantener el estado nutricional de la población con desnutrición, desde una perspectiva de salud integral y participativa. Para ello, en un primer momento seleccionaron las zonas geográficas de mayor vulnerabilidad y con barreras de accesibilidad al primer nivel de atención, llevaron a cabo la evaluación antropométrica de todos los niños y niñas entre 0 a 12 años que habitaban en esas zonas y, a los que presentaban bajo peso, se los incorporó al programa diseñado para la recuperación.

El equipo de salud conformado por un médico pediatra, psicólogo y trabajador social confeccionaron historias clínicas familiares donde incluyeron las variables socio económicas, psicológicas y médicas y, se designó un día a la semana para realizar los controles programados. También se realizaron las interconsultas correspondientes a cada caso, se proporcionaron los recursos e insumos requeridos para la recuperación nutricional de los niños y niñas y se planificaron y desarrollaron talleres con una mirada preventiva, incorporando el abordaje integral de la crianza y el desarrollo infantil.

Las tareas encaradas y ejecutadas permitieron la recuperación de 78 niños, sobre un total de 113, es decir un 69%, un porcentaje que nunca habían podido alcanzar en años anteriores.

Si el trabajo en equipo puede describirse como:

Un proceso colectivo donde cada uno aporta sus conocimientos, experiencias, habilidades y sentimientos en beneficio del grupo, aumentando la potencialidad del conjunto.

1- En tu opinión, ¿esta experiencia relata una tarea de equipo?, ¿cuál?, ¿cómo la imaginás?

2- En tu Centro de salud, ¿sería posible una experiencia de este tipo?, ¿sí?, ¿no?, ¿por qué?

4. Autores del trabajo:
Vasalo Miriam, Argañin,
Mariela, Mancini Julieta.
Lugar : Tigre. Pcia de Bs
As. Mail de contacto :
vasalom@hotmail.com

3- ¿Imaginas algún modo de trabajar este mismo problema con mayor participación de la comunidad?

.....

.....

.....

.....

A modo de cierre...

Nosotros es una categoría antropológica que significa reconocer que únicamente alguien puede llegar a madurar, crecer y ser, si interactúa y se vincula con otros que a la manera de espejos le permiten descubrir ¿quién es? Y ¿qué se anima a hacer todavía?

El *nosotros comunitario* tiene que correr el riesgo de cambiar, donde compartir es la clave, recibir o invitar a un vaso de agua fresca es el gesto primero, observar y leer el cuerpo es lo que se hace para poder recibir.⁵

Creemos que es necesario reconocer las propias limitaciones, que nos permiten requerir y colaborar con el otro, reconociéndonos como sujetos en interacción.

Vivir es estar en estado de pregunta e interrogante, no creer que se tienen todas las respuestas. Las respuestas implican el surgimiento de nuevas formas de hacer, estamos convencidos que el trabajo en equipo genera nuevas preguntas y nutre las respuestas con el nuevo hacer.

5. Extraído de Jornadas de Medicina General y APS. Jornadas del Equipo de Salud. S. C. de Bariloche 1994. Josefina Dartiguelongue.

Unidad N° 2

Participación Comunitaria

Introducción

Si queremos construir salud desde un modelo que respete los valores culturales y sociales, debemos contemplar y promover **decidir con la gente**. Siendo la propuesta de trabajo en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, es imprescindible desarrollar y fortalecer la participación comunitaria. Es por esto que es necesario que asumamos la participación como parte esencial de nuestra tarea.

En esta Unidad abordaremos la **participación comunitaria** como proceso que incorpora todos los valores y costumbres de un pueblo o comunidad y que promueve la formación de sujetos activos, solidarios y responsables, con verdadero protagonismo ciudadano para lograr transformación social.

Para adentrarnos en el tema, vale la pena revisar los diversos modos de entender la **participación comunitaria**, para que cada equipo en el Centro de Salud pueda arribar a una definición que sirva de base para orientar sus acciones.

En el proceso de alcanzar y cuidar la salud, participar es una premisa fundamental. Cuando los integrantes de la comunidad pueden ejercer el derecho a participar libre y concientemente en la promoción, prevención, curación y recuperación de la salud individual, familiar y comunitaria, ésta se ha garantizado en gran medida.

Cada hombre y mujer que se compromete libremente en los procesos participativos de salud, conforman espacios de crecimiento social y de búsqueda de mejores condiciones de vida, tanto en el aspecto individual como en el comunitario.

En el proceso de participación, las personas son reconocidas como verdaderos **protagonistas**, por lo tanto, es necesario pensar estrategias que favorezcan su inclusión en todos los momentos de la elaboración de planes y proyectos comunitarios.

A lo largo de esta Unidad, podrás:

- Reconocer los diversos modos de entender la participación comunitaria.
- Comprender los procesos que facilitan u obstaculizan la participación comunitaria en las prácticas cotidianas.
- Valorar la participación como elemento fundamental en la construcción de ciudadanía.

1. Participación, comunidad y participación comunitaria



ACTIVIDAD

Antes de abordar los múltiples sentidos que cobra la idea de participación comunitaria, nos proponemos revisar que significa *participar* para nosotros/as

¿Existen espacios en la comunidad donde la gente se reúne espontánea u organizadamente para hablar de sus problemas e intenta consensuar soluciones con otros?, ¿cuáles son?

.....
.....
.....
.....

Cuando se organizan actividades desde el equipo de salud con la intención de que la comunidad participe:

- 1-¿Qué tipo de actividades proponen?
- 2-¿Cuál es la participación que tiene la comunidad en esas propuestas?
- 3-¿De qué modo participa?

.....
.....
.....
.....

Sean cuales sean las respuestas que hayas dado a la actividad, seguramente refleja los modos espontáneos en que la gente de una comunidad participa y también el intento por parte de los integrantes del Equipo de Salud de generar espacios de participación.

A veces, se propone una participación *pasiva*, donde la gente es invitada a participar como mera receptora.(1) Rifkin 1990

Muchas veces, al llevar a cabo una actividad de Promoción de la Salud o de Educación para la Salud, nos encontramos con las mismas personas, aquellas que *siempre participan*. Nuestra conclusión posterior es que la gente *no desea participar* o no se interesa por su salud.

Decidimos entonces cambiar nuestra estrategia y –por ejemplo- los invitamos a mejorar las condiciones del Centro de Salud, ya que se necesitan arreglos del espacio físico y otros que seguramente mejorarían las condiciones en las que la comunidad es atendida. Nadie está dispuesto a trabajar en eso. Otra vez, nuestros intentos para lograr la participación de la comunidad parecen vanos.

Este tipo de experiencias nos llevan en general a preguntarnos:

- ¿Cuáles son los sentidos y los alcances concretos y efectivos que tiene el término *participación* para los grupos y personas con los cuales trabajamos o nos toca interactuar?
- ¿De qué manera y en qué espacios se participa a partir de las actividades que se desarrollan en la vida cotidiana?
- ¿Cuáles son las dificultades que existen en el barrio y en sus organizaciones para participar?
- ¿Cuáles son los obstáculos personales para la participación de los miembros de la comunidad?
- ¿Cuáles son los mejores espacios para la convocatoria?

Además de estas reflexiones, es muy importante conocer las costumbres y tradiciones de la comunidad con la que trabajamos, saber de sus concepciones acerca de la vida, sus celebraciones, sus logros y sus espacios de encuentro.

ACTIVIDAD

¿Cuáles son los espacios de encuentro en el barrio donde trabajás ¿y en el barrio/comunidad donde vivís? ¿Cómo participás en esos espacios?

.....

.....

.....

.....



1.2 Qué se entiende por participación comunitaria en Salud

El pueblo tiene el derecho y el deber de participar, individual, colectivamente, en la planificación de la protección de la salud y en la aplicación de sus atenciones en salud.

OMS, Alma Ata, 1978

Según M. J. Idáñez¹ generar procesos de participación implica promover que las personas nos involucremos en todo aquello que nos afecta directa o indirectamente, cambiando la actitud pasiva y dependiente, por otra proactiva e interesada. De allí que promover una cultura de participación contribuye a que las personas y los equipos seamos solidarios, activos, comprometidos y responsables, no sólo en la satisfacción de las necesidades comunitarias locales, sino en la asunción de un protagonismo importante como ciudadanos en la vida democrática del país.

El pensamiento de Idáñez nos involucra y modifica también como integrantes del equipo de salud ya que ser parte de una construcción colectiva permite *deconstruir* lo aprendido para sumar nuevos saberes, reflexionar críticamente sobre el quehacer cotidiano y ampliar la mirada sobre la complejidad de los problemas de salud.

Ahora bien, esta participación supone la aceptación de un diálogo permanente con la comunidad: la existencia de una dinámica de conflicto, negociación e intercambio de información para la toma de decisiones compartidas; el conocimiento y la escucha de las necesidades, particularidades y diferencias locales; el respeto por la diversidad y la pluralidad de ideas que se da en el interior de las comunidades por su misma heterogeneidad, en razón de los diversos modos de actuar e intereses contrapuestos de las personas y organizaciones.

Sería ideal que la mayor parte de la comunidad participe, aunque es difícil de lograr. Lo que usualmente se observa, es que grupos afectados por problemas o necesidades determinadas, que toman actitudes participativas, van incorporando de manera paulatina en este proceso a otros actores a través de redes sociales. Siempre debe respetarse la libertad personal aceptando como parte de la dinámica comunitaria a aquellos/as que no participan.

La participación comunitaria es fundamental para promover cambios en el modelo de atención, centrados en la persona, la familia y la comunidad. Hacerla realidad representa la aceptación de que las personas y las comunidades pueden involucrarse activamente en el proceso salud - enfermedad – atención- cuidado, desde la detección de necesidades y elaboración de propuestas, hasta la ejecución y evaluación. Ahora bien, esta participación puede tener diferentes alcances e intensidades.

1. IDAÑEZ M. J. La participación comunitaria en salud. ¿Mito o realidad?. Aspectos claves de la participación comunitaria en salud. Cap. 2. Ediciones Díaz de Santos, S.A. 2001, España.

1.3 Quiénes son los protagonistas de la participación comunitaria

Todos y todas podemos ser protagonistas. Más aún las personas que tienen responsabilidades políticas, de planificación o de gestión, las que trabajan en el centro de salud.

En la construcción de nuevas maneras de relacionarnos interviene el personal de salud, con sus propias creencias, valores y contradicciones internas. Los integrantes del **equipo de salud**, son quienes tienen la responsabilidad facilitar la integración de personas, grupos y organizaciones sociales, para el abordaje de situaciones o problemáticas desde la programación, ejecución y evaluación de las mismas. Para ello, muchas veces, es necesario revisar las propias prácticas.

Una verdadera transformación seguramente se logrará con un activo trabajo intersectorial que el equipo de salud desarrolle y con la participación activa de toda la comunidad.

También conviene recordar los principios que Rifkin (1989)² plantea como guía para la creación y funcionamiento de los mecanismos de participación:

1. La participación comunitaria en salud entraña la colaboración entre los servicios sanitarios y sus equipos y la población local.
2. La participación comunitaria y su intervención en acciones y programas de salud duraderos, implica buscar mecanismos sostenibles.
3. Las estructuras deben ser nuevas, innovadoras y dinámicas.

Si reflexionamos sobre las acciones que realizamos como equipo de salud para promover la participación social, seguramente pudimos conocer algunas de las barreras que el modelo de atención opone a la misma y preguntarnos sobre que otras estrategias nos permitirían facilitar el acceso a la participación social. Esto es un avance sobre las antiguas prácticas, de hecho muchos equipos del primer nivel trabajan participativamente los problemas de salud.

En este sentido, podría avanzarse hacia la identificación de las modalidades de participación de la comunidad y al reconocimiento de los obstáculos que se encuentran dentro de nuestro equipo y dentro de la misma comunidad para trabajar colectivamente.

Es por esto que se requiere un cambio para pensar y posicionarnos de otra manera, vernos a nosotros mismos y desarrollar la capacidad de escuchar al otro.

Aún cuando es obvio que las personas quieren participar de las decisiones que afectan su propia vida y tener más control sobre ellas, siempre debe estar claramente definido **qué es posible lograr y que beneficios reporta el acto de participar**. Desde nosotros como equipo de salud siempre es necesario pensar algún objetivo y un

2. RIFKIN, S. "Primary health care in Southeast Asia: attitudes about community participation in community health programmes", en *Social Science and Medicine*, 17 (19): 1489-1496 China.

logro buscado. Por ejemplo “nos juntamos en el club toda la gente que hace teatro en el barrio y el equipo de salud para pensar juntos como podríamos trabajar en promoción de la salud a través del arte”.



ACTIVIDAD

Teniendo en cuenta lo antedicho, ¿cómo se facilitan o promueven los espacios de participación en tu barrio? ¿Cómo participa el equipo de salud? Contanos un ejemplo.

.....
.....
.....

¿Existen obstáculos para que la gente participe? ¿Cuáles?

.....
.....
.....



CREACIÓN DE UN CENTRO VECINAL PARA LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA³

En el mes de Septiembre del 2005 se realizó una reunión en el Centro Comunitario del Barrio Chacarita. Los vecinos habían sido convocados a través de medios radiales e invitaciones personales. El Barrio, integrado por 79 familias de artesanos, presentaba necesidades básicas insatisfechas: los vecinos carecían de red cloacal y baños instalados, presentaban hacinamiento, faltaba un sistema de urbanización, no contaban con sendas para circular y la iluminación era mala. El barrio se encuentra cerca del cementerio municipal y del basural a cielo abierto de la Ciudad.

La propuesta en la reunión fue intercambiar las diferentes visiones sobre la situación de salud del barrio y cada uno de los 85 vecinos que concurrió manifestó su opinión. Entre todos concluyeron que las problemáticas de salud eran: enfermedades infectocontagiosas y alérgicas, basurales, chiqueros, falta de cloacas, pozos ciegos mal instalados, bajos ingresos, trabajo inestable, gran número de embarazos adolescentes, mala alimentación.

Para abordar todas estas problemáticas se decidió crear un centro vecinal, que

Autora del trabajo: Alicia Waszczenko. Santa María, Catamarca, 2006

serviera de lugar de reunión para intercambiar opiniones, constituir un espacio de capacitación, para programar y planificar diferentes actividades tendientes a solucionar los problemas mencionados. En una semana el Centro Vecinal ya estaba conformado y desde allí se planificaron las siguientes acciones:

- Reunión con Bromatología y erradicación de chiqueros.
- Charlas de educación alimentaria, cursos de preparación de alimentos.
- Creación de huerta orgánica comunitaria. Lombricultura.
- Charlas taller sobre educación sexual y prevención de accidentes domiciliarios.
- Capacitación en tejido, marketing y creación de circuito turístico.
- Creación de página web para venta on line.
- Solicitud a la Municipalidad de la red cloacal.
- Tramitación de personería jurídica.
- Solicitud de incorporación a la Red de Municipios Saludables.
- Forestación con 140 ejemplares.
- Relevamiento poblacional.
- Abastecimiento de agua potable.

Se continuó con este espacio donde se detectan los problemas, se capacita a la comunidad, se buscan estrategias para dar respuesta a las diferentes problemáticas, se planifica y se evalúan las acciones mediante la Participación de la Comunidad.

1.4 La participación y el concepto de diversidad vinculado a la salud

Cuando proponemos trabajar participativamente los problemas de salud e insistimos sobre la necesidad de ver y entender que cada uno de nosotros tiene derecho a conocer primero y luego a elegir cómo cuidar su salud, partimos de saber que no todos y ni todas podemos hacerlo fácilmente. Históricamente el sistema de salud no favoreció la participación de la gente, porque quizás nos falta información para poder elegir, porque aun no conocemos completamente nuestros derechos o porque aún se mantiene en muchos lugares un modelo desigual que supone que unos saben y otros no.

En ese sentido proponemos juntarnos apoyados en el derecho a la salud y a la vida, que es de todos y todas, más allá de las diferencias, el género, las culturas y así fortalecer nuestro rol de ciudadanas y ciudadanos.

Como promotores de salud, como agentes sanitarios, como equipo de salud lo hacemos desde el cuidado de la misma, otros espacios sociales lo harán desde otras

consignas, todas válidas si son necesidades sentidas por la población.

Aparecen entonces los conceptos, *ciudadanía, derechos humanos, diversidad*.

Ciudadanía es un *status*, es decir, un reconocimiento social y jurídico por el cual una persona tiene derechos y deberes por su pertenencia a una comunidad en general, de base territorial y cultural. Los *ciudadanos* y *ciudadanas* son iguales entre ellos. En el mismo territorio, sometidos a las mismas leyes, todos deben ser iguales. **La ciudadanía debiera aceptar la diferencia, no la desigualdad.**

Aquí se presenta una mirada integradora sobre la ciudadanía, una visión a analizar para ir concibiendo un acuerdo sobre ciudadanía y vincularlo con la participación y la salud.

En el plano **político**, la idea de ciudadanía se refiere a la participación en la vida pública, como conjunto de responsabilidades derivadas de la pertenencia a la comunidad.

Aunque se supone que todas las mujeres y hombres que habitan nuestro territorio tienen los mismos derechos y obligaciones como ciudadanos, hay personas y grupos sociales que no pueden ejercer su ciudadanía integralmente.

En esta situación están involucradas todas aquellas personas que por alguna condición personal o grupal no son aceptados totalmente por el grupo mayoritario. Así, se producen los procesos de *intolerancia* y de *exclusión*. Desde esta mirada nos encontramos con la no aceptación de la *diversidad*, que es la característica más distintiva de la discriminación.

La **diversidad** es una noción que hace referencia a la **diferencia**, la **variedad**, la **abundancia de cosas distintas**.

Reconocemos a la **diversidad cultural**, la **diversidad sexual**, la **diversidad biológica** o **biodiversidad** que señala la inmensa variedad de seres vivos que habitan **el planeta**, la **diversidad ecológica**.

Algunos grupos que podemos citar son los conformados por las personas con trastornos mentales y afectivos, dependencia al alcohol y a las drogas y también podemos incluir a aquellas personas que son portadoras de algunas enfermedades *estigmatizantes*.

También se debería pensar en los sufrimientos psicosociales; la privación del medio afectivo y educativo de los niños, la violencia doméstica o social, la pobreza extrema, el desarraigo de los migrantes, los desplazados y refugiados, el aislamiento de los pueblos indígenas; condiciones todas que condicionan los procesos de salud-enfermedad de las personas.

Entre todos los grupos citados hay elementos en común:

- están expuestos a violaciones de sus derechos humanos y ciudadanos;
- se encuentran en instituciones de alta densidad poblacional (hospitales, cárceles, campamentos de refugiados, etc.) o de alta dispersión o aislamiento (como el caso de los barrios marginales o las estaciones de ómnibus, trenes, personas en situación de calle, etc.);
- necesitan adquirir mayor capacidad para formular demandas acordes con sus necesidades reales;
- necesitan ser escuchados y obtener respuestas concretas que se articulen en un marco comunitario y de desarrollo integral.

Analizar esta realidad se presenta como un desafío para asegurar el ejercicio pleno de la ciudadanía. De lo que se trata es de conocer cómo y en qué condiciones lograr esto. Lo esencial es rescatar la tolerancia y la aceptación de las diferencias.

Por todo lo anterior, es imprescindible desarrollar estrategias de inclusión social, para construir oportunidades de participación para el crecimiento individual y comunitario.

La construcción de ciudadanía en materia de salud implica la consideración de políticas públicas que puedan asumir la complejidad de la comunidad política y del sujeto político tanto en la implementación como en la formulación de estrategias de construcción de condiciones que garanticen el Derecho a la Salud, como un derecho humano básico.

Entendemos como **derechos humanos** o **DD.HH.** a las facultades, libertades y reivindicaciones inherentes a cada persona por el solo hecho de su condición humana. Esto quiere decir que se trata de derechos inalienables (nadie, bajo ningún concepto, puede privar de estos derechos a otro sujeto más allá del orden jurídico existente) e independientes de cualquier factor particular (raza, nacionalidad, religión, sexo, etc.). La Declaración Universal de Derechos Humanos señala que todos los seres humanos **nacen libres e iguales en dignidad y derechos** y prohíbe la esclavitud, la servidumbre, las torturas y los tratos crueles, inhumanos o degradantes.

ACTIVIDAD

Seguramente hay muchas condiciones que favorecen la participación comunitaria, pero nos interesan particularmente aquellas que se relacionan con el rol del equipo comunitario.

Es posible, entonces preguntarse:



¿Qué lugar le cabe al equipo comunitario?, ¿qué opinión tenés sobre este rol?

.....

.....

.....

.....

1.6 Participación comunitaria y toma de decisiones



ACTIVIDAD

Te presentamos dos casos para analizar:

Caso 1:

En el marco de la programación local, el equipo comunitario de su Centro de Salud convoca una reunión con miembros de la comunidad para discutir acerca del *problema de la basura y la enorme cantidad de perros sueltos que hay en el área programática*.

Durante el transcurso de la reunión y al calor de la discusión se van perfilando varias y diferentes posturas frente a este tema:

Algunas mujeres se quejan porque *“los vecinos dejan las bolsas de basura en el piso, los perros las rompen y esparcen la basura y la calle está hecha un basural y proponen que el municipio instale canastos de basura altos en todas las cuadras, que los vecinos saquen la basura todos a la misma hora y que los camiones de recolección pasen puntualmente todos los días”*.

Las madres de los chicos en edad escolar dicen que *“los chicos juegan a la pelota en medio de la basura, es un asco, vuelven todos sucios y se pueden enfermar de tanto jugar entre la basura”*.

Las madres de los chicos más chicos están preocupadas *“porque la basura atrae a muchos perros, los perros se pelean por la basura/comida, se ponen malos y pueden lastimar a los chicos”*.

Las madres de algunos chicos mordidos proponen *“llamar a la perrera y que se lleven a todos los perros sueltos porque son un peligro”*.

Otros padres sugieren que *“venga la Dirección de zoonosis del municipio y esterilice a los perros”*.

Algunos vecinos miembros de la sociedad protectora de animales, no están en desacuerdo y en cambio *“proponen que la Dirección de Zoonosis vacune a los perros y ellos se encargarán de que los adopten”*.

- ¿Cómo se les ocurre que se puede arribar a un consenso? ¿quién tiene la capacidad de orientar a los participantes hacia el consenso?

Caso 2:

En el Municipio “Las Rosas” hay 3 Centros de Salud. El Municipio ha recibido de la provincia un ecógrafo nuevo y el intendente ha decidido instalarlo en el Centro de Salud que atiende más consultas y tiene mayor cantidad de población a cargo, pero que además está equidistante de los otros dos CS.

Las sociedades de fomento y la gente del barrio de uno de los CS se quejaron al equipo de profesionales y elevaron una nota al intendente reclamando que el ecógrafo se instale en su CS porque es más grande. Los miembros de la comunidad dicen *“si el ecógrafo está allí, nosotros no tenemos acceso a hacernos los estudios, porque tenemos que pedir turno y tienen prioridad los del ese Centro de Salud. Además, en nuestro Centro que es más moderno y más grande la máquina estaría mejor y por otro lado, nosotros lo venimos pidiendo desde hace 10 años ...”*.

- Te proponemos que reflexiones acerca de las ventajas y dificultades de la decisión tomada.
- A partir de allí, ¿se te ocurre cómo lograr consenso con las tres comunidades?
- ¿Cuál es, a tu juicio, el rol que tiene que desempeñar el equipo de salud en este caso?

Cada comunidad tiene su modo de relacionarse y comunicarse entre sus integrantes, con las dificultades que el despliegue de esta comunicación conlleva. Es así entonces, que ante cada dificultad que se presenta existen distintas posibilidades de resolución, todas son válidas siempre que se haya llegado a la misma a través del consenso. La posibilidad de una buena comunicación y la participación son el camino hacia un consenso posible.

2. La Comunicación



ACTIVIDAD



Observa las dos situaciones dibujadas.

Según vos, ¿a quiénes representan y dónde ocurren?

-¿Qué es lo que te parece que está ocurriendo en cada una de ellas?

¿Cómo describirías lo que cada una de ellas representa?

¿Cómo te imaginas que es la comunicación en cada una? ¿alguien habla? ¿quién? ¿alguien escucha? ¿quién? ¿qué diferencias encontrarías en la comunicación en ellas?

Las situaciones dibujadas, ¿podrían representar algunas escenas que ocurren en tu comunidad?

¿Qué sentimientos crees que tienen las personas que participan en estas dos situaciones? ¿podrías describir cada una?

.....
.....
.....
.....

2.1 Comunicarse es compartir con otro/a una idea, un sentimiento, una actitud

Un buen nivel de intercambio es muy importante para el desarrollo de cualquier tarea. Por ello, es necesario que quien coordine cualquier situación de participación facilite el establecimiento de una estructura o red comunicacional de conexiones múltiples, donde todos/as pueden comunicarse con todos/as.

Siempre que nos comunicamos hay una persona -el **emisor**- que **trasmite** una información, sentimiento o idea que desea compartir o comunicar a otro -el **receptor**- en una forma tal -**mensaje**- que pueda ser transmitida a través de un cierto vehículo -el **canal**-. Para que el mensaje sea comprendido, debe lograrse en quien lo recibe lo pueda interpretar.

A lo largo de este proceso de comunicación, los sujetos involucrados desempeñan alternativamente roles de emisores y de receptores.

Cuando un conjunto de personas se reúnen, las comunicaciones entre los miembros son múltiples, pero la forma en que se vayan alternando las secuencias comunicacionales va describiendo un sistema relativamente regular de comunicaciones. Este sistema de comunicación se refiere a **las formas como circula la información** dentro del grupo. Como resultado se configuran distintas *redes*.

La red puede definirse como un sistema de enlaces entre los miembros que utilizan todos los canales de comunicación disponibles.

En la realidad cuando un grupo está trabajando, comunicándose, los y las participantes *dibujan* su propia red comunicacional. Según sea la estructura de red que predomine en la comunicación, sabremos si todos/as los/as miembros están igualmente comunicados o no (todos/as hablan con todos/as, participan igualmente, todos/as pueden opinar y contestar a cualquier otro integrante), conoceremos su cercanía o lejanía con la tarea que se está resolviendo (hay participantes que hablan con todos/as y otros que no hablan con nadie), su nivel de decisión sobre la misma (uno de los participantes le habla a todos/as y todos/as le hablan a él, pero no hay comunicaciones “laterales” entre los participantes), la fidelidad del mensaje que reciben, así como el grado de participación que tienen.

En cada comunicación, podemos diferenciar tres niveles:

- el nivel de la **información**: que hace referencia al **qué** se transmite en un mensaje, comprende los contenidos conceptuales, informaciones, etc..
- el nivel del **estilo**: que hace referencia al **cómo** se transmite el mensaje, a la actitud del emisor mientras comunica una determinada información. El estilo nos indica como debemos interpretar cierta información.

- ⊙ el nivel de **intencionalidad**: hace referencia al **para qué** nos comunicamos.

La consideración de el qué, el cómo y el para qué en el análisis de la comunicación permite rescatar el significado total de la acción en la que las personas que se comunican están comprometidos.

3. Educación Popular y participación

El concepto de educación popular hace referencia a las prácticas pedagógicas dirigidas al crecimiento de los sectores populares en su capacidad de participación real en las decisiones que afectan su vida cotidiana. Es un concepto que está estrechamente ligado a estimular a las comunidades en la participación, en las decisiones que afectan su vida y su salud.

De esta manera la educación popular, tal como lo plantea Paulo Freire, se va construyendo en diálogo con los movimientos sociales desarrollando procesos de reflexión crítica, intentando abarcar la complejidad que presenta la realidad, e identificando los determinantes económicos, históricos en cada contexto particular.

Desde una perspectiva participativa, esta modalidad más que una metodología es una concepción política y filosófica, un modo de ser, pensar y hacer, que resalta la importancia de la comunicación y las relaciones humanas, la creación colectiva de conocimientos, la relación íntima entre teoría y práctica, rescatando la creatividad, y enorme riqueza que surgen de los espacios grupales de participación.

Presentamos aquí la experiencia de *Pañuelos en Rebeldía*, un equipo de educación popular que viene desarrollando su práctica pedagógica con diferentes movimientos populares de Argentina y Latinoamérica.

En su propuesta el educador enseña los contenidos, provoca en las personas la necesidad de un análisis y comprensión política de los mismos. Y así, a través del diálogo, se logra el cambio, la liberación, se abre la posibilidad que permite al hombre constituirse en sujeto. Significa trabajar con el conocimiento del otro, con su lenguaje, ideas, valores, cultura cotidiana, entre otras cosas, dialogando democráticamente.

Pañuelos en Rebeldía desarrolló durante los años 2005 y 2006 un *Estudio Epidemiológico Comunitario de las condiciones de Salud en General Mosconi –Salta*. El estudio tiene como objetivo explorar las condiciones de vida y los perfiles de salud de la comunidad⁴. Consistió en la transformación de prácticas, creando un nuevo tipo de relaciones sociales: la fortaleza, la unidad y la solidaridad.

4. Piqueteros de Mosconi- Cortando las rutas del petróleo- Colección en movimiento. Marzo del 2006.

En esta situación, la participación trajo beneficio a la comunidad y también a cada persona que se involucró para transformar determinada situación. Desde este punto de vista la comunidad inicia un proceso de conocimiento de su propia realidad, buscando posibilidades de transformación.

El fortalecimiento de la comunidad se configura por medio de un trabajo sostenido de sensibilización y problematización, que permita desarrollar niveles de conciencia crítica y crear espacios de organización y participación comunitaria.

Convertida la estrategia de Educación Popular en trabajo, se potencia el fortalecimiento de las organizaciones populares y se intenta integrar la reflexión intelectual con el saber popular acumulado en la práctica.

Un eje fundamental de la esta experiencia es la educación popular, la creación de proyectos productivos, culturales, educativos ante la inmensa vulnerabilidad, que promovieron otra vinculación con las dificultades.

A modo de cierre

No se debe desconocer, que en el trabajo comunitario también entran en juego las creencias, valores y prejuicios del equipo de trabajo. que pueden o no coincidir con los de la comunidad.

La idea que nos mueve es acercar las diferentes visiones, buscar acuerdos, y garantizar la continuidad de la participación comunitaria, como eje de interacción permanente para la propuesta y el logro de soluciones frente a los múltiples y complejos problemas de salud de la población donde el equipo trabaja.

Participar es un derecho y es una forma activa de organizarse formando redes entre personas o entre instituciones las que de esta forma se potencian entre sí para alcanzar un objetivo común.

Unidad N° 3

Herramientas para el
trabajo en redes

Introducción

Como venimos sosteniendo en el recorrido del curso, *la salud es un proceso que se construye culturalmente y que está relacionado e influenciado por múltiples factores*: sociales, económicos, históricos, etc.

La construcción de la salud de una comunidad requiere de la participación de múltiples actores. La de los integrantes de la comunidad, la del equipo de salud y la de otros sectores como educación, acción social, las iglesias de diversas religiones, las uniones vecinales o de fomento, todos ellos imprescindibles para aunar esfuerzos y complementar acciones que permitan una construcción colectiva de salud.

El contacto cercano con la comunidad hace mucho más visibles los problemas y su naturaleza. En este marco, el aporte del funcionamiento en red se constituye en un soporte para dar respuestas.

En esta Unidad abordaremos la importancia de la construcción de lazos con todas las instituciones y organizaciones de la comunidad, con el objetivo de buscar y consensuar estrategias comunes, que superen y potencien las respuestas aisladas y permitan desde allí, promover una verdadera ciudadanía valorizando el rol del estado en el cuidado de la salud de la población.

A lo largo de esta Unidad, podrás:

- Reconocer en la comunidad redes vinculares, institucionales e intersectoriales.
- Potenciar y fortalecer las redes existentes.
- Conocer herramientas para el trabajo en redes.
- Reconocer a las redes como espacios para el desarrollo de procesos de transformación social.

1. ¿Qué son las redes?

Como ya vimos en la unidad anterior, contar con los otros es un valor en sí mismo, es una forma no sólo más democrática, sino también más eficiente para construir salud.



ACTIVIDAD

Antes de abordar los diferentes modos en que puede entenderse una red social o de salud, te proponemos que nos cuentes qué representa para vos este concepto.

¿Qué es para vos una red?

.....
.....
.....

¿Cómo la dibujarías?

.....
.....
.....

Las redes constituyen la trama misma que entreteje la vida.

El trabajo en red es una estrategia de vinculación, de articulación e intercambio entre instituciones y/o personas que deciden asociar voluntaria o concensuadamente sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes.

La esencia del trabajo en red es la decisión de una o más personas, instituciones o áreas institucionales, de desarrollar una tarea en común, en busca de objetivos compartidos explícitos, manteniendo la identidad de los participantes.

La intención del trabajo en red es aunar esfuerzos, evitar duplicaciones, alcanzar -por complementariedad- una mayor capacidad resolutive, ser más eficaces y eficientes en lo que se hace como producto del intercambio y la colaboración. Casi todas las redes tienen entre sus fines la educación continua y la actualización en la formación de sus miembros.

Podemos definir, entonces, las **redes sociales**, como:

“Conjunto de estructuras, personas o grupos, que interactúan y establecen vínculos de ayuda recíproca, con objetivos compartidos”.

Las redes son un *“... grupo de personas, miembros de una familia, vecinos, amigos y otras personas capaces de aportar una ayuda o apoyo a un individuo o a una familia”.* (Chadi, M.:2000).

La perspectiva de red propone la concepción de un mundo construido por todos y todas, nos coloca en situaciones de responsabilidades compartidas. El mundo no es tan solo como nos es dado, tenemos la posibilidad de reconstruirlo colectivamente.

2. Finalidad y características del trabajo en red

ACTIVIDAD

En tu comunidad, ¿hay redes sociales organizadas?
Si las hay, ¿cuáles?, ¿de qué se ocupan?

.....
.....

¿Podés comentar y describir algunas de ellas?

.....
.....

¿Quiénes las integran?, ¿conocés el modo en que se crearon?

.....
.....

Las redes están en íntimo contacto con las necesidades de salud de las personas y son una forma de dar mejor respuesta a los problemas de la gente y muchas veces se conforman en el esfuerzo por encontrar respuestas comunes a los problemas. Pero complementariamente la red trata los problemas y necesidades de sus



integrantes, constituyéndose en un medio para el desarrollo de las capacidades de las personas, al tiempo que se desarrollan las capacidades internas en la red.

Existe una relación evidente entre ambos propósitos, pero la razón de ser de la red social se concreta y explicita en la atención a los problemas del contexto social, para lo cual se articulan esfuerzos, conocimientos y capacidades que se movilizan en función de dar respuestas a la población.

El trabajo en red se orienta a mediano y largo plazo. La propia consolidación de la red requiere tiempos prolongados más allá de las urgencias. Sin embargo, las redes son capaces de actuar con prontitud ante hechos que provocan o demandan su respuesta (Dabas, E. y Perrone, N., 1999).

Las redes, en tanto preexistentes a toda intervención, se activan y se reorganizan a partir de un problema sentido por todos, una necesidad aún no resuelta o tratada insatisfactoriamente.

3. Consideraciones previas al trabajo en red

El reconocimiento de problemas o diagnóstico de situación de salud requiere transitar el territorio extramuros, la comunidad, visitar a sus integrantes y establecer con ellos fuertes vínculos de trabajo basados en la confianza.

Dentro del centro de salud y desde la atención individual la mirada sobre las necesidades de salud es necesariamente fragmentada e incompleta. Agentes sanitarios y promotores de salud son probablemente los/las que mejor saben cuán importante es hacer visitas domiciliarias, que recibimiento tienen de las personas del barrio, cuánto se puede conocer y aprender, a veces solo mirando, pero siempre escuchando cómo cada comunidad, cada barrio, percibe su situación de salud.

Para proponer y desarrollar acciones cooperativas y asociadas del tipo que tratan las redes, es imprescindible partir del conocimiento mutuo que permite la generación o fortalecimiento de vínculos de confianza entre el equipo de salud, los pobladores y las diversas organizaciones de la comunidad.

El establecimiento de vínculos de confianza es sumamente importante ya que posibilita, a través de los relatos y conversaciones, reflexionar sobre las acciones de todos los días y compartir puntos de vista diferentes.

Algunas de las herramientas con las que es posible llevar a cabo la tarea de conocer la situación de salud y las dolencias percibidas por los pobladores del área, así como su mirada sobre las situaciones de mayor vulnerabilidad social, pueden ser entre otras: recorridas por la localidad, observación de actividades, conversaciones

informales con vecinos, entrevistas programadas, visitas domiciliarias, encuentros con otras instituciones o grupos de personas.

Cuando pensamos en los problemas de salud de la población, lo hacemos partiendo desde nuestros conocimientos previos, de nuestros saberes y pareceres. Comenzamos compartiendo nuestra preocupación con quienes tenemos cerca, y en la medida en que profundizamos en la complejidad del problema, empezamos a necesitar de otros saberes y pareceres que no siempre están tan cerca.

Nos acercamos a la escuela, al comedor, al centro de jubilados, a organismos gubernamentales y no gubernamentales. Conocemos miradas diferentes a las del equipo de salud y eso nos obliga a desaprender lo aprendido, a aprender conceptos y estrategias nuevas para nosotros y a ponernos a pensar juntos. Mejoramos y ampliamos nuestros conocimientos.

Es la red la que nos permite potenciar lo que trae cada una de sus partes, respetándolas. Donde ninguna es mejor que la otra, todas son importantes. La red a su vez es dinámica y por lo tanto cambiante y estos cambios están sujetos a las necesidades que convocan a sus partes.

3.2. Visitas al terreno

Toda presencia desconocida o *ajena* produce modificaciones en el escenario cotidiano. El observador siempre modifica de algún modo el escenario que observa, con su sola presencia.

El desafío, por lo tanto, es observar con una mirada amplia, pero no ajena. Tratando de influir o condicionar lo menos posible el escenario a observar y la observación misma.

Frente a una observación es importante no resultar un extraño, presentarse a cada una de las personas que se encuentran en el sitio visitado y explicitar qué es lo que el observador está haciendo del modo mas liso y llano posible y asegurarse de que se entiende.

Es muy importante que cada uno cuente con un "cuaderno de campo", donde registrar no sólo sus observaciones y percepciones, sino también, los sentimientos que despierta lo que se está observando.

Una vez relevada la información, se debe **posibilitar el acceso de la población a la información obtenida**. Este acceso no sólo constituye una obligación de los centros de salud hacia la comunidad, sino también el reconocimiento de la propiedad de la información, un derecho que contribuye fuertemente a enriquecer el producto a través del análisis compartido y de las correcciones y agregados realizados. Resulta sumamente recomendable **cerrar la visita con una pequeña devolución de lo observado a todos los actores**. Esta devolución puede resaltar las prácticas positivas,

hacer referencia al gesto de permitir compartir el espacio y a que las experiencias compartidas permiten aprender entre todos, etc.



ACTIVIDAD

Te proponemos que pienses en tus propias prácticas.

¿Cuánto hace que empezaste a trabajar con la comunidad?

.....
.....
.....

¿Cómo iniciaste tu trabajo barrial?

.....
.....
.....

¿Cómo es tu vínculo con la gente? ¿Pudiste enriquecerlo día a día?
¿Cómo?

.....
.....
.....

¿Conocés alguna red conformada en la comunidad donde trabajás?
¿Cómo te relacionas con ella?

.....
.....
.....

4. Modalidades de Red

Se pueden reconocer diversas modalidades de redes:

- Redes personales y familiares
- Redes comunitarias
- Redes institucionales

- Redes de servicios
- Redes intersectoriales

4.1 Redes Personales y Familiares

Todos nosotros vivimos dentro de organizaciones familiares y de parentesco muy variadas.

Desde el campo de la salud, sabemos hace tiempo que tenemos en curso “*una creciente multiplicidad de formas de familia y de convivencia..*”¹ Situación que seguramente aporta a la democratización de la vida cotidiana.

Estos grupos pequeños de familiares, amigos, convivientes conforman verdaderas **redes** pequeñas, de afectos cercanos, que -si son estables- representan vínculos de verdadera contención que pueden proteger a los integrantes de la aparición de enfermedades, ayudar a cuidar llegado el caso y también a viabilizar salud y facilitar el acceso a la atención.

Todas estas cuestiones indudablemente aceleran los procesos de curación y pueden aumentar la sobrevida frente a cualquier problema de salud.

Podríamos afirmar que existe una correlación directa, positiva entre *ser parte de una pequeña red de afectos* y el adecuado cuidado de la salud.

Según C. Sluzki, **la red social personal es la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad.**

Cuando se logra traspasar el límite de considerar a la persona como alguien aislado, descontextualizado, el grupo que se ha privilegiado es el más cercano a la persona.

La importancia de este abordaje radica en la conexión articulada y coherente entre los diversos integrantes del equipo de salud y los integrantes de la red social de la persona.

Apoyarse en la **red familiar** requiere precisar como esta compuesta la familia o grupo de afectos cercanos y las relaciones que resultan más significativas. Así, es importante precisar tanto los integrantes de la familia nuclear como la extensa, sin prescindir de aquellas que estén geográficamente distantes.

Apoyarse en los **vínculos sociales y de amistad** requiere indagar por las relaciones de vecindad, que pueden constituirse en apoyos importantes para la persona, ya que estos resultan altamente significativas en el caso de migraciones tanto internas como externas, pérdidas o disminución de las relaciones familiares de sostén.

Muchas veces las **relaciones laborales y escolares** son las únicas que una persona posee, fuera de su ámbito familiar. La cotidianidad de estos vínculos hace que resulten sumamente importantes para brindar acompañamiento y apoyo cuando la persona lo requiera.

1. Jelin, Elizabeth, PAN Y AFECTOS, la transformación de las familias, Fondo de Cultura Económica, 1998.

También las **relaciones comunitarias, de servicio o de credo** pueden conformar un mundo significativo de pertenencia, posible de ser activado en caso de necesidad.

4.2 Redes Comunitarias

La estrategia de Atención Primaria de la Salud planteada a principios de los años 70 reconoce como componentes que inciden en la salud de la población a los **actores sociales** y los **gestores sanitarios** y les otorga un lugar privilegiado de acción desde las **redes comunitarias**.

Sin embargo, si bien la participación de los actores a través de redes comunitarias es uno de los componentes centrales de la estrategia de APS -por oposición al modelo de atención centrado en la demanda espontánea y atención individual por patología-, la mayoría de los programas de salud han sido *bajados* desde los niveles centrales en forma vertical y casi paralela con otros programas presentes en el terreno, dejando a los integrantes de la comunidad -y aun a los integrantes de los equipos de salud- en el lugar de meros usuarios receptores y no de protagonistas.

Desde la perspectiva del trabajo en redes es imprescindible que la población participe activamente en todo el proceso de conformación de las mismas, de gestión de la información, de sistematización y sea beneficiaria del conocimiento que de ella se derive.

El funcionamiento de las redes comunitarias posibilita no sólo la identificación de problemas de salud, sino también la formulación de acciones consensuadas para la resolución de los mismos mediante una modalidad más eficaz de acercamiento, convocatoria y permanencia.

Estas acciones realizadas en conjunto con los integrantes de la comunidad generan la confianza necesaria para sostener la participación, y ello redundará en el incremento de la eficiencia del sistema de salud en el desarrollo sistemático de un proceso de fortalecimiento de la participación ciudadana a través del área de salud.

Esa es la intención en el caso de la promoción de las **Mesas de Gestión** que funcionan en los CICs (Centros Integradores Comunitarios)

Las Mesas de Gestión son espacios integrados por diversos miembros de la comunidad: la escuela, el centro de salud, el club, el comedor barrial, el centro de fomento, las agrupaciones comunitarias, organizaciones sociales, gente del barrio, la comunidad indígena, iglesias de diversas confesiones, etc., desde donde se impulsan y desarrollan acciones destinadas al desarrollo local.

Funcionan apoyando las actividades de los Centros Integradores Comunitarios (CICs) que son construidos por cooperativas especialmente conformadas por familias y vecinos de la comunidad, y se encuentran ubicados en lugares definidos por el municipio.

Esta modalidad de organización local promueve la circulación del poder más democráticamente, funcionando intersectorialmente. En la actualidad hay 1.100

mesas de gestión en todo el país, donde representantes de la comunidad, de organizaciones y de instituciones se organizan para promover diversas acciones de interés comunitario, definiendo las prioridades en salud y funcionando como un órgano de gestión y discusión para las comunidades.

Las **Redes Solidarias** son otro ejemplo de red que nacieron para dar respuesta a situaciones y necesidades sociales, mediante la acción de personas que trabajan voluntaria y solidariamente en pos de aquellos que más lo necesitan.

Se trata de redes conformadas por personas que muchas veces no se conocen entre sí, aunque las une un objetivo común. Algunas lo hacen en forma permanente y otras se suman ante situaciones puntuales: desde la búsqueda de un medicamento, alimentos o abrigo, hasta la búsqueda de personas desaparecidas en distintas circunstancias.

ACTIVIDAD

Te proponemos que pienses en el trabajo en red que existe en el barrio, retomando las actividades anteriores:
 ¿Formás parte de alguna red?

.....

En el caso de las redes mencionadas en el texto. ¿conocés alguna? ¿cuál?

.....

¿Qué motivos o necesidades motivaron el inicio de la red?

.....



4.3 Red comunitaria del PMC (Programa Médicos Comunitarios)

Resulta muy importante que desde el comienzo trabajemos pensando en *qué* se dejará instalado en la comunidad como Red, ¿cuál será la capacidad instalada que permitirá a la red seguir reproduciéndose para afrontar otros problemas?

Las redes se construyen sobre **intereses** compartidos (entre personas, grupos, programas, instituciones y organizaciones), generando **acuerdos**.

Pensar en las prácticas del equipo de salud desde su dimensión socio-cultural posibilita construir nuevos territorios. Al mismo tiempo modifica nuestra manera de relacionarnos, de pensar nuestra red social y de asumir compromisos y solucionar los problemas de la comunidad.

El Programa Médicos Comunitarios-Equipos de salud del Primer Nivel de Atención (PMC) ha conformado desde el 2004 una verdadera **red comunitaria** integrada por diferentes actores e implementada en diferentes niveles de gestión.

L@s comunitari@s – agentes sanitarios, promotores de salud, agentes sanitarios indígenas, profesionales, auxiliares de enfermería -son los protagonistas del proceso de cambio del modelo de atención. Se integran en efectores de salud del Primer Nivel de Atención existentes en barrios, comunidades, áreas rurales, conurbanos, es decir, en los microespacios sociales de todo el país, con el objetivo de reconocer y atender las necesidades sanitarias de la población e implementar prácticas de prevención y promoción de la salud.

Para el logro de estos objetivos se forman en servicio en Salud Social y Comunitaria, en espacios de reunión con los tutores /as del Curso y reciben la visita semanal de un facilitador/a para generar y/o fortalecer una reunión semanal del equipo de salud, evaluar los procesos de trabajo y considerar problemas de salud con mayor complejidad.

Esta reunión del equipo se organiza en día y hora consensuada por todos/as los integrantes del equipo. Todos reflexionan, debaten y ponen en juego sus diferentes saberes, desarrollando prácticas de atención integral y de calidad para y con la comunidad. El trabajo de los comunitarios se encuentra atravesado por cuatro lineamientos sanitarios claves: *la promoción de la participación comunitaria, el desarrollo de redes locales, la implementación de prácticas de prevención y promoción de la salud y el trabajo en equipo interdisciplinario e intersaberes.*

ACTIVIDAD

¿Cómo es tu vínculo con la red del PMC?

.....

¿Cómo esta integrada en la jurisdicción donde te desempeñas? ¿es accesible?

.....

¿Qué herramientas te brinda esta red para tu desempeño en la comunidad?

.....



4.4 Redes Institucionales

La propuesta de una política de salud comunitaria debe replantear el funcionamiento de las instituciones y proponer para su formulación la **participación activa de los distintos sectores que componen la organización**: profesionales, técnicos, administrativos, etc.

Las instituciones de salud que se organizan en forma piramidal, dividida en direcciones, departamentos y servicios sin tomar en cuenta las diferencias de cada una de ellas, deberían trabajar de forma tal que se puedan formular **proyectos institucionales**, teniendo en cuenta la dimensión de las personas que las integran, los destinatarios de los servicios y su opinión sobre los mismos, lo que permitiría ajustar la oferta de atención de salud más adecuada.

Si esto se lograra, se podrían promover mejores relaciones entre los diversos integrantes de una institución, tanto las informales, conversaciones, festejos grupales, como los proyectos institucionales, que se podrían ver como un logro del conjunto.

En un centro de salud cada integrante puede ir a trabajar, realizar sus tareas sin tomar contacto con sus compañeros/ras. Los hospitales también son ejemplos de la típica institución de salud que gestiona o conduce haciendo poco lugar a la participación de los trabajadores (profesionales o no profesionales) y donde la población no participa generalmente en la toma de decisiones.

En los dos casos el trabajo en equipo implica, como ya vimos, cambiar las relaciones interinstitucionales y pensar y trabajar en pos de una misión pensada entre todos y todas.

4.5 Redes de establecimientos y servicios

Las **redes de servicios** en salud son las que posiblemente, se hallan más claramente instituidas. Por ejemplo: Red de Pediatría, Red de Servicios de Gerontología, Red de Salud Mental, dentro de un municipio.

La decisión de establecer un funcionamiento en red en este nivel debe estar acompañada por una serie de acciones tendientes a fortalecer las vinculaciones.

Cuando hablamos de redes de establecimientos y servicios, tenemos que reconocer que es imprescindible una articulación tanto entre los sectores públicos, de la seguridad social y privado como a nivel local, provincial, regional y nacional. Esta articulación es una de las más difíciles de lograr, ya que implica cuestiones de políticas sanitarias que aun están en desarrollo.

Como ejemplo es conocida la preocupación por los pacientes que “cruzan la calle” para recibir atención de salud. Hay aquí una contradicción interesante a considerar: entre la decisión y/o posibilidades de la persona que consulta y los límites geográficos de las administraciones provinciales y/o municipales.

Vale preguntarnos, en este punto, ¿por qué tantas personas de nuestro barrio consultan en la salita del otro barrio?, o ¿por qué eligen atenderse en nuestro centro de salud que corresponde a otro municipio o departamento?

4.6 Redes Intersectoriales

La comunidad puede considerarse en dos dimensiones:

- **Como un lugar:** donde se toma en cuenta un conjunto de personas, una población. Así entendidas las comunidades se diferencian en el tamaño de la población y en las características sociales de sus habitantes
- **Como un sistema social:** donde puede ser considerada como la totalidad de la interacción entre subsistemas (sanitario, educativo, religioso, económico, familiar y de comunicaciones).

La comunidad está constituida por personas que viven solas o en familias de características diversas y por organizaciones que prestan diferentes servicios de acuerdo a las necesidades e intereses de la población. Poner en funcionamiento redes intersectoriales aparece como uno de los niveles más complejos de alcanzar pero también como uno de los de mayor proyección en el momento de considerar su impacto en la comunidad.

Como **red intersectorial** el PMC está participando del proyecto intersectorial *“Mujeres y jóvenes migrantes bolivianos: acceso a servicios de Salud Sexual y Reproductiva y prevención de VIH.”*²

Como parte de una iniciativa conjunta, consensuada entre los gobiernos de Argentina y Bolivia, este proyecto apunta tanto a promover el acceso de las mujeres y los jóvenes migrantes a los servicios de salud sexual y reproductiva, como así también a difundir las normativas que garantizan estos derechos.

Esta iniciativa forma parte de un proyecto de alcance regional, financiado por la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) en diez países de América Latina y el Caribe.

En particular, el proyecto se propone contribuir a la protección de los derechos garantizados por la Ley Nacional de Migración (25.871), la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable (25.673) y la Ley de Sida (23.798) entre los equipos de salud y entre la población migrante.

Además, el proyecto apunta a producir información sobre la situación socio-demográfica de las mujeres y jóvenes bolivianos en la Argentina y sobre su atención en los servicios de salud. El objetivo es detectar *buenas prácticas* en la atención de su salud sexual y reproductiva, e identificar las barreras en el acceso a los servicios de SSR tales como desinformación, xenofobia y diferencias culturales, a fin de diseñar estrategias para superar estas barreras y fortalecer las intervenciones exitosas.

UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas) apoya acciones articuladas entre el Ministerio de Salud de la Nación y los Ministerios Provinciales, a través del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, la Dirección de Maternidad e Infancia y la Dirección de Sida. Asimismo, participan en el proyecto la Secretaría de Derechos Humanos; la Dirección Nacional de Población; la Dirección Nacional de Migración y el Instituto Nacional Contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI).

Por otro lado, las contrapartes de la sociedad civil que trabajan junto al organismo y las dependencias estatales son el Servicio Ecuménico de Apoyo y Orientación a Migrantes y Refugiados (CAREF); la Federación de Radios Comunitarias (FARCO), el Centro de Estudios de Población (CENEP); el Consorcio de Derechos Sexuales y Reproductivos (CONDERS); la Red bonaerense de personas que viven con VIH, la organización ANDHES (Abogados y Abogadas del Noroeste Argentino en Derechos Humanos y Estudios Sociales); el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) y organizaciones de migrantes bolivianos, entre ellas Q’amasan Huarmiti.

2. MESA NACIONAL INTERSECTORIAL para la ATENCIÓN de la Salud de Mujeres Migrantes



UN EJEMPLO DE TRABAJO EN RED: “EL PROYECTO DEL MILLÓN: GESTIÓN DE LA RED CLOACAL PARA EL BARRIO LA MERCED.”

Hace aproximadamente 6 años se articuló un trabajo en red entre todos los actores sociales e instituciones de la comunidad del Barrio La Merced, en la ciudad de San Pedro de Jujuy, participando también el Equipo de Salud del Barrio.³

El objetivo que se planteó el grupo de trabajo fue mejorar la calidad de vida de la población, modificando aquellos determinantes que afectaban su salud.

Como problema de salud prioritario se definió la falta de red cloacal, teniendo en cuenta que los motivos de consultas e internación prevalentes eran las diarreas y las parasitosis. Se tuvo en cuenta, para la selección del problema, la magnitud, gravedad, viabilidad de solución, y, sobre todo, la valoración de la Comunidad, y su interés por resolverlo.

Una vez seleccionado el problema, se estableció la división de tareas: reuniones en la Intendencia, obtención de planos, solicitud de presupuesto, talleres de capacitación comunitaria y reuniones informativas mensuales.

El día 01/08/06 se realizó la apertura de los sobres y, con posterioridad, se concretó la realización de la obra.

A partir del desarrollo de esta experiencia, se fortalecieron los vínculos de la red, hubo un acercamiento entre el equipo de salud y la comunidad, mejorando la comunicación entre todos los sectores y, a su vez, de los sectores de la comunidad con las autoridades municipales, logrando incorporar en la agenda política el problema de salud sentido por la Comunidad.

Es importante destacar que el abordaje del problema se remitió a los determinantes sociales, es decir, a las causas últimas que condicionan la situación de salud de una Comunidad.

5. Las redes como intercambio y las relaciones comunitarias indígenas

El trabajo en red se orienta a mediano y largo plazo. La propia consolidación de la red requiere tiempos prolongados más allá de las urgencias. Sin embargo, las redes son capaces de actuar con prontitud ante hechos que provocan o demandan su respuesta (Dabas, E. y Perrone, N., 1999).

3. Este trabajo fue realizado por Sergio Barrera Ruiz, María Alejandra Yaique, Jorge Churquina, Jorge Cardozo, Rosana Carrizo en San Pedro de Jujuy, Jujuy. Año 2006.

Asumimos que esos tiempos también deben entenderse en relación con patrones históricos de integración indígena a las regiones de pertenencia.

Las redes de intercambio indígenas no son solo un mecanismo social para alcanzar una mejor supervivencia dada la escasez de medios materiales, la falta de educación formal, o los problemas de adaptación urbana. Son redes más o menos activas según los momentos y los casos y que sirven muchas veces al crecimiento económico.

Las relaciones comunitarias indígenas se sustentan en parentesco. La estructura de los grupos puede ser muy diversa: linajes y diversas líneas de descendencia.

La solidaridad, cooperación y reciprocidad entre parientes y comunitarios no solo participan de la circulación privilegiada de bienes, información y favores, sino que representa un elemento que revitaliza las relaciones, lo que permite una mayor apertura social a los que se ven involucrados en esta red de intercambio.

Asimismo, las redes sociales que integran sujetos en zonas y ciudades distantes tienen un papel de relevancia.

Encontramos entonces antecedentes de redes de los pueblos indígenas a través de las relaciones que sus miembros desarrollan, sobre espacios laborales, parentales, sociales, incluso religiosos.

Existen cambios significativos que favorecen la reproducción de estas redes sociales en los pueblos indígenas, comunicaciones cotidianas entre segmentos familiares, de parentelas, de vecinos y amigos dispersos en la geografía nacional encuadran hoy la interacción social planteada desde marcos locales indígenas.

Los temas que nutren las *redes sociales* rurales, urbanas y rural-urbanas son muy diversos. Es de importancia la circulación de información privilegiada de mercado, acceso a servicios, oportunidades o “datos” favorables de diversa índole. Como por ejemplo, el acceso preferente a bienes campesinos valorados, como la carne de llama u oveja para las familias urbanas andinas, o la medicina herbolaria en el mapuche.

La información, trámites y favores para el acceso a beneficios estatales es una materia presente en las relaciones internas. Los préstamos de objetos, herramientas, bienes y dinero también ocurren con frecuencia. La cooperación laboral interfamiliar muestra otros buenos ejemplos: en la ganadería del altiplano aymara, en trabajos de autoconstrucción de vivienda o la ayuda laboral mapuche entre parientes cercanos.

En este sentido, no sólo recalcamos la necesidad de una comprensión regional de los procesos sociales indígenas, también insistimos en la existencia y vigencia de flujos de relación que unen mediante redes, grupos y organizaciones a individuos, comunidades y localidades indígenas dispersas regional y nacionalmente.⁴

4. Extraído y adaptado de Hans Gundermann Kröll y Héctor González Cortéz (Revista *Universum* N° 23 vol. I: 82-115, 2008)



ACTIVIDAD

Te proponemos que leas esta carta, un relato de un enfermero comunitario indígena:

Carta de Miguel R. (Enfermero Comunitario Indígena) al Área de Salud Indígena del PMC. Nos cuenta parte de su vida y también el trabajo cotidiano desarrollado por la indispensable iniciativa comunitaria Brigada de Salud Solidaria, la cual trabaja en toda la zona rural de Santa María.

Comunidades indígenas con cobertura de la Brigada: Diaguaita-calchaquí, Ingamana; que residen en la zona de los valles calchaquíes. Centro de Salud: San José - Santa Marías

Soy Miguel, Agente Sanitario Indígena del Programa Médicos Comunitarios. Esta es una breve historia de mi vida que ayuda a entender por qué luché para mejorar el sistema de salud y la vida de los hermanos originarios.

Nací en el año 1976 y desde muy chico tuve que trabajar porque en mi familia éramos muy pobres. Vendí leña para tener qué comer. Después aprendí a tejer tapices de paisajes y pinturas rupestres, chales de oveja y llama que cambiábamos por mercadería.

Terminé 7º grado, quería mejorar mi vida y la de otras personas que sufrían más que yo. Cuando cumplí 17 años me fui de Santa María a la Capital (...) Lo hice con mucho dolor, hacía changas como albañil y todo tipo de trabajo en el mercado de verdura y en casas de comidas. Realmente quería estudiar pero no alcanzaba.

A los 18 años me presente al Regimiento Mot. 17. Salí con un número bajo en el sorteo o sea que quedaba libre. Pero ahí conocí un hermano, un amigo y un padre, quien me ayudó, me aconsejó, me cuidó y me guió; me enseñó a ser una mejor persona, me aconsejó que estudiara y estudié enfermería y cocina. Trabajé en varios hospitales militares unos años más.

Comencé a estudiar nuestro valle y reconocer los problemas que presentaban diariamente mientras brindaba asistencia de enfermero. Inyectables, traslados, atención de ancianos y niños bajo peso, huérfanos e indigentes con Parálisis Cerebral, enfermos oncológicos con problemas de baños y habitaciones, falta de médicos y medicamentos.

Desde el año 2002 al 2004 estuve en el CAPS Amaicha del Valle del área operativa Valles Calchaquíes de Tucumán. Cubría una licencia y con ese dinero compraba medicamentos para los necesitados, mercadería para los niños y abuelos abandonados y discapacitados.

Desde el 2005 al 2009 estuve en el Servicio Médico Ymad, Mina Farallone Negro, en Catamarca. Compré un terreno para crear un albergue para niños y mujeres; desde principios de 2008 ya recorría el valle brindando atención de enfermería a personas pobres y realizando traslados a Tucumán, Salta y Catamarca en forma gratuita, en mi auto.

En el año 2009, gracias al Programa Médicos Comunitarios, empecé cobrar por mi trabajo con la comunidad. Con los mismos deseos de ayudar a los hermanos enfermos decidí realizar un estudio de jóvenes con oficio, originarios, que quieran ayudar y estudiar. Encontré a varios. No se conocían y los reuní. Los capacité, nos integramos y así nació el 1º de febrero de 2011, la BRIGADA DE SALUD SOLIDARIA que brinda asistencia de enfermería, traslado de enfermos a Tucumán, Salta, Catamarca. Lo hacemos en forma gratuita, en vehículos propios. No tenemos ambulancia ni camioneta. La brigada se traslada en motos prestadas y algunas propias.

Con el aporte de donaciones y mi sueldo, brindamos capacitaciones, medicación, pañales, mercadería, ropa, colchas, colchones, calzado, comida a niños, mujeres, ancianos, indigentes y personas solas. Unidos podemos solucionar varios problemas, como la necesidad de sillas de ruedas, camas ortopédicas, mesas. Las herramientas son de los integrantes de la brigada. La mercadería que entrega la Brigada (se llama Bolsito Esperanza) está conformada por elementos como azúcar, leche, yerba, fideos, polenta, aceite, arroz, pan, juguetes o pañales.

Cabe destacar que los integrantes de la Brigada están muy unidos y no tienen sueldo (...)

Todo se hace con sacrificio y a pulmón. El frío todos los días te penetra los huesos pero tenemos la satisfacción de que hoy un niño comió un plato de comida y fue atendido como se merece; que cuando hubo un enfermo hoy estuvimos; que cuando no hay ni para mate nosotros llegamos; que cuando hace frío nosotros te abrigamos; que cuando ya no esté tu madre o tu papá nosotros estamos; que cuando te falte un medicamento nosotros te lo damos; que cuando no tenga leche un niño especial que sólo puede tomar eso nosotros estamos; que cuando una madre se desangra por hemorragia gástrica y no tiene con quién dejar a sus hijos nosotros estamos y se puede ir al hospital (...)

(...) La Brigada y yo seguiremos. Con la esperanza de un mañana mejor, seguiremos cada día. Para nosotros cada donación es un acto de justicia, de igualdad, de hermano a hermano. Porque el dolor nos ha enseñado a ser más humildes y ponernos de pie para luchar cada día contra esta dura realidad.

Para trabajar con tus compañeros/as del Curso y el tutor/a:

1- ¿Qué te sugiere este relato?

.....
.....
.....
.....

2- ¿La brigada de salud Solidaria está planteada como una red?

.....
.....
.....
.....

3- ¿Qué intervención tiene la red de PMC en esta iniciativa?

.....
.....
.....
.....

4- Como integrante del equipo de salud, ¿En que acciones pensás al leer los problemas de salud comentados por Miguel?

.....
.....
.....
.....

A modo de cierre...

Las redes son una propuesta de acción o un modo de funcionamiento social. Un modo espontáneo de organización, una alternativa, una nueva modalidad de organización que permite abrir brechas, incorporando nuevas ideas y nuevas prácticas más colectivas que individuales.

Cada sociedad tiene sus propias redes, éstas pueden tejerse alrededor del trabajo, la iglesia, el deporte, una situación de salud. Es a través del reconocimiento de los valores y creencias de la comunidad que podemos abrir el camino hacia la participación de todos/as en decisiones que hacen a su vida y a su salud.

Bibliografía

Bibliografía utilizada

- BERTOLOTTO, A: *La formación de Equipos Interdisciplinario de Salud*. Ponencia Encuentro PMC “Promoción de la salud: el recorrido para encontrarnos” Buenos Aires, 2009.
- GAVILÁN, E.: *Tu equipo, el equipo de atención primaria- Curso de Introducción a la medicina familiar y comunitaria*. Buenos Aires, 2009.
- IDAÑEZ M.J., *La participación comunitaria en salud. ¿Mito o realidad? Aspectos Claves de la participación comunitaria en salud*. Ediciones Díaz de Santos. Madrid, 2001.
- JELIN, E.: *Pan y afectos, la transformación de las familias*. Fondo de Cultura Económica, 1998.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION. PROGRAMA MEDICOS COMUNITARIOS. *Módulo 7- Salud y Participación Comunitaria*. Buenos Aires, 2006.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION. PROGRAMA MEDICOS COMUNITARIOS. *Módulo 8- Trabajo en Equipo en Salud*. Buenos Aires, 2006.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION. PROGRAMA MEDICOS COMUNITARIOS. *Módulo 9- Salud y Redes*. Buenos Aires, 2006.
- KOROL, C, comp: *Mosconi: cortando las rutas del petróleo*. Equipo de Educación Popular “Pañuelos en Rebeldía”. Colección En Movimiento. Ediciones Madres de Plaza de Mayo. Buenos Aires, 2006.
- RIFKIN, S: *Primary Health care in Southeast Asia: attitudes about community Health programmes, en Social Sciencie and Medicina*. China, 1987.

AUTORES

Lic. Graciela Biaggini

Universidad Nacional de Luján

Dra. Silvina Gygli

Equipo Nivel Central

Programa Médicos Comunitarios

COLABORADORES:

Área Salud Indígena

Programa Médicos Comunitarios

Analía Bruno

Equipo de Educación Popular

“Pañuelos en Rebeldía”

EDITOR

Programa Médicos Comunitarios

Ministerio de Salud - Presidencia de la Nación

SUPERVISIÓN DE CONTENIDOS

Dra. Diana Juárez

Dra. Ángeles Tessio

SUPERVISIÓN PEDAGÓGICA

Lic. Adriana Sznajder

DISEÑO DIDÁCTICO

Lic. Alejandra Pérez

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Dcv. Pablo Fantini

IMPRESA

Cristián Févre & Asoc.

Programa de Equipos Comunitarios

Cobertura Universal de Salud

República Argentina 
salud.gov.ar

Av. 9 de Julio 1925. Buenos Aires. Argentina



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación