



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**CENTRO DE POSGRADO**

**MAESTRÍA EN ATENCIÓN A LA SALUD EN EL PRIMER NIVEL**



**PARTICIPACIÓN DE LOS USUARIOS DEL  
SISTEMA DE SALUD EN EL ÁMBITO RURAL.  
“EXPLORACIÓN DE LOS FACTORES  
FACILITADORES DE LA PARTICIPACIÓN EN  
LAS COMUNIDADES DE LA RURALIDAD  
DISPERSA DEL DEPARTAMENTO DE  
TREINTA Y TRES.”**

Facultad de Enfermería  
BIBLIOTECA  
Hospital de Clínicas  
Av. Italia s/n 3er. Piso  
Montevideo - Uruguay

**Autora:**  
Psic. Sandra Carro Pecci

**Tutor:**  
Psic. Victor Giorgi

**Montevideo, 2014**

Montevideo ,30 de mayo de 2014

Sra. Directora del Centro de Posgrado

Facultad de Enfermería

Prof. Mg. Josefina Verde

Por la presente en mi carácter de tutor de la tesis de la Psic Sandra Carro dejo constancia de que la misma cumple con las condiciones para ser presentada.

Sin otro particular, saluda a Ud. atentamente



Prof. Víctor Giorgi

Tutor

1- Conceptos de participación	22
2- El concepto de grupo	27
3- Tipos de grupos participativos y sus características	30
4- Obstáculos y facilitadores de los procesos participativos	38
5- Participación y políticas sociales en el Uruguay	40
6- El rol del docente en el aula	41
7- Roles de la docencia	42
8- Roles y funciones	43
9- El rol del docente en el aula	44



## INDICE

Agradecimientos.....	5
Epígrafe.....	7
Siglas utilizadas .....	8
Índice de tablas.....	10
Índice de figuras .....	11
Resumen.....	12
Introducción.....	13
Descripción del estudio .....	16
Objetivos.....	16
Antecedentes.....	17
Delimitación y justificación del problema.....	24
Marco teórico. ....	26
Conceptualizaciones sobre participación.....	26
El concepto de poder .....	35
Participación y subjetividad. ¿Proceso individual o colectivo? .....	44
Participación, psicología y salud.....	52
Obstáculos y facilitadores de los procesos participativos.....	55..
Participación y políticas sociales en Uruguay. ....	58
Lo rural. Un concepto en evolución. ....	59
La comunidad rural.....	64
Descentralización.....	66
El departamento de Treinta y Tres.....	69
Un poco de historia .....	74
Metodología. ....	78
Descripción del estudio .....	80
Objetivo general.....	80



Objetivos específicos.....	80.
Población de estudio .....	80
Recolección de datos.....	81.
Entrevistas .....	81
Focu group .....	81
Focus Group con auxiliares de enfermería. ....	82
Participantes. ....	82
Perfiles.....	82
Forma de registro. ....	83
Guión del FG. ....	83
Encuadre.....	83
Cuestionario.....	83
Plan de Análisis de resultados .....	85
Característica de la muestra y ubicación geográfica del estudio.....	86
Características del grupo de usuarios.....	88
Características del grupo de técnicos.....	90
Definiciones operacionales I.....	91
Unidad de análisis y variables.....	91
Matriz Rectora .....	92
Definiciones operacionales II.....	93
Dimensiones, indicadores y valores.....	93
Presentación y análisis de resultados.....	95
Relación usuario - sistema de atención.....	95
Variable Participación.....	98
Importancia relativa de las dimensiones.....	99
Recibir información.....	100
Conocimiento del Plan Nacional de Salud Rural.....	109



Espacios de expresión de la opinión.....	120
Variable Organización de la Atención.....	126
La profesionalización de los recursos humanos en el medio rural.....	128
Salud y educación. ....	133
Unos van y otros vienen .....	136
Conclusiones.....	137
Sumando reflexiones. ....	141
Coda.....	145
Referencias bibliográficas.....	146
Anexo 1. Matriz Rectora final .....	153
Anexo 2 Tablas ampliatorias.....	155
Anexo 3 Guion del Focus Group .....	163
Anexo 4 Cuestionarios .....	164



## **AGRADECIMIENTOS**

Este trabajo lleva mucho tiempo en el camino, macerando en la vivencia, pero mudo en la letra y el papel. Fue en el aire de la sierra y el Olimar que tomó cuerpo. Pero sin la colaboración de muchos, este documento no estaría hoy aquí.

Quiero agradecer en primer lugar a las auxiliares de enfermería de las policlínicas rurales de Treinta y Tres, quienes dedicaron su tiempo para colaborar en esta investigación, muestra de su compromiso con la comunidad rural. En especial a Nela Cigales, y Manuela Machado, quienes además compartieron su pensar y sus experiencias para iluminar la letra desde la vivencia.

A las autoridades de salud de la Intendencia Departamental de Treinta y Tres, la Sra Daniela Volpe por su apertura y confianza en esta propuesta. A la Directora de la Dirección Departamental de Salud, la Sra Susana Bouyssounade quien fue una de las primeras orientadoras de la mirada en el departamento.

A mis tutores, la Dra Liliana Etchebarne, porque sin su apoyo en estos años no podría haber retomado este camino y Víctor Giorgi, que me permitió aprender a través de su generosidad y sencillez del saber alimentado por la experiencia y la capacidad de análisis integrador y propositivo.

Al Dr Hugo Dibarboure, una fuente de fuerza creativa que me transmitió la energía viva del ejercicio médico en el medio rural.

Gracias a mis amigas en Treinta y Tres Elena Rivero y Carmen Ipuche que colaboraron con el entusiasmo de una tarea propia.



Pero sin dudas, no es sino el sentimiento de no estar solo en el camino, lo que nos da la fuerza para caminar. Gracias a quien acunó este trabajo con paciencia, con presencia , solidaridad y con la fuerza de quien no abandona ni deja abandonar , a Madelón Casas, que recorrió la ruta 8 hasta Treinta y Tres para darme el impulso y no dejó de acompañarme en los momentos de dudas y desaliento , sin dudas partera de este trabajo

Treinta y Tres 2014.



***“Hemos visto la saturación del individualismo, los excesos del yo, visto como el centro de un sistema alrededor del cual gira el mundo. La sociedad como una galaxia, está construida por millones de estos sistemas individuales, solitarios en sus relaciones egocéntricas y al mismo tiempo, perdidos y buscando sin rumbo al otro y a sí mismos.”***

***Maritza Montero.***





## SIGLAS UTILIZADAS

ANEP - Administración Nacional de Educación Pública
APROPIEN - Área de Promoción e Salud y Prevención
APS - Atención Primaria en Salud
ART - Programa de Desarrollo Local
CEIP - Consejo de Educación Inicial y Primaria
D - Dimensión de la variable
DDS - Dirección Departamental de Salud
DEPES - Departamento de Programación Estratégica en Salud
DIGESA - Dirección General de Salud
FONASA - Sondo Nacional de Salud
I - Indicador de la variable
IAC - Institución de Atención Colectiva
IDT - Intendencia Departamental de Tacuarembó
IFD - Instituto de Formación Docente
IIN - Instituto Interamericano del Niño
INE - Instituto Nacional de Estadística
JUNASA - Junta Nacional de Salud
MEC - Ministerio de Educación y Cultura
MGAP - Ministerio de Ganadería Agricultura y Pesca
MNUSPP - Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud Pública y Privada
OPP - Oficina de Planeamiento y Presupuesto
OPS - Organización Panamericana de la Salud
OPYPA - Oficina de Programación y Política Agropecuaria
PNSR - Plan Nacional de Salud Rural



PROPAS - Programación Participativa en Salud
SILOS - Sistema Locales de Salud
SNIS - Sistema Nacional Integrado de Salud
UA - Unidad de Análisis
UDELAR - Universidad de la República
URB-AL - Programa de Cooperación Descentralizada para ciudades, Aglomeraciones y Regiones de la Unión Europea y de América Latina.
V - Valor de la dimensión de la variable



## **INDICE DE TABLAS.**

Tabla 1 .Localidades del Departamento de Treinta y Tres hasta 5000 habitantes

Tabla 2.Variación de la población por zona geográfica del departamento de Treinta y Tres 2004-2011.

Tabla 3. Red de policlínicas rurales según sección policial.

Tabla 4. Zona de la investigación según distancia de la capital departamental y nº de habitantes.

Tabla 5 Distribución de la muestra de usuarios por residencia.

Tabla 7. Distribución de la muestra de usuarios por nivel de instrucción.

Tabla 8. Distribución de la muestra de usuarios por ocupación.

Tabla 9. Matriz rectora.

Tabla 10. Distribución de la muestra de usuarios por prestador de salud según nº de respuestas.

Tabla 11. Conductas del usuario cuando se siente enfermo según nº de respuestas.

Tabla 12 - Importancia de las dimensiones en el proceso de participación según nº de respuestas.

Tabla 13. Espacios facilitadores de la participación según nº de respuesta.

.Tabla 14 Requisitos para tener una opinión propia según nº de respuestas.



## INDICE DE FIGURAS

**Figura 1.** Mapa de distribución de los centros de salud públicos en el departamento.

**Figura .2** Ubicación geográfica de los parajes donde se realizó la investigación.

**Figura 3.** Imágenes de locales de policlínicas rurales del departamento de Treinta y Tres.



## **RESUMEN**

El presente trabajo es un estudio exploratorio sobre factores facilitadores de los procesos de participación desde la perspectiva de los usuarios que residen en las zonas de la ruralidad dispersa, y de los recursos humanos que desarrollan tareas sanitarias en ese ámbito en el departamento de Treinta y Tres. Se diseñó una matriz de análisis del proceso de participación a partir de la operacionalización de la definición conceptual. Se consideró que el enfoque de matriz de datos permite cartografiar procesos complejos y multifacéticos, de manera de poder objetivar factores presentes en su manifestación. El nivel de anclaje de la matriz fue el sujeto situado en su hábitat. Se identificaron dos variables: proceso participativo y atención de la salud.

Los datos se obtuvieron aplicando entrevistas no estructuradas a informantes calificados; se utilizó la técnica de entrevista grupal o focus group y un cuestionario aplicado a una muestra no probabilística de tipo intencional. Se realizó un relevamiento bibliográfico a nivel nacional y de autores latinoamericanos.

Los resultados permitieron identificar el acceso a información y los espacios espontáneos como factores facilitadores de la participación. En cuanto a la organización de la atención la actitud del técnico fue el aspecto facilitador más valorado en relación a saber escuchar y brindar información. En el desarrollo de la investigación surgen otros que marcan desafíos no resueltos aún por el SNIS como la falta de recursos humanos calificados en el medio rural y la aparición de demandas de nuevo tipo como el usuario relacionado a la actividad turística.

La casi totalidad de los actores comunitarios involucrados en este estudio, tanto usuarios como técnicos desconocían la existencia y/o propuesta contenida en el Plan Nacional de Salud Rural.



## **INTRODUCCIÓN**

Este estudio se realizó en el marco de la formación de la Maestría en Primer Nivel de Atención, cursada en el Centro de Posgrados de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República. El tema elegido fue la exploración de los factores facilitadores de la participación en las comunidades de la ruralidad dispersa del departamento de Treinta y Tres analizado desde las percepciones de los residentes y el personal de la salud que desarrolla sus tareas en la zona rural. La importancia de los procesos participativos en la salud está enmarcada en la orientación estratégica del Sistema Nacional Integrado de Salud que jerarquiza la promoción de un modelo de salud orientado a la atención primaria y en especial en el medio rural a través del diseño de un Plan Nacional de Salud Rural para los pobladores de la ruralidad dispersa y pequeñas localidades. En este marco, la presente investigación se propone contribuir a la identificación de factores facilitadores de la participación en temas de la atención de salud en el ámbito rural, mirados desde la perspectiva de los actores locales. Además indaga el nivel de conocimiento que tiene la población destinataria y técnicos involucrados del Plan Nacional de Salud Rural.

Se trata de un estudio de carácter exploratorio. Las fuentes de información primaria la constituyeron entrevistas no estructuradas a informantes calificados, un focus group y un cuestionario aplicado a una muestra no probabilística de tipo intencional. Se realizó un relevamiento bibliográfico a nivel nacional y de autores latinoamericanos.

Se eligió el enfoque metodológico de la matriz de datos, porque fue considerado adecuado para objetivar un concepto multifacético y contribuir a ubicar el concepto de la participación en una caja de herramientas menos abstracta.

Para las entrevistas se seleccionaron informantes calificados, definidos como personas que conocen en profundidad el tema de investigación, con disposición y disponibilidad para brindar información y que pueden manejar la complejidad de la temática, recogiendo las diversas



posturas de los actores involucrados sin tomar partido valorativo personal en relación a las mismas. Consideramos la entrevista como “una técnica de recolección de información que se basa en la comunicación interpersonal entre el investigador y el sujeto de estudio, con el fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas” Pineda, E; Alvarado, E y Canales, H (1994). Se eligió la entrevista abierta o no estructurada al ser más flexible, por tratarse de un estudio exploratorio.

La técnica del focus group recoge las características de una entrevista grupal, pero enriquece las respuestas a través de la interacción entre los participantes. Para diseñar el guión del FG se adaptó la modalidad de relevamiento de información característica de la sistematización de experiencias, considerada como una metodología de investigación situada en tiempo y espacio y referida a la experiencia personal del sujeto, quien le da el sentido particular al evento foco de investigación. La técnica del FG apuntó a recoger las lecciones aprendidas a partir de la experiencia personal del sujeto, rompiendo la inercia intelectual y/o pragmática pautaada por la formalización de la práctica profesional.

La encuesta como técnica de recolección de datos se eligió por adaptarse a los recursos disponibles en relación al tiempo, recursos humanos y materiales. El diseño del cuestionario se realizó a partir de la información recogida en las entrevistas iniciales con los informantes, y el relevamiento de fuentes secundarias y se testeó en zonas de la ruralidad dispersa; se identificaron ajustes necesarios que se incluyeron al cuestionario previo a la aplicación en la muestra definitiva.

La aplicación de los cuestionarios se realizó en las salas de espera de las policlínicas rurales por parte del investigador y de colaboradoras voluntarias (auxiliares de enfermería de las propias policlínicas y una extensionista de la Intendencia Departamental) que fueron instruidas previamente. La aplicación de las entrevistas fue coordinada con anterioridad y se realizaron en el lugar de trabajo de los informantes. El FG se realizó en la ciudad de Treinta y Tres. Se elaboró un cronograma de trabajo que debió ajustarse por factores climáticos (inundaciones)



que impidieron la llegada a las zonas definidas para la investigación en las fechas previstas. Se pudo cumplir con lo planificado en su casi totalidad, quedando pendiente la realización del FG con usuarios que no se pudo concretar a pesar de repetidas convocatorias. Los resultados de la investigación muestran un consenso entre usuarios y técnicos en que la información es la dimensión de los procesos participativos más valorada como factor facilitador. En relación a la atención de la salud, los usuarios jerarquizan que el técnico brinde información en la consulta, mientras que los técnicos valoran más la escucha del técnico al paciente. En cuanto a los escenarios de la participación, la policlínica local es el referente, tanto en la consulta como en la sala de espera siendo el espacio espontáneo, no institucionalizado es el escenario que tanto usuarios como técnicos consideran promotor de la participación. El factor que mostró resultados más ambiguos fue el relacionado con tener una opinión propia. En síntesis el estudio concluye que los factores relacionados con los patrones comunicacionales de los técnicos, la circulación de la información y los escenarios no institucionalizados son factores que favorecen los procesos participativos desde la perspectiva de los actores rurales. En relación al conocimiento del PNSR, la casi totalidad de los actores comunitarios involucrados en este estudio, tanto usuarios como técnicos desconocían la existencia y/o propuesta contenida en el Plan Nacional de Salud Rural.

El presente documento contiene inicialmente el marco conceptual que orientó el trabajo, luego se desarrolla el planteo metodológico con que se abordó el estudio y finalmente los resultados obtenidos. En los Anexos se incluyen las tablas con datos ampliatorios de los resultados, las guías de entrevista y FG y el modelo de cuestionario aplicado.





## ***DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO***

**Tipo de Estudio: Exploratorio**

### ***OBJETIVO GENERAL***

- Contribuir a la identificación de factores facilitadores de los procesos participativos desde la percepción de los actores de las comunidades de la ruralidad dispersa como población destinataria del Plan Nacional de Salud Rural.

### **Objetivos Específicos**

- Identificación de aspectos facilitadores de la participación en temas de atención de salud, desde la perspectiva de los pobladores y referentes de salud de comunidades de la ruralidad dispersa del departamento de Treinta y Tres en el período 2012 - 2013.
- Exploración del nivel de información que tienen los referentes de salud y pobladores de comunidades de la ruralidad dispersa del departamento de Treinta y Tres, sobre el Plan Nacional de Salud Rural.

**Población de estudio:** usuarios de los servicios de salud que viven en zonas de ruralidad dispersa y referentes de salud que desarrollan tareas en esas comunidades en el departamento de Treinta y Tres.



## ANTECEDENTES

A partir del 2007, el Uruguay cuenta con un SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD (SNIS). La ley N° 18.211, que lo rige, reglamenta en su primer artículo el "derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país". Se definen doce principios rectores del sistema que incluyen la promoción de la salud; la intersectorialidad de las políticas de salud; la accesibilidad, equidad y continuidad de la atención; la participación social, la información al usuario, entre otros referidos a la cogestión de recursos, la sustentabilidad y la atención integral de salud; principios reafirmados por los artículos N° 34 y N° 36 de la ley. Podemos inferir que el SNIS plantea un movimiento de transformación del modelo médico hegemónico centrado en una atención de lógica institucionalista hospitalaria, hacia un modelo antropológico, centrado en la persona y su hábitat, ya anunciado en la declaración de Alma Ata en el 78, donde se jerarquiza la proximidad con el usuario, su participación desde sus realidades y aportando sus saberes, buscando un diálogo y cooperación con el técnico para analizar y priorizar las necesidades en salud de las comunidades.

Meléndez (Buenos Aires ,1988 ) caracteriza el Modelo Médico Hegemónico como biologista , individualista , a histórico y mercantilista, cuyo foco está instalado en la eficacia pragmática donde subyace la asimetría y el autoritarismo con una la participación subordinada y pasiva del paciente como contraparte.

Si consideramos los aspectos clave de análisis de un modelo médico, mencionado por Giorgi, V "rol de los técnicos, usuarios, pacientes, comunidad; derechos del usuario; organización de los niveles y articulación entre ellos; administración de los recursos técnicos; accesibilidades a las diferentes prestaciones; relación con prácticas y saberes populares; calidad y calidez en la atención; origen y circulación de los dineros." (Giorgi, V ,2013 Material didáctico sin editar .Área



de Salud Facultad de Psicología .UDELAR) vemos planteado en el texto de la ley, un movimiento central del cambio de modelo en el sistema de atención a través de la integración activa del usuario desde las acciones y desde la cosmovisión de la salud, donde el concepto vinculante es la participación.

En este marco el Ministerio de Salud Pública uruguayo (MSP) presenta en junio del 2010 el Programa Nacional de Salud Rural (PNSR), considerándolo a texto expreso *“una herramienta de la Salud Pública para aportar y contribuir a la concreción de la política de desarrollo integral rural del Uruguay.”* depende del área de Promoción de Salud y Prevención, (APROPYEN) del Departamento de Programación Estratégica en Salud (DEPES).

El DEPES fue pensado para superar la histórica fragmentación de acciones en el área de la salud, intentando que los programas sean verdaderas herramientas de transformación sanitaria. En esta línea, el PNSR define como objetivo:

*“Contribuir a mejorar la calidad de vida y la situación de salud de la población rural desde un enfoque integral, a través de la generación de espacios de vida dignos, habitables y saludables, con acceso universal a servicios de salud de calidad en toda la población rural del país, mediante la plena participación de todos los involucrados en el proceso y generando espacios de articulación interinstitucional e intersectorial a nivel nacional-local-territorial, contribuyendo a la generación de conocimiento sobre el medio rural Uruguayo”* (PNSR / MSP – 2010: 9)

La población objetivo del plan está definida como “rural dispersa” y “localidades de hasta 5000 habitantes”. Apunta a abordar tres aspectos de la atención a la salud de la población objetivo: a) la mejora de la accesibilidad a los servicios de salud de los pobladores rurales, b) el acceso a una atención integral a la salud y c) el aseguramiento de la continuidad de la atención en todo el proceso asistencial.

El plan está diseñado en cuatro componentes:



Componente 1. Organización de la atención integral a la salud rural.

Componente 2. Fortalecimiento de los equipos de salud en las pequeñas localidades y zonas rurales del país.

Componente 3. Fortalecimiento de acciones intersectoriales y participación comunitaria.

Componente 4. Fomento de la investigación en salud rural.

En el componente tres se mencionan las orientaciones pensadas en función de tres estrategias: *“(…) que se apoyan en los procesos de participación comunitaria: Fortalecer el Primer Nivel de Atención; Desarrollar las Estrategias de Atención primaria en Salud y Promoción de Salud; Apoyarse en un enfoque integral: familiar, comunitario, epidemiológico, productivo y social.”*

Desde los propios usuarios, a través del Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud Pública y Privada (MNUSPP), en el análisis de la propuesta del plan que realiza esta organización, hacen hincapié en la necesidad de tener una mirada en profundidad de la realidad rural desde su gente: *“La comunidad debe ser el actor fundamental para que cualquier proyecto o plan se pueda sostener en el tiempo. Como primera condición hay que identificar a los líderes del lugar, oír a la comunidad y tomarse los tiempos para que ésta confíe y se abra a la comunicación. Venza los miedos históricamente cultivados por el poder médico y la desconfianza a lo institucional. Todo diagnóstico y acción debe ser construida por la gente, el técnico debe acompañar el proceso generando entre ambos una interacción amalgamando los saberes para enriquecer la elaboración del proyecto “* (MNUSPP, 2011)

Así mismo en relación al aseguramiento de la continuidad de la atención, el MNUSPP, propone *“Ésta estará garantizada por la participación y la organización comunitaria. Esta estrategia planteada nos compromete como usuarios para el desarrollo y sustentación del mismo pues es base fundamental de nuestra acción como organización y que nos encuentra organizados en cada rincón del país. Esta participación debe concebirse con la integración de los aspectos*



*culturales, locales, al ritmo y desarrollo del trabajo planificado. Con una concepción ni paternalista ni utilitaria de la participación comunitaria enfatizando en la formación.* "(MNUSPP, 2011)

Del relevamiento, si bien amplio pero no exhaustivo, sobre antecedentes de estudios sobre la participación en temas de salud en Uruguay, se identificaron varios estudios focalizando diversos ámbitos. Desde la dimensión comunitaria el trabajo de Guida, C; Perea, Rodríguez, D; Rosenberg, S. "La participación comunitaria en el primer nivel de atención". (Montevideo: 1999) . Desde el lugar del usuario en el Sistema de Salud, el estudio "Accesibilidad y participación ciudadana en el sistema de salud. Una mirada desde la psicología "de Rudolf,S ;Bagnato, Ma. José; Guida,C; Rodriguez,A.C; Ramos,F ;Suarez,Z y Arias, Ma. A (Montevideo: 2009) un material que plantea el estado del arte en el período anterior a la instrumentación del SNIS. El estudio "Participación social y sistema de salud, el lugar de los usuarios". De Paula, A (Montevideo 2010) propone el énfasis en la participación de los usuarios en los espacios institucionales. Desde el punto de vista de los procesos colectivos el estudio " Los procesos de participación en salud: dos experiencias que protagonizaron los grupos de usuarios de salud en servicios de salud de Peñarol y las Piedras", Alonso, N. (Montevideo 2009) y también estudios de participación en el medio rural como el de Vitelli, R "Participación, ciudadanía y capital social: un estudio de mujeres en el medio rural"; (Montevideo 2008), entre otros.

El antecedente más cercano a la temática de este estudio que se encontró, que incluye la relación participación, salud y rol de la comunidad, con algunas menciones a rol del agente comunitario en zonas rurales, es la sistematización de la experiencia del Centro de Atención Primaria de Salud Villa de las Piedras (CAPS) que se presenta en el libro *Acción y Participación Comunitaria en Salud* de Barrenechea et. al (1993)

Este libro recoge la experiencia de trabajo con agentes comunitarios y se analizan los obstáculos y facilitadores desde el eje de la participación, entre otros aspectos del trabajo



en APS. Existen puntos en común con la realidad rural, como la vulnerabilidad y las relaciones sociales pautadas por la presión del colectivo en cuanto a la movilidad social y las relaciones de poder. El momento histórico y las circunstancias en que se instrumentó la experiencia del CAPS son diferentes a las actuales, aunque podemos decir que se mantienen algunos rasgos de la organización de la atención a la salud, que también se observan en las comunidades rurales como el no reconocimiento del agente comunitario como promotor y eje fundamental del trabajo en APS, la débil inclusión de técnicos sociales en los equipos interdisciplinarios y la carencia en abordajes de salud mental comunitaria.

No se constató en el relevamiento realizado información sistematizada sobre los procesos de participación y salud desde la percepción del usuario residente en áreas de ruralidad dispersa en especial.

Como plantean Rudolf et. al. en el trabajo citado ad supra, tampoco las experiencias internacionales recogen suficiente información para evaluar la incidencia de los procesos de participación en los sistemas de salud. Así mismo los autores subrayan como aprendizaje relevante del estudio *“la constatación de la inexistencia de indicadores que permitan sistematizar el análisis de las contribuciones de la participación ciudadana en la mejora del sistema de salud y en la definición de políticas públicas”* (Rudolf, S et al p: 25)

Ana Ferrullo define el estado del arte en este tema desde la psicología social con un común denominador dado por un marcado desequilibrio entre las acciones y las teorizaciones. *“Mientras las acciones llevadas a cabo en este ámbito son muy numerosas, y tienden a incrementarse cada día más, la sistematización y construcción de conocimientos teóricos, metodológicos y técnicos que las sustentan y encuadran resultan escasas”* ( Ferrullo, 2006 p. 20)

En cuanto a antecedentes de experiencias de participación en el sistema de atención de salud, las que presentan más registros son las experiencias en las policlínicas barriales de



Montevideo: el Centro de Salud de La Tablada, 1983; el Centro de Salud de Jardines de Peñarol en 1988. En la década del 90 a partir del procesos de descentralización impulsado por la Intendencia de Montevideo, surgen las comisiones zonales de salud.

Como plantean Rudolf et.al (2009) ya mencionados

*“ el SNIS “incorpora un rico y dilatado proceso de acumulación social y político, del cual forman parte la experiencias de las Comisiones Comunitarias en Salud, los consejos Vecinales, el programa APS de Tacuarembó, el programa APEX-CERRO de la UDELAR y el movimiento nacional de usuarios entre otros, realizando un movimiento hacia la inclusión de la participación de una forma más determinante y sustentable en la política de salud, consolidado en la propia ley Nº 18211, con la creación de la Junta Nacional de Salud (JUNASA) , y los consejos Asesores Honorarios Departamentales y Locales integrando la participación en los diferentes niveles de gestión”. (p13)*

Schelotto y cols ( Montevideo 2009) mencionan como pioneros en la medicina comunitaria y la atención primaria en el medio rural, a los doctores Hugo Dibarbouré Icasuriaga y Juan Carlos Macedo, *“dos médicos que indiscutiblemente marcaron esta historia en el Uruguay, no sólo por su práctica, bien establecida en relación con una comunidad, con estabilidad y continuidad en el tiempo, sino por la aplicación sistemática de una metodología clínica y epidemiológica, por el desarrollo de herramientas para la práctica médica en el primer nivel de atención, por la producción científica documentada, y por su vinculación constante con la formación de recursos humanos”.(p.27)*

La obra *Problemas de la Medicina Rural Uruguaya* (Montevideo, 1970) del Dr Dibarbouré, presentada en las Jornadas Médico-Sociales Nacionales de 1967, es la primera referencia bibliográfica sobre el tema, y los editoriales de la *Revista Compendio* de los años 70 y 80 recogen los aportes del Dr Macedo a la práctica médica en el primer nivel de atención en el departamento de Florida. Hugo Dibarbouré Icasuriaga recogió en sus obras: *Atención Primaria de la Salud. Análisis de un año de trabajo médico* (Oficina del



Libro AEM, 1988) e *Historias* (Oficina del Libro AEM, 1996) y en su artículo *Análisis del sistema de salud uruguayo. La Salud en Estado de Mal*, (Buenos Aires, 2003) una perspectiva crítica de un modelo médico hegemónico y la importancia de llegar al medio rural y en fin, a la comunidad en general con servicios más integrales, cercanos a la vida cotidiana de población, jerarquizando la atención primaria en salud como una herramienta imprescindible y un deber en el sistema de salud uruguayo.

El 12 de mayo del presente año se realizó una entrevista al Dr Hugo Dibarboure en el marco de la preparación de este informe. Se realizó en su casa del parque Rodó, una de las pocas que persiste y resiste al urbanismo de los edificios de apartamentos; sentados al lado de una amplia mesa de comedor, redonda, abrigada por un mantel que parecía de textil mexicano, colorido como el relato y las anécdotas del entrevistado, el Dr. Dibarboure expresaba con claridad y solidez sus ideas. Las primeras preguntas estuvieron dirigidas a su experiencia en Capilla del Sauce, sobre los motivos que lo llevaron a trabajar allí; cómo era el ejercicio de la medicina rural en los años en que estuvo residiendo allí, cuáles eran las mayores dificultades y como las resolvía. Las anécdotas inundaron la habitación y se confundían con los colores del mantel, cada palabra desbordaba de ideas y conceptos, viñetas tragicómicas, historias reales que parecían de cuento, como el título del próximo libro que estaba escribiendo en ese momento. Para conocer el trabajo y sumergirse en la riqueza de la experiencia del Dr Dibarboure, se recomienda leer su libro *Historias* de 1996. Se le preguntó qué cambios encontraba en el SNIS actual y el Sistema de Salud cuando él ejercía la medicina en el medio rural. Su respuesta fue clara, precisa, contundente “ *El sistema de atención de salud aún adolece de los males del “especialismo”, que traslada el modelo hospitalario de atención a la comunidad. En su opinión, lo diferente son las circunstancias, pero la estructura del sistema de salud sigue el mismo modelo. Mientras no se modifique la estructura que se sustenta en las especializaciones, el cobro por acto médico y el corporativismo, no se abandonará del modelo médico hegemónico*” (mayo 2014 .entrevista personal Montevideo)





En el interior uno de los antecedentes más recientes se encuentra en el departamento de Tacuarembó, en el Proyecto Nodos de Salud. El proyecto Nodos de Salud se desarrolló en el período 2009-2011 con la participación de múltiples actores institucionales, nacionales (MSP; UDELAR, MGAP) y locales (IDT) a través de espacios colectivos formales como las Mesas de Desarrollo y espacios comunitarios. Este proyecto jerarquizó la participación comunitaria como herramienta y el primer nivel de atención como estrategia de atención de salud en el medio rural para modificar el concepto de salud asociado a la atención sanitaria y acercarlo a la concepción de vida saludable en el espacio cotidiano. Rescatamos de la sistematización de esta experiencia la idea de que “introducir un cambio no quiere decir poner algo donde antes no había nada “. (Informe Nodos de Salud.2013.s/e)

## **DELIMITACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA**

Desde el relevamiento de antecedentes, surge que el estado del arte en relación a los estudios de participación muestra una proliferación de estudios y experiencias, que dejan igualmente algunos puntos sin profundizar, como las evaluaciones de impacto, acuerdos sobre indicadores y tramos de población destinataria no abordados. El presente estudio se propone aportar en uno de estos espacios en construcción a través de la exploración de la opinión el usuario residente en zonas de ruralidad dispersa sobre la participación. Se tomó como disparador de esta investigación, el documento del MNUSPP en el que se analiza el diseño y propuesta del PNSR, documento con el cual se expresa el manifiesto acuerdo en las intenciones y directrices pero con algunos reparos en relación al diagnóstico de situación y línea de base.

La selección de la ruralidad dispersa como zona de estudio para esta investigación recoge la preocupación que manifiestan los usuarios en el mencionado documento en relación a que las visitas al interior del país para el diseño del PNSR y la percepción de que no llegaron al Uruguay profundo.



*“ ( ... ) consideramos que ha sido elaborado sin la profundidad necesaria para dar respuesta a la realidad existente. Si bien es cierto que este programa se realizó a partir de algunas visitas al interior del país donde se nombran algunas localidades y capitales departamentales creemos no fueron lo suficientemente profundas para realizar un diagnóstico de la realidad objetiva de la situación sanitaria del Uruguay profundo” (MNUSPP, 2011 p.1)*

Así mismo en relación al COMPONENTE 1 que se ocupa de la Organización de la Atención Integral a la Salud Rural, este documento jerarquiza el rol de las policlínicas rurales y en el COMPONENTE 3 que hace referencia al Fortalecimiento de acciones intersectoriales y participación comunitaria, el documento del MNUSPP es muy claro al manifestar el rol de la comunidad y las líneas de acción visualizadas para alcanzarlo

*“ ( ... ) “Capacitar personas que por sus características naturales, por su rol dentro de la comunidad o su ascendiente sobre sus vecinos sean capaces de liderar instancias de educación y acción en pro del mejoramiento de la salud individual o colectiva. Promover mediante las personas capacitadas la organización de grupos de la comunidad en los cuales se procese una discusión sobre los problemas sanitarios y se generen acciones que tiendan al logro de soluciones accesibles y apropiadas a los mismos.” (MNUSPP, 2011 p.6)*

¿Qué factores facilitan que el usuario rural se acerque e involucre en los temas de atención en salud? ¿Cuál es su percepción de la policlínica local y su rol como espacio referente de la salud en la comunidad? ¿Es la policlínica rural un referente para el poblador rural, o busca la asistencia en los prestadores privados, a partir de las oportunidades que brinda la legislación del trabajador rural y los beneficios del FONASA?

De acuerdo a lo manifiesto a texto expreso en las normativas del Sistema de Salud, la interacción es bidireccional entre técnicos y usuarios, entre los responsables del diseño de las políticas y los programas que las bajan a territorio y la población destinataria de los mismos. Cuando no existe confianza, es muy difícil establecer una interacción orientada al trabajo colectivo. El diálogo se basa en la actitud de escucha respetuosa y una honesta intención de



conocimiento mutuo. ¿Qué percepción tiene el personal de la salud que atiende en las policlínicas rurales sobre el involucramiento y participación del usuario en relación a los temas de atención de la salud? ¿Cómo se expresan estos aspectos en la dinámica de la atención en las policlínicas rurales? ¿Qué aspectos de la atención facilitan el acercamiento, involucramiento y participación de los usuarios?

¿Cuánto conocen ambos actores, usuarios y personal de la salud sobre el Plan Nacional de Salud Rural?

Si bien podemos considerar antecedentes de acciones en el medio rural, a la estrategia impulsada por la DIGESA en 1997, como Municipios y Comunidades Saludables, dirigida a poblaciones de al menos 2000 habitantes, consideramos que el PNSR es el primer intento de reconocer y analizar al sector rural de la población como un usuario de salud con necesidades específicas, entrelazadas con los territorios que habita.

La realización del presente estudio surgió a partir de la idea de que conocer los aspectos facilitadores de los procesos participativos de las comunidades rurales en los temas de salud, desde la propia perspectiva del poblador rural y del personal de salud que trabaja en las zonas rurales y creemos que puede aportar elementos para pensar la instrumentación de las acciones del PNSR, así como contribuir en la preparación de los recursos humanos que desarrollen sus actividades en el escenario rural.

## **MARCO TEÓRICO.**

### **CONCEPTUALIZACIONES SOBRE PARTICIPACIÓN.**

Existen dos dificultades inherentes a este tema: la variedad de conceptualizaciones coexistentes y la diversidad de modalidades que adopta en la práctica.



El interés por los procesos de participación no es un aspecto nuevo en las agendas de las ciencias de la salud y el desarrollo.

Reyes Álvarez y cols (Cuba, 1996) identifican la década de los 50 como el período de inicio de la preocupación por el tema, donde la participación tenía un enfoque asociado a la transferencia de nuevas tecnologías, asociada a los conceptos de animación rural o desarrollo de comunidad en que la gente se organizaba alrededor de programas y acciones ya decididas en otros ámbitos o en el sector profesional.

Ana Ferullo( Buenos Aires 2006) plantea que las décadas del 60 y el 70 son un período en que el tema de la participación tomó verdadero auge, delimitando la conceptualización en función de un eje central bastante velado hasta el momento como es el de toma de decisiones. Esta faceta de la participación la vincula a la distribución del poder, tema que desarrollaremos más adelante, relación que como plantea Ferullo, ha estado históricamente soslayada en las formas de gobierno desde la polis griega a la democracia actual. Para esta autora, la democracia participativa se visualiza como una alternativa prometedora ante el desgaste de las democracias representativas. (Ferullo p. 18)

En 1978, en la declaración de Alma Ata se formalizó la definición de la participación de la comunidad en salud y los aspectos que se ponen en juego.

*“proceso en virtud del cual los individuos y la familia asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propio y los de la colectividad y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y comunitario.( ... ) Para ello han de comprender que no tienen por qué aceptar soluciones convencionales inadecuadas, sino que pueden improvisar e innovar para hallar soluciones convenientes. Han de calcular cuál puede ser su propia aportación. Ahora bien, así como la comunidad debe estar dispuesta a aprender, el sistema de salud tiene la función de explicar y asesorar, así como de dar clara información sobre las consecuencias*



*favorables y adversas de las aptitudes y propuestas y de sus costos relativos.”(Declaración de Ama Ata)<sup>1</sup>*

La declaración de Alma Ata deja definitivamente enlazados los conceptos de atención primaria en salud y participación y plantea como aspectos esenciales a tener en cuenta la capacidad de propuesta de la población y la necesidad de la circulación de información para la toma de decisiones.

Para Carlos Agudelo (OPS 1983) la participación *“no es más que la integración de la comunidad al proceso administrativo y financiamiento de un servicio de salud, sea este de atención primaria o de otro tipo”*. Este concepto limita la participación a la gestión de recursos.

Se puede encontrar en la bibliografía una taxonomía del proceso de participación según el ámbito donde se ejerza diferenciando tres tipos:

Participación Ciudadana: Se centra en la relación del individuo con el estado. Se inspira en una visión individualista en la que cada quien, dotado de una supuesta libertad de acción, contribuye a la configuración de una trama de relaciones sociales mediante la búsqueda de la máxima utilidad individual. (Vázquez, 1985: 85). La participación ciudadana así entendida se construye a partir de la tensión entre lo individual y lo colectivo.

Participación Social: Hevia define la participación social como *“los procesos sociales a través de los cuales los grupos, organizaciones e instituciones, (...) Todos los actores sociales de todos los niveles, intervienen en la identificación de los problemas (...) se unen en una alianza para diseñar, probar y poner en práctica soluciones.”*

(Hevia 1992. p 255)

Participación Comunitaria: Se diferencia de las anteriores por la perspectiva de escala, la participación comunitaria se centra en lo local. Bronfman y Gleizer (1994 p.111) describen 3

---

<sup>1</sup> como se cita en Participación social en los Programas Locales de Salud. Programas de Desarrollo de Servicios de Salud. Serie de Desarrollo de Servicios de Salud .Washington 1988 en Reyes Alvarez y cols.



enfoques en la participación comunitaria en salud, como un fin en sí misma a través de la que se eleva la conciencia de comunidad; como un medio para un fin, el cual sería mejorar la salud, y como estrategia para validar las ideas del sistema, en este caso sería un mecanismo de manipulación encubierto.

Ferrer Herrera, y cols. (Cuba, 2001), diferencian el concepto de participación comunitaria en salud del de participación social. El primero está constituido por las acciones individuales, familiares y de la comunidad para promover la salud, prevenir las enfermedades y detener su avance. La participación social se refiere a los procesos sociales que involucran a grupos e instituciones.

Salinas, J ; Guerrero, C ( OPS 1999) mencionan sobre la participación social en salud que *“no se fundamenta sólo en razones de tipo ético o político (...) sino que también obedece a una necesidad técnica del sector salud”* y mencionan las siguientes contribuciones: *“la mejoría de la calidad de la atención y el aumento de la satisfacción de los usuarios y trabajadores de los servicios; la movilización de los recursos y construcción de redes locales con el aporte a los diversos actores y sectores sociales y técnicos; la adecuación de los programas de salud y generación de los nuevos proyectos que responden a las necesidades de la población local y la promoción de salud”*.( OPS 1999 p.25)

Díaz Bordenave (Brasil, 1983) en su decálogo establece sobre la participación que:

*“1- Es una necesidad humana y en consecuencia constituye un derecho de las personas.*

*2- Se justifica por sí misma y no sólo por sus resultados.*

*3-Es un proceso de desarrollo de la conciencia crítica y de adquisición de poder.*

*4-Lleva a la gente a apropiarse del desarrollo.*

*5-Se aprende y se perfecciona.*



*6-Puede ser provocada y organizada sin que esto signifique necesariamente manipulación.*

*7-Se ve facilitada con la creación de flujos de comunicación y con el desarrollo de habilidades comunicativas.*

*8-Se deben respetar las diferencias individuales en la forma de participar.*

*9- Puede resolver conflictos y también generarlos.*

*10- No es sagrada, no es panacea ni es indispensable en todas las ocasiones". (Qué é a participacao. 1983, citado en Red N°5 Programa URB-AL Montevideo 2003)*

Según Cardarelli, G., Lapalma A. y Robirosa M., (Buenos Aires, 1990), *"existen tres niveles de participación, que varían de una más restrictiva a una más amplia. Estas se refieren a:*

*a) Información: Debe ser la necesaria en calidad y cantidad, y la población tiene que estar en condiciones de evaluar la información que maneja; b) Opinión: Corresponde a un nivel más complejo de participación en la cual los participantes pueden emitir opiniones sobre asuntos: supone un nivel de participación más amplio que la informativa. c) Toma de decisiones: Los participantes pueden decidir sobre sus propios asuntos, lo que supone una adecuada y oportuna información, el reconocimiento de acuerdos, diferencias, mecanismos de discusión y toma de decisiones."*

Sanchez, E (1995) citado por Ferullo (2006:44) propone la conceptualización de la participación como co gestión ciudadana de las políticas sociales.

Pizzono (1976.citado por V. Ruiz 2004) diferencia dos tipos de sistemas en la construcción de participación: sistemas de interés definido por una serie de acciones que apuntan al logro de objetivos desde el punto de vista del actor singular, y sistemas de solidaridad, que apuntan a objetivos colectivos.



Hernández. E citado por Ana Ferullo (2006, p42) identifica tres perspectivas desde donde debe considerarse a los procesos participativos: *“ser parte: relacionada al sentimiento de pertenencia e identidad; tener parte: referida a la conciencia de los deberes y derechos y tomar parte: en relación a las acciones concretas”*.

Guida y cols (Montevideo, 1999) hacen referencia a la gestación de la idea, la creación colectiva, basada en el intercambio de saberes, *“donde se encuentren representadas las opiniones e intereses de cada participante”*. Esta concepción de participación implica tres aspectos: *“Conocimiento participado: que se logra a través de la toma de conciencia colectiva del problema. Dediciones participadas: consideración colectiva de las alternativas para la toma de decisiones y definición de las estrategias. Acciones participadas: compromiso colectivo con la implementación y la ejecución compartida de tareas”*.

En nuestro país, González Ortuya y cols (Montevideo, 2005) integran el concepto de participación en una metodología más amplia que denominan Programación Participativa en Salud Comunitaria, PROPAS, que definen como *“un proceso intelectual de construcción colectiva que antecede a la acción, que involucra a técnicos y población permitiéndoles identificar las necesidades, intereses, problemas, fortalezas y recursos en salud, acordar prioridades y estrategias de solución”*. (pp48)

Para estas autoras, la participación social es:

*“el proceso mediante el cual se contribuye al fortalecimiento de los grupos en el desarrollo de sus capacidades para conocer, identificar, analizar e interpretar su realidad, determinar prioridades, formular y negociar propuestas, mediante la generación de espacios para el intercambio de saberes, experiencias, sentimientos y crear vínculos, lazos de apoyo solidario y de identidad social, mejorando el desarrollo organizacional y la calidad de los servicios.”* (p49)





Como plantean Guida y cols mencionado ad supra, la participación integral implica una concepción de sujeto diferente, integrando la singularidad en la común-unidad de la expresión de su existencia.

Para esta investigación seguiremos la conceptualización y operacionalización del concepto de participación a través del pensamiento de Victor Giorgi, contenido en el documento Menú de Indicadores y Sistema de Monitoreo del Derecho a la Participación de Niños, Niñas y Adolescentes, producto de una agenda de trabajo que el Instituto Interamericano del Niño (IIN) viene desarrollando desde el 2009. En este documento se define la participación como *“derecho que se efectiviza básicamente como un proceso comunicativo, organizativo y de aprendizaje en el cual se reconocen tres momentos: recibir información, tener una opinión propia y existencia de espacios de participación y un conjunto de condiciones: clima, vínculo, encuentro, oportunidad y aprendizaje significativo”*. (Giorgi 2009 p. 10) .

Giorgi plantea, *“que a veces el término participación se maneja como objetivo de la acción, otras como una metodología o una concepción política. Es una expresión cargada de ideología cuyo significado debe buscarse en la estructura y la intencionalidad de la propuesta que la contiene. (...) La participación puede verse “Como derecho y como proceso. “la participación como derecho es un derecho civil y político. La participación como proceso envuelve una labor educativa, persistente basada en la motivación, y en la capacidad de fortalecer las competencias...”*

( Giorgi ,V Montevideo,2010)

Esta tesis hizo foco en los tres momentos involucrados en la concepción mencionada ad supra: 1-recibir información, 2- construcción de la opinión propia 3- existencia de espacios de escucha respetuosa, delimitados conceptualmente para este estudio como:

- 1- Recibir información: como derecho en sí mismo y como condición para la participación.

Para que ésta sea garantizada en un sentido auténtico, la fuente de información debe



ser accesible, comprensible de buena calidad de modo tal de permitir su apropiación.

Sus contenidos deben abordar el tema en cuestión y también los encuadres, marcos institucionales, objetivos, alcances y limitaciones de las propuestas.

Dios Lorente y Jiménez Arias (2009) estudian los mecanismos de comunicación en el micro sistema social de la relación médico paciente y establecen 3 funciones fundamentales de la comunicación:

- Función informativa: permite que el individuo se apropie de la experiencia socio histórico acumulada de su especie.
- Función afectivo-valorativa: A través de la cual el hombre se forma una imagen de sí y de los demás.
- Función reguladora: sirve para que cada participante conozca el efecto que ocasiona su mensaje y para que pueda evaluarse a sí mismo.

En relación a la importancia de estas funciones en el escenario de la consulta médica, estos autores establecen que “las habilidades comunicativas en la relación médico paciente influyen en mejores resultados en la salud física, mental funcional y subjetiva, en el nivel de satisfacción de pacientes y familiares, en el cumplimiento de los tratamientos y en la eficiencia clínica “

Alonso et al, (citado por Dios Lorente y Jiménez Arias (2009) establecieron las siguientes habilidades como las fundamentales en una buena comunicación médico – paciente: transmitir información adecuada; obtener información adecuada; saber escuchar; saber observar; parafrasear y reflejar como formas de retroalimentación.

2- Construcción y reconocimiento de la opinión propia: Tanto las opiniones individuales como colectivas se construyen a través de la reflexión, discusión, el intercambio, la síntesis, la reproblematicación. Sin opinión propia la comunicación se vacía y no puede hablarse de



participación. En este estudio se indagó la percepción de usuarios y técnicos sobre los requisitos para expresar la opinión propia.

Expresión y Escucha: La libertad de expresión requiere espacios respetuosos. Para que la expresión se concrete es necesario que exista la escucha, que debe ser respetuosa y receptiva. Escuchar implica la voluntad de decodificar el mensaje y tomarlo en cuenta en el momento de tomar decisiones. En este estudio se indagó las características de los espacios que permiten expresar la opinión según la percepción de usuarios y técnicos.

Giorgi también menciona cinco condiciones sin las cuales no podemos hablar de procesos participativos: Clima participativo; vínculo; encuentro; oportunidad y aprendizajes significativos.

Según este autor, *“los momentos y elementos necesarios para generar un proceso participativo se entrecruzan con los grados de incidencia: Consultiva: cuando se recogen opiniones pero estas no se vinculan con la posterior toma de decisiones. Colaborativa: cuando las decisiones se toman en conjunto. Iniciativa y compromiso autogenerado: situaciones en que los sujetos se auto convocan y regulan su propia participación. Esto se da con menor frecuencia”* (Giorgi, V. Montevideo 2010)

Del material bibliográfico mencionado hasta este momento, se pueden identificar por lo menos 3 meta acuerdos en la integración de la participación como herramienta en el área de la salud.

1-Incide en la eficiencia de los programas, y por lo tanto contribuye a su éxito.

2-Tiene efectos en el desarrollo de las potencialidades autogestoras de la comunidad, o en la pérdida de capital social si la experiencia fracasa.

3-Incide en las condiciones de salud de la población.

Un elemento no siempre discriminado en las conceptualizaciones manejadas es la equiparación entre los conceptos de participación en el Sistema de Salud o en el sistema de atención de salud, equiparación que como plantea Dibarboure (1997) está planteada desde la



declaración de Ama Ata en cuyo texto se usan de modo indistintos ambos términos como si se hiciera referencia a la misma cosa, generando un velo en el abordaje real de la atención primaria. *“Así pues, en aras de una trascendencia voluntarista, idealizadora, no se percibe como necesario detenerse en lo que al fin es considerado como una nimiedad: la organización de los servicios de atención a la salud adecuados a programas de Atención Primaria”* (Dibarboure, 1996 p.17)

Para esta investigación focalizaremos la participación como forma de incidir en el sistema de atención de salud en el medio rural, es decir en las prestaciones.

La conceptualización de la participación aparece transversalizada en la bibliografía consultada, por dos grandes sistemas conceptuales:

- La idea del poder, ya sea en la toma de decisiones, en la priorización de acciones o en su forma más explícita, en el manejo de recursos.
- La concepción de sujeto. Ya sea como sujeto colectivo o individual; como destinatario o usuario; como actor o agente de cambios.

## **EL CONCEPTO DE PODER.**

Como plantea M. Montero (Buenos Aires, 2003)<sup>2</sup> con el concepto de poder sucede algo parecido al concepto de sentido común, todos sabemos a qué se refiere y pensamos que todos compartimos la misma idea sobre el punto.

*“El poder es un problema nos sólo cuando se ejerce abusivamente, en un marco dominante y opresor, sino también cuando se ignora que se posee”*. (Montero 2003).

Muchas veces en el trabajo comunitario, plantea la autora, se suele pensar que los grupos o comunidades desposeídos, pobres o excluidos están privados de la posibilidad de transformar sus condiciones de vida. Esto no es más que la naturalización de la concepción asimétrica del



poder que generaliza las carencias (educativas, económicas, de servicios, etc) como la perspectiva dominante en ese grupo o comunidad, impidiendo ver otras características, capacidades y saberes que el grupo posee. Esta situación, desde la experiencia empírica recogida en nuestro trabajo, es uno de los obstáculos de los procesos participativos que encuentran muchos de los programas sociales.

El poder puede visualizarse como un objeto, algo que se tiene o se pierde; como un lugar, un cargo o sitio donde llegar, por ejemplo en la expresión el poder está arriba. Cuando pensamos el poder desde esta perspectiva, caemos en una lógica cartesiana, binaria donde existe o no existe.

El poder entonces se vuelve un concepto dilemático cuya resolución se alcanza a través de la anulación de uno de los polos, que queda entonces despojado de poder y por lo tanto a merced de la voluntad del otro.

Siguiendo el pensamiento de Montero, existen varias tipologías del poder, la de French y Raven (1959) citados por Montero (2003) , quienes proponen 7 categorías de poder: De recompensa, Coercitivo, Legítimo, Referente (por atracción o admiración), de experto, Informativo.

De Crespigni citado por la misma autora (Montero ,2003), incluye una modalidad de poder que denomina “*de impedir u obstaculizar*” que se opera mediante demoras, o impedimentos para la concreción de acciones de otras personas. El ejemplo más conocido y experimentado por todos es la burocratización institucional, donde el empleado ejerce su poder de agilizar o retener un trámite. Otras manifestaciones de ese poder también se expresan a través de la apatía, la falta de entusiasmo que operan como resistencia al desarrollo de propuestas identificadas como ajenas. Es una forma de resistencia pasiva y muda pero muy eficaz.

Irma Serrano García y Gerardo López Sánchez (Guadalajara, 1994) proponen la concepción del poder como una relación social, y lo definen como “*una interacción personal o indirecta, cotidiana, en la cual las personas manifiestan sus consensos sociales y las rupturas entre su experiencia y su conciencia*”



Estos autores definen como tener conciencia “*al hecho de captar individual o grupalmente la ideología imperante*”. Es sobre la conciencia donde se asienta la relación de poder. Si no se percibe la necesidad o la desigualdad con la consiguiente insatisfacción no se percibe la relación de poder.

Estos autores aportan entonces un análisis y problematización del poder como una relación donde es necesario tener presente los procesos psicológicos puestos en juego. Establecen así tres aspectos que construyen esta relación:

1-Procesos internos o prerequisites que se hacen visibles cuando se identifica la fuente del recurso deseado. Se relacionan con lo que hemos visto antes: conciencia y aspiraciones, percepción de la necesidad e insatisfacción e identificación de los recursos deseados

2-El mantenimiento de la relación a través del conflicto que surge frente a la percepción de la desigualdad.

3-El cambio social, definido por estos autores como la alteración de la relación de poder.

La alteración de la relación de poder en relación a la toma de conciencia, fue uno de los conceptos claves en la obra de Paulo Freire, quien usó el término *concientización* para referirse a una acción cultural en respuesta al hallazgo o despertar de los sujetos frente a las situaciones limitantes en las que estaban viviendo. La toma de conciencia y la acción van conjuntamente según Freire en el concepto de praxis social. “La concientización implica, que cuando un pueblo advierte que está siendo oprimido, también comprende que puede liberarse a sí mismo en la medida en que logre modificar la situación concreta en el medio de la cual se percibe como oprimido,” (Freire .1974. p 25 )

Creemos que esta concepción de la relación de poder plantea un escenario situacional y dinámico para cuya comprensión y conocimiento debemos entonces articular tres dimensiones de trabajo con la comunidad:

- Aspectos psicológicos de sus integrantes, reflejados en sus creencias, los mitos, su auto percepción en el escenario cotidiano.
- La historia de la comunidad.



## ■ El contexto actual

Según Rebellato -Giménez (Montevideo, 1997) Podemos encontrar 4 dimensiones donde el término participación está en juego

- *“Política: donde la participación resulta un fin en sí.*
- *Ética: pasaje de las personas de objetos a sujetos de las prácticas. En este sentido se relaciona la participación con la autonomía.*
- *Económica: como una forma de potenciar los recursos en los proyectos sociales; en este sentido se la asimila a colaboración.*
- *Técnica: como forma de incluir la información que aporta la gente”.*

Los fracasos de algunos programas de desarrollo, y en nuestro país, con mayor frecuencia en el ámbito rural, tienen que ver con que se imponen estructuras organizativas que modifican las modalidades tradicionales de relacionamiento, muchas veces incorporando una lógica del consumo (herramientas de crédito a la producción, insumos, etc) que se transforman luego en formas de control.

Ugalde (1987), plantea que generalmente el fracaso de estos programas se le achaca a la confrontación con tradiciones opuestas a la modernización o trabajo colectivo. Muchas veces estas prácticas ponen en juego la figura de un agente externo, "*portador de la herramienta de la participación*", desde una posición que ostenta poder, ahogando las formas en que las comunidades vienen resolviendo sus problemas desde antes de su aparición. Las varias perspectivas mencionadas, se apoyan explícita o implícitamente en una concepción de sujeto.

### **3-Concepción del sujeto: participación y autopoiesis.**

Autopoiesis o autopoyesis es un neologismo propuesto en 1971 por los biólogos chilenos Humberto Maturana y Francisco Varela para designar la organización de los sistemas vivos. Una descripción breve sería que la autopoiesis es la condición de existencia de los seres vivos en la continua producción de sí mismos (wikipedia 22-7-13). Este término nace de la biología, pero más tarde es adoptado por las ciencias sociales como en el caso de los trabajos del sociólogo alemán Niklas Luhmann (1984)



Desarrollos posteriores a partir del trabajo de N. Luhmann , individualizan dos niveles de constitución de sistemas autopoieticos, caracterizados cada uno de ellos por operaciones específicas: sistemas sociales y sistemas psíquicos. Las operaciones de un sistema social son las comunicaciones. Las operaciones de un sistema psíquico son los pensamientos y no se dan pensamientos más allá del interior de una conciencia, personal, subjetiva, singular.

Este proceso de construcción contextualizada de los sistemas sociales y psíquicos determina las redes y mecanismos de interacción colectiva, intra e intersíquicas que definen la identidad de comunidades y sujetos.

Los procesos participativos, entendemos, inciden directamente en las estructuras tanto colectivas como psíquicas a través de procesos de problematización del contexto y por ende de las respuestas que han existido hasta el momento en el inventario tanto colectivo como singular para abordar las situaciones en las que se han visto inmersos.

Por otro lado, en tanto la participación sea auténtica, es decir que involucre los tres momentos citados ad supra por Giorgi(2010) como recibir información, construcción y reconocimiento de la opinión propia y expresión y escucha respetuosa ,para incidir en las transformaciones de las condiciones de vida, necesariamente remiten a aprendizajes y modificaciones de los sistemas de sentido y mecanismos operativos de los colectivos y sujetos frente a su entorno, sin que por ello se pierda la identidad personal y de las comunidades.

Retomando y complementando el planteo de Ana Ferullo mencionado anteriormente los procesos participativos juegan un importante rol en la constitución del sujeto:

*“la participación siempre supone complejos procesos donde están presentes sobre determinaciones personales y contextuales que inciden en la implicación y consecuente afectación de los sujetos que participan. La participación así concebida es un proceso de inclusión constitutiva de los sujetos en el orden humano. Es un proceso siempre presente a tal*





*punto que no es posible no participar, por razones constitutivas como de mantenimiento de los seres humanos” Ferullo (2006 p.187).*

A la luz de esta afirmación, Ferullo plantea dos niveles en el análisis de los efectos de la participación: un nivel primario intrasubjetivo, relacionado a la constitución del ser y un nivel secundario intersubjetivo relacionado al contexto, socio-histórico y espacio-temporal donde se enmarca el proceso participativo. Según esta autora es en el nivel intersubjetivo donde se desarrollan la mayoría de los estudios sobre participación.

Aplicando esta perspectiva al campo de la atención de la salud que nos ocupa, los procesos participativos inciden en las concepciones intrasubjetivas de salud y enfermedad, tanto de usuarios como de técnicos, así como en las modalidades de respuesta representados por el modelo de salud predominante y las propuestas emergentes.

La percepción de los sujetos, sus creencias y relacionamiento con el sistema de atención en salud, es particularmente importante en relación a la promoción de salud ya que se trata de un proceso en que se busca incidir en las personas para que a su vez incidan en su entorno a través de la promoción de escenarios de vida más saludables.

Según Beattie (1991) citado por Colomer –Alvarez (2000) pueden delimitarse cuatro estrategias básicas en la promoción de salud:

- Educación Sanitaria. Acciones dirigidas por profesionales.
- Medidas Legislativas. Acciones profesionales y políticas.
- Empoderamiento. Apuntan al desarrollo personal de los individuos.
- Desarrollo comunitario. Apuntan al desarrollo de conocimientos y habilidades de la población en su conjunto para incidir en el control de los factores que afectan la salud. La participación comunitaria está relacionad con esta última estrategia.



## **PARTICIPACIÓN Y SUBJETIVIDAD. ¿PROCESO INDIVIDUAL O COLECTIVO?**

Consideramos con Ana Ferrullo que toda actividad o proceso de participación afecta los sujetos. La situación de indefensión en que nace el sujeto humano, hace que la inserción en el campo social sea imprescindible para su supervivencia. Como plantea esta autora “el sujeto necesita ser parte de lo social, de lo contrario perece” (Ferrullo . p 76) En ese proceso de inclusión-supervivencia, el sujeto se construye como sujeto humano.

Desde la ontogénesis, el anclaje en lo social es lo que define la singularidad del individuo, aspecto al que volveremos más adelante. Sin embargo, pocas veces reparamos que también a nivel filogenético, es el anudamiento a lo colectivo lo que permitió la supervivencia de la especie. La inclusión en un grupo, como forma de participar en la búsqueda de soluciones a los desafíos vitales no es un comportamiento ajeno a la especie, ni un descubrimiento de la modernidad. La participación como emergente teórico en el campo de la ciencias sociales, es más bien el descubrimiento como objeto de estudio, del lazo filogenético que no sólo ha mantenido a la especie sino que, a diferencia de sus ancestros mamíferos y primates que se mantuvieron en un hábitat particular, llevó al homo sapiens a la conquista del planeta. Tal el poder que encierra la organización intencional de sujetos para alcanzar un objetivo.

Para enfrentar un medio hostil, un clima extremo y poblado de predadores, nuestros ancestros debieron procesar información rápidamente, guardar los datos pertinentes y sobre todo ser capaces de innovar en situaciones inesperadas. Es lo que comúnmente relacionamos con las habilidades básicas de un buen aprendizaje. En otras palabras, el aprendizaje es nuestra llave maestra para la supervivencia. Dentro de estas nuevas adquisiciones, las habilidades de relacionamiento y cooperación con el grupo, fueron fortaleciéndose. Estas nuevas pautas de comportamiento fueron conformando a lo largo de los eones, lo que hoy llamamos cultura por medio de la crianza. Richard Dawkins, en su libro El gen Egoísta,(1989)



acuñó el término “meme” para argumentar la evolución de las pautas culturales. Este autor plantea que un meme es el agente responsable de la transmisión cultural por medio de la crianza en el ser humano, análogo al concepto de gen, y por lo tanto, sujeto a las mismas reglas básicas de la evolución.

Surge así, desde lo filogenético la relación entre la necesidad biológica y la satisfacción anclada en la pertenencia al grupo. Esta relación se reproduce en cada ser de nuestra especie, ya que para ser efectiva, la naturaleza debió decidir entre músculos o neuronas, y la selección fue obvia, el Homo Sapiens no desarrolló más músculos, sino una nueva zona de su cerebro, el córtex frontal. Esto nos remite a lo ontogenético, el bebé humano nace con un software, por así decirlo sumamente especializado, pero para activarse en todo su potencial necesita conectarse con otros seres de su especie; por sí solo no es suficiente para sobrevivir. Dicho de otra manera es su inclusión en el colectivo lo que activa su potencial.

Pichón Riviere, citado por Pampliega (1994) define al sujeto como emergente, configurado a partir del interjuego fundante entre necesidad y satisfacción. La tensión de necesidad corresponde al orden biológico y remite a la relación del hombre con su entorno. Pero como plantea Pampliega, retomando el pensamiento de Pichón Riviere, “la contradicción entre necesidad y satisfacción se da en el interior del sujeto, pero en tanto la fuente de gratificación está en el exterior, esta contradicción promueve la relación con el mundo externo” (Pampliega. 1994:p16)

Ya mencionamos anteriormente el concepto de autopoiesis, y los desarrollos posteriores en el área social. Podemos sintetizar en este punto que el proceso de producción del sujeto a través de sistemas autopoieticos a nivel social y psíquico, desde la inclusión en el entramado colectivo, hacen parafraseando a Ferrullo, imposible no participar.

La dinámica entre el sujeto y su entorno, impulsada en su origen filo y ontogenético por la búsqueda de la satisfacción de las necesidades, se internaliza a través de la reconstrucción



subjetiva, generando lo que Pichón Rivière conceptualiza como “mundo interno”, ese escenario donde se re-presentan las vivencias y experiencias del sujeto y van constituyendo su acervo psíquico para la autopoiesis.

Para Galende (2013) la constitución moderna de identidades, sustentadas en el proceso de construcción del mundo interno, está cambiando influida por el cambio de los mecanismos de reconocimiento social. Esto puede visualizarse en por lo menos cuatro aspectos plantea el autor: las pautas de relacionamiento entre hombres y mujeres; las pautas de relacionamiento intergeneracionales; el cambio de identificación de un sujeto productor hacia un sujeto consumidor y la relación entre autoridad y poder.

En relación a este último punto Galende analiza el impacto en el tránsito de los mecanismos de reconocimiento de la cultura que se han producido en el patriarcado como organización social y simbólica donde tradicionalmente es el pater quien detentaba la autoridad también tenía poder. Este patrón cultural en el proceso de socialización se reproducía en la relación con las instituciones y en la trama social en la relación entre jóvenes y adultos, dentro de las instituciones como por ejemplo entre el maestro y el estudiante.

Hoy se constata, plantea el autor, que por ejemplo en las instituciones educativas el docente tiene autoridad a través del rol institucional pero no poder, otro ejemplo es la relación entre padres e hijos en las que muchas veces, la búsqueda de la apariencia joven como estándar de éxito que manejan muchos padres, favorece la pérdida de la representación de discriminación de roles de autoridad.

En relación al paso del sujeto productor al sujeto consumidor como mecanismo de reconocimiento Galende llama la atención hacia el discurso de los medios de comunicación y aún los discursos de los organismos estatales y de la sociedad civil, donde se habla más del ingreso como parámetro de calidad de vida, que del empleo. El ingreso es el que determina el nivel de consumo.



Esta identificación masificada que genera el consumo para ser sostenible en el mercado, no sólo genera un mecanismo de identificación que jerarquiza el tener, más que el ser, sino que también debilita los lazos interpersonales, característica del proceso de masificación. Hoy en día, plantea Galende, las limitaciones en la inclusión en el circuito del consumo, genera diferentes niveles de exclusión social, cuyos efectos se expresan en sentimientos de inadecuación y sufrimiento psíquico.

En el medio rural, los efectos de la masificación no son tan profundos, las relaciones cara a cara, el conocimiento familiar, son factores de reconocimiento que personalizan. En el área de la salud, la personalización de la atención, usada muchas veces como un slogan publicitario en los grandes orbes, se concreta en el medio rural. Sin embargo, el usuario de salud rural no está ajeno a la fragmentación del sistema de atención que genera despersonalización y se expresa en las aún muy débiles o muchas veces muy lentas coordinaciones de traslados y de servicios y en la referencia y contra referencia.

La fragmentación de las prestaciones, fragmenta la imagen del usuario quien pasa de ser un sujeto que enferma a ser “un electrocardiograma”, un “pap” o un “traslado de urgencia”.

Pero volviendo al ámbito micro de la dinámica intrasubjetiva, en este punto podemos decir que la participación, como acto de inclusión, es una expresión de la relación del sujeto con su entorno. Sin embargo en esa relación existen movimientos de identificación, proceso a través del cual se realiza la internalización y reconstrucción individual de pautas colectivas acerca del lugar y modalidades de ser, pero también, recordando lo planteado sobre otras de las habilidades necesarias para la supervivencia, también implica la diferenciación, la innovación. Por lo tanto, la inclusión no significa repetición, sino interacción con momentos de continuidad y momentos de ruptura. Esto es lo que genera la singularidad del sujeto, que se expresa en el concepto de “subjetividad”.



Tomamos la definición de producción de subjetividad de Giorgi como “la forma de construcción de significados, de interacción con el universo simbólico-cultural que nos rodea; la forma de autoconstrucción de los seres humanos través de las prácticas sociales”. (Giorgi. 2010).

Talcott Parsons citado por Bustamante (1997) ha intentado la demostración de cómo en el microcosmos de las relaciones sociales entre el médico y sus pacientes, se pueden iluminar los mecanismos de pautas, normas y valores, tanto como las motivaciones institucionalmente condicionadas que corresponden a la marcha del sistema social. Parsons planteó que el microcosmos de las relaciones sociales entre el médico y sus pacientes, encierra y reproducen las pautas, normas y valores, del sistema social, al que pertenecen.

Dicho de otra manera, según este autor, si queremos comprender las pautas culturales de una comunidad, sólo debemos estudiar las la relación entre médico y paciente de esa comunidad.

Mencionamos anteriormente a Ferrullo quien diferencia una forma de participación primaria, relacionada con los procesos de construcción del yo o identificación primaria del sujeto, y una participación secundaria relacionada con la dinámica de relacionamiento posterior, lo que nos remite nuevamente a lo contextual espacio-temporal.

Es esta visión del hombre, como ser conformado tanto filogenéticamente como ontogenéticamente en el entramado colectivo, lo que al decir de Ana Pampliega se constituye en un nuevo “lugar teórico”, explícito o implícito desde donde se plantea el problema del sujeto y su comportamiento” (Pampliega. 1994: p 10)

La consideración de estos aspectos nos alerta de lo que Ferrullo denomina “la idealización de la participación” (p: 74) asociada a la valoración social positiva basada en la necesidad de todo sujeto del Otro para su constitución. Como aspecto constitutivo del sujeto, ya mencionamos que la inclusión en el colectivo incluye continuidad y ruptura, aceptación y oposición; por lo tanto las diferentes modalidades de rechazo a la participación están incluidas en el propio



proceso y deben pensarse como respuestas a la relación, multideterminada con el contexto y no únicamente como obstáculos a las propuestas de turno.

La noción de obstáculos o resistencias a las propuestas participativas toman otro sentido a partir de este nuevo lugar teórico abriendo otras posibilidades metodológicas integrando lo subjetivo individual como expresión de pautas colectivas internalizadas. Esta visión de la interacción de los colectivos humanos también genera un movimiento desde las posturas a veces con sesgos mesiánicos centradas en guiar, sensibilizar o concientizar acerca de la participación, hacia otras más focalizadas en la comprensión de las modalidades vinculares en los escenarios colectivos para establecer una comunicación más genuinamente orientada al desarrollo a escala humana, al decir de Manfred Max Neef.

El concepto de vida cotidiana, entendida como el conjunto de hechos, acontecimientos "cuya significación es negada al tomarlas como familiares, naturales o autoevidentes" (Giorgi. 1990:125) aporta una necesaria perspectiva de análisis de las formas de participación del sujeto en su comunidad y de la propia comunidad como colectivo.

Las acciones gubernamentales, a través de la legislación es otro parámetro que incide en la concepción de la participación, en tanto nos plantean la interrogante de si la participación es una política social gubernamental. En los últimos diez años se han impulsado desde el estado un tipo de políticas sociales que apuntan a la inclusión protagónica de la sociedad civil, enmarcado en lo que mencionábamos anteriormente como procesos de transformación de la matriz tradicional de democracia representativa hacia una democracia participativa. Este tránsito también implica un corrimiento desde el rol directriz de las gerencias centrales hacia los equipos en el territorio y la sociedad civil. El concepto de descentralización representa este corrimiento. La participación en el proceso político es vista como un proceso fortalecimiento y/o de construcción de identidades colectivas, de interpelación mutua y generación de valores compartidos, pero también una forma de asignar un rol a la ciudadanía desde las instituciones y organismos del estado. En el marco de los procesos de descentralización, aspecto que se ha



desarrollado con anterioridad en este trabajo, cabe preguntarse si la participación es tácitamente una política social lo que incluye un análisis del rol de las instituciones y las políticas sociales como impulsoras no ya de procesos de participación sino de modelos de participación.

Cómo lo planean Abdala-Clanchini-Maciel (1994) , la política abarca todas las actividades de cooperación y conflicto dentro y entre las sociedades por medio de las cuales la especie humana organiza el uso , la producción y la distribución de los recursos humanos, naturales y otros, en el transcurso de la producción y reproducción de la vida biológica y social” ( p 65 )

Según Fleury (1999) “la política social es un campo de la política que trata de las reglas y mecanismos que permiten el ejercicio, manutención o cambio, concentración o distribución del poder”.

Un rasgo constitutivo de los programas sociales, son que están orientados a problemas débilmente estructurados, cuyas dimensiones se entrelazan de tal manera que es difícil identificar líneas causales lo suficientemente definidas para no confundirse con otras, lo que hace que el nivel de incertidumbre sea elevado y las metas de los programas muchas veces tengan que ser redefinidas en función del aprendizaje social de los equipos y organizaciones de la sociedad civil.

Tomaremos en este punto la clasificación de Mario Rovere (1993. p 82) quien diferencia tres tipos de problemas, que a su vez determinan las formas de gestión e implementación de los programas:

1-Estructurados, son lo que identifican una relación causa-efecto deterministamente.

2- Semi estructurados: se manejan con relaciones probabilísticas, los programas con modelos de enfoque de riesgo son ejemplo de este tipo de problemas.





3- Inestructurados: dentro de los que ubica a los relacionados con el ámbito social, psicológico, etc, cuyas explicaciones se desarrollan en un nivel de incertidumbre e interconexión con el entorno muy alta.

El trabajo en el campo social, donde la participación ha sido definida como la vía regia para lograr las transformaciones y la sustentabilidad, puede ser considerado como un campo de problemas estructurados. Uno de los factores clave para la gestión social en contextos con estas características es la retroalimentación como mecanismo de reconocimiento del colectivo. Cuando esta retroalimentación no se logra en forma ágil, y los procesos de aprendizaje en la gestión ciudadana no se incluyen, manteniendo formatos estructurados más conservadores de la matriz tradicional de participación por delegación, generando un nivel de tensión o conflicto que puede llevar al fracaso de los programas. Esto lo vemos especialmente en el medio rural cuando se realizan talleres, consultas, diagnósticos participativos, pero los resultados se quedan, o se van a las instituciones, demorando la devolución o implementación de acciones que cuando llegan se viven por parte de los habitantes como ineficientes o alejadas de la situación actual.

Retomando la relación entre poder y participación que hemos ya mencionado, podemos aventurar como idea fuerza seguramente a abordar en otros estudios, que la participación es un modelo de política social. La complejidad del campo de las políticas sociales es fruto de los diferentes y, muchas veces, contradictorios factores que determinan su configuración y dinámica. Este análisis excede el objeto de este documento y ya se han planteado algunos aspectos claves en relación a los modelos o matrices de participación en la historia de nuestro país, sin embargo parece interesante compartir la apreciación de Jorge Karol : “ Las políticas económicas de los Estados expresan los modos de crecimiento y distribución de la riqueza. Sus políticas sociales implementan los estilos de inclusión y pertenencia a la Nación. (Karol.J. 2004)



A modo de síntesis de lo que hemos venido desarrollando hasta el momento, podemos plantear que la participación es una modalidad ineludible de anclaje con el entorno a través del colectivo para supervivencia del sujeto. Incluye un sistema de distribución del reconocimiento del otro que marca la relación de poder-acceso a los recursos.

La tensión entre supervivencia o muerte, tiene el motor en lo biológico pero en tanto los satisfactores son externos, está necesariamente atravesada por la cultura y los estilos de vida, dimensiones éstas que se tejen en el mundo interno del sujeto como representaciones subjetivas y sistemas de sentido de la experiencia histórica e individual en contextos sociales.

El concepto de satisfactor, es el representante conceptual de la inclusión de la subjetividad en las ciencias del desarrollo. Manfred Max-Neef (1985) realizó una de las contribuciones más innovadoras en relación a la conceptualización de desarrollo con la afirmación que “El desarrollo se refiere a las personas y no a los objetos. ( ... ) ¿Cómo puede establecerse (entonces) que un proceso de desarrollo es mejor que otros?” (Max-Neef.1985) El autor responde esta pregunta relacionando el desarrollo a las condiciones de calidad de vida de las personas, y ésta, se determina por las posibilidades que las personas tengan de satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas. Este enfoque pone nuevamente sobre la mesa el concepto de necesidad y satisfacción que tratamos unos párrafos anteriores, sin embargo Max-Neef aporta una perspectiva innovadora cuestionando el supuesto tradicional sobre las necesidades humanas, tan variables y numerosas como la variabilidad de sujetos que integran la humanidad y que varían según las culturas y los momentos históricos. El aporte conceptual de este autor es la diferenciación entre necesidades y satisfactores de esas necesidades. Los satisfactores están culturalmente e históricamente definidos, pero las necesidades deben considerarse un sistema interrelacionado y sinérgico integrado por un número finito de necesidades.

Siguiendo el planteo de este autor, pueden identificarse nueve necesidades humanas fundamentales, sinérgicas, que se satisfacen en diferentes niveles: personal, interpersonal y



contextual. Una de ellas es la participación, junto con la de protección, afecto, entendimiento, ocio, creación, identidad, libertad y permanencia o subsistencia.

Este planteo ubica a la participación en el campo de lo inmanentemente humano, su forma de satisfacción varía en la cultura y momento histórico. Agregamos en este momento un aspecto que excede el alcance de este desarrollo pero que consideramos necesario considerar, a la luz de los conceptos que hemos incluido, el hecho que los colectivos no se organizan de la misma manera ni geográfica ni históricamente y estas particularidades dan origen a los grupos e instituciones.

Podemos mencionar en este momento del desarrollo conceptual, tres niveles de análisis de los procesos participativos que aterrizados en el campo de la salud son: macro (sistema de salud e instituciones), meso (comunidades, grupos, familia) y micro (el sujeto). Estos tres niveles definen las unidades de análisis según el nivel de anclaje de la mirada. En este estudio el nivel de anclaje fue el sujeto, podemos decir un enfoque micro dinámico del proceso participativo a través de la valoración subjetiva de distintas dimensiones que se ponen en juego en la representación de esta forma de relacionamiento en el escenario de la atención a la salud en el medio rural, representada en la percepción mutua y los sistemas de reconocimiento entre usuarios y referentes de salud de aspectos.

El Sistema Nacional Integrado de Salud, o la organización de las instituciones prestadoras de servicios, nivel macro para este estudio, no fue abordado explícitamente, pero está implicado en el análisis del modelo de atención a la salud, que desde la normativa del SNIS, propone un corrimiento de lo clínico hacia lo comunitario.

Pensamos que la no discriminación de estos niveles de análisis de los procesos participativos lleva a la confusión en la valoración de los aspectos intervinientes y determinantes del éxito o fracaso de las propuestas, al igual que el diseño generalista de propuestas participativas, donde se confrontan relaciones de distinto nivel de anclaje.



La salud y enfermedad no escapan a la construcción subjetiva como estructuras de sentido contextualizadas en la historia de una comunidad. Pensemos como ejemplo el movimiento en la subjetividad colectiva que está produciendo la legalización del consumo de marihuana. Esta construcción, plantea Samaja (2000) se basa en la reproducción que cada sujeto hace de un modelo descriptivo-heurístico de los factores agrupados como criterios de lo normal equivalente a representación de salud o lo disruptivo asociado a la patología. En este enfoque es necesario integrar los modelos de atención entendidos como los modelos de organización de los recursos, materiales y humanos para intervenir en las situaciones de disrupción de la norma y para prevenir que esta ocurra.

El movimiento del modelo de atención de lo clínico individual o lo social comunitario, desde la atención primaria como horizonte privilegiado del SNIS, dista aún de ser una realidad en el medio rural. El impulso de los procesos participativos es una de las herramientas de transformación que se asocian a este cambio, sin embargo, como hemos planteado ad supra, es necesario estar atentos al manejo de una conceptualización, idealizada de la participación, generalizadora, sin profundizar en los distintos niveles, micro, meso o macro de sus mecanismos. Uno de los puntos de tensión que marca esta falta de discriminación entre niveles, es el manejo del tiempo de las propuestas. El tiempo del sujeto, nivel micro, es el corto plazo, es el presente de la vida cotidiana, acontecer del hecho concreto al decir de Politzer, ( Politzer. 1969) imposible de “desparticularizar”. El largo plazo, corresponde a los niveles macros, las instituciones prestadoras u organismos que regulan la política de salud. En nuestra experiencia empírica de trabajo en el medio rural, muchas de las propuestas participativas fracasan porque chocan con la contradicción de manejar el nivel micro con una concepción implícita de largo plazo, que se evidencia en la burocratización de los procedimientos y sobre todo en la generalización de un modelo participativo digamos estandarizado.



Incluir el aspecto subjetivo de la participación como una forma de vinculación del sujeto con su entorno a través del colectivo de pertenencia, aporta herramientas para analizar los obstáculos y facilitadores desde una óptica social –comunitaria y no sólo como un modelo de gestión de recursos, humanos y materiales, característica esta última de la participación técnica al decir de Rebellato y Giménez (1997) o Salinas y Guerrero (1999) que ubica al sujeto como informador para mejorar el servicio.

En el modelo de salud de enfoque antropológico, el modelo de atención a la salud, basado en la participación como mecanismo de generación de equidad, hace necesario incluir el análisis de la singularidad del comportamiento de los sujetos en el entendido de que, como resultado del aprendizaje, el modelo de interacción del sujeto dentro de su colectivo, y con el entorno, a través de la participación, primaria y secundaria al decir de Ferrullo, generan a la vez la reproducción del formato de lo normal y lo patológico y de las representaciones de las formas de abordar esas situaciones.

De acuerdo a lo planteado en este apartado, la participación no es externa al sujeto. Enseñar a participar es un aforismo, lo que se trasmite son modalidades de participación.

## **PARTICIPACIÓN, PSICOLOGÍA Y SALUD.**

La psicología en el campo de la salud, ha consolidado su lugar desde la psicopatología, la psicósomática, la psicopedagogía, la psicología laboral por mencionar algunas áreas de trabajo. Sin embargo en los modelos de atención primaria, como herramienta al servicio de la inclusión de los usuarios en la gestión de los servicios de atención, aún es poco visible. Seguiremos el pensamiento de Morales Calatayud para analizar este aspecto.

Francisco Morales Calatayud desarrolla el concepto de Psicología de la Salud, para referirse a los aportes de esta disciplina al modelo de organización de la atención en salud desde la promoción y prevención. “Del mismo modo que la salud y la enfermedad están condicionados



por procesos sociales, la lucha por la salud está afectada notablemente por estas realidades”

(M. Calatayud 1999. p60) Define así la psicología de la salud como “la rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso de salud-enfermedad de la atención de la salud” (íbid .p 88)

En este punto del desarrollo temático, estamos en condiciones de afirmar que la psicología puede aportar herramientas específicas para el conocimiento y explicitación de los factores comportamentales involucrados en los procesos participativos, en sus componentes observables, los conductuales, y también en sus componentes implícitos, no observables pero determinantes de los primeros anclados en el mundo interno de los sujetos, los mitos y los sistemas de sentido colectivos. Así el esquivo concepto de “estilos de vida”, eje transversal del modelo de atención primaria en salud desde 1978 con la Declaración de Alma Atta, se aborda desde la inclusión del comportamiento y puede definirse como “el conjunto de comportamientos que un sujeto concreto pone en práctica de manera consistente y sostenida en su vida cotidiana y que puede ser pertinente para el mantenimiento de su salud o lo colocan en situación de riesgo para la enfermedad” (Morales Calatayud. 1997) En esta conceptualización se encuentran sintetizados, los elementos que hemos desarrollado con anterioridad como la subjetividad individual, el escenario cotidiano y los sistemas de representaciones.

Los sistemas de sentido, representan las creencias de salud que orientan el comportamiento individual hacia el sistema de atención de salud. Estas creencias construidas a partir de la historia de aprendizaje, contextualizada en un colectivo, es una variable fundamental en la promoción y prevención primaria ya sea como un factor interviniente positivamente, factor protector, o negativamente, factor de riesgo. Morales Calatayud ( p. 161) menciona cuatro dimensiones , basadas en el Modelo de Creencias de salud , conocido por sus siglas en ingles HBM ( Health Belief Model ) en relación al tipo de creencias en salud : 1- vulnerabilidad personal percibida relacionados a una condición, esto es una percepción subjetiva amenazante



de la combinación de factores contextuales .2- severidad percibida en relación a las consecuencias de contraer una enfermedad ( consecuencias familiares, laborales, etc) 3- beneficios percibidos en función de la percepción de la eficacia de la acción de salud propuesta. 4) barreras percibidas frente a la acción de salud, el costo, dejar la vivienda en caso de traslado, perder días de trabajo, etc.

De la misma manera que las dimensiones de las creencias analizadas por el HBM determinan la conducta hacia las acciones en salud, podemos incluirlas también como elementos de análisis de las creencias y conductas hacia la participación. Finalmente los aportes de los sistemas conceptuales mencionados introducen algunos aspectos interesantes en el análisis de los procesos participativos, que podemos sintetizar en las siguientes ideas fuerza:

1-La participación es constitutiva del orden humano, lo que varía son las modalidades de participación.

2-Las modalidades de participación se relacionan con las modalidades de vinculación de los sujetos con el entorno y sus sistemas de creencias y no son ahistóricas, sino contextualizadas geográfica y temporalmente.

3-Pensar en modalidades de participación situada geográfica y temporalmente y no en formas de participación abstractas favorece la comprensión de la interacción entre lo subjetivo y lo colectivo que sustenta esta conducta.

4-Existe una dinámica de continuidad y ruptura inherente a la participación, propia de la evolución de la relación del hombre y su ambiente, por lo que es importante incluir el análisis de las resistencias en el marco de un proceso evolutivo y no como barreras.

5-Las modalidades de participación pre existen en las comunidades como pautas culturales de relacionamiento, se construyen y evolucionan.



## **OBSTÁCULOS Y FACILITADORES DE LOS PROCESOS PARTICIPATIVOS.**

Ferrer Herrera y cols mencionan como obstáculos para la participación comunitaria en salud a la centralización excesiva, las políticas de salud desfavorables, el paternalismo, la carencia de un concepto claro de participación social, niveles mínimos de organización comunitaria, la falta de mecanismos para la participación, la falta de conocimientos del personal de salud, el inadecuado establecimiento de prioridades, falta de recursos humanos y financieros,... ,la resistencia al cambio así como la ausencia de incentivos para mantener la participación comunitaria.”

Reyes Alvarez,l y cols; (1996), en el artículo ya mencionado en el capítulo sobre el concepto de participación, mencionan en la síntesis de los talleres que la OPS realizó en 1988 y 89 para el seguimiento de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), donde uno de los temas abordados ,fueron los obstáculos y facilitadores para introducir la participación comunitaria en salud, . que *“dentro de los principales obstáculos se mencionaron: las políticas de salud desfavorables, la centralización excesiva tanto por los gobiernos como por los sistemas de salud, exceso de profesionales de la salud, poco espacio dentro del sistema para el desarrollo de una participación efectiva, carencia de un concepto claro de participación comunitaria, falta de niveles mínimos de desarrollo y organización de la población, falta de mecanismos apropiados para la participación, falta de voluntad política”*

Dixis Figueroa Pedraza (2002) plantea que no se ha podido lograr la participación generalizada y sostenida de las comunidades en materias de salud porque

*“en lugar de promover la participación, esos modelos son, manipulados, en el sentido de que tratan que la comunidad colabore en actividades en las que no tuvo nada que ver cuando se decidió iniciarlas, o bien autoritarios, ya que dan por hecho a un usuario pasivo que está agradecido de la atención que está recibiendo, y que la considera más como un favor que*





*como un derecho. Muy pocas veces la participación comunitaria ha sido definida y puesta en práctica como la participación en las decisiones sobre políticas, prioridades y servicios de salud.”*

En una entrevista realizada al Dr Benno Kjeizer en el Instituto de Salud de la Universidad Veracruzana, en circunstancias que esta autora realizaba una pasantía en México en abril del 2011, se le preguntó cuáles son los obstáculos que en su experiencia existen para la participación de la comunidad en los programas de salud. Kjeizer respondió que *“los obstáculos son el modelo médico centrado en el médico, la medicalización de los servicios, el paternalismo y la burocratización”*. Frente a la pregunta de cuáles son aspectos facilitadores, la respuesta fue que *“fortalecer la organización comunitaria, la confianza de la población, facilitan los procesos participativos” (Xalapa 2011 entrevista personal)*.

Luis Gonzaga (en Planificación en la comunicación de proyectos participativos. Cp V.s/d) delimita 3 grados de participación: toma de conocimiento; co-gestión y autogestión y define niveles de participación desde un ámbito de acción como: local o comunitario; institucionales y sectoriales y nacionales.

Los obstáculos para la participación según Gonzaga son de tres tipos: paternalismo; autoritarismo y tecnicismo. Estos obstáculos se manifiestan tanto a nivel personal como institucional. Pero es a nivel estructural-institucional, donde estos obstáculos generan la matriz para los anteriores tanto en las instituciones de salud como en las educativas, las políticas sociales y económicas.

En la experiencia del CAPS de las Piedras, presentado en el trabajo de Barrenechea et. al mencionado ad supra, se identificó como obstáculo una organización muy formalizada de los espacios de participación, basada en la expectativa del equipo técnico en hacia un proceso de definición de roles y delegación de funciones en la comunidad, que finalmente no se alcanzó. Entre otras factores, estos autores asociación este resultado con la dinámica de control de la movilidad social que ejercen los colectivos en situaciones de vulnerabilidad cuyo imaginario



mantiene un modelo tradicional de la distribución del poder en la relación entre técnico y usuario, depositada en el técnico, y que cuando se delega, en forma de conocimiento por ej genera resistencias en el colectivo. En cambio los aspectos de organización basados en la experiencia previa de la comunidad como las comisiones de fomento, más flexibles, fueron facilitadores del proceso. Otros obstáculos mencionados en la experiencia del CAPS es la dependencia de los técnicos, que a pesar de operar desde el apoyo y la orientación y no del ejercicio del poder, quedaron atrapados en el esquema paternalista

En síntesis de la revisión realizada, los obstáculos de la participación más mencionados por los autores que citamos en este apartado son:

- Centralización excesiva.
- Paternalismo.
- Carencia de un concepto claro de participación social.
- Niveles mínimos de organización comunitaria.
- Falta de mecanismos para la participación.
- Falta de conocimientos del personal de salud en relación a técnicas de trabajo con la comunidad.
- Inadecuado establecimiento de prioridades.
- Falta de recursos humanos y financieros.
- Resistencia al cambio así como la ausencia de incentivos para mantener la participación comunitaria.
- Presión del colectivo comunitario frente a la delegación de roles y funciones.
- Modelo Médico centrado en el profesional
- Autoritarismo.
- Tecnicismo.

De lo analizado hasta aquí podemos afirmar que la participación promueve un real proceso de cambio sólo cuando el centro de las dinámicas transformadoras se desplaza del exterior (técnicos, programas gubernamentales o no gubernamentales, etc) al interior de la comunidad, que se apropia de las propuestas o ideas sin que sienta amenaza su identidad. La experiencia



previa de la comunidad en el área organizativa y de trabajo en espacios colectivos es un facilitador. Por lo tanto podemos hablar de procesos reales de participación comunitaria cuando la comunidad se organiza y desarrolla instrumentos relativamente permanentes, en los cuales puede emitir su opinión incidiendo en la toma de decisiones en todas las etapas de un proyecto o programa, desde la idea a la gestión de recursos y evaluación de los programas de salud que se instrumentan en su área de incidencia. Las expectativas de los técnicos, aunque bien intencionada, no siempre coinciden con el tiempo del proceso de participación en la comunidad, lo que puede generar frustración y/o desgaste en los equipos técnicos.

## **PARTICIPACIÓN Y POLÍTICAS SOCIALES EN URUGUAY.**

Nuestro país se ha caracterizado por una matriz de participación que Adela Claramunt Abbate, (Montevideo, 2006) llama *matriz clásica*, hegemónica desde las primeras décadas del siglo pasado con la administración batllista y el impulso del modelo de Estado de Bienestar hasta el período de facto, momento en que los modos de participación sufren transformaciones.

La matriz clásica se caracteriza según la autora, por una concepción de participación representativa, amortiguadora, mediada por los partidos políticos, y organizaciones semi-corporativas, como los sindicatos, gremios y movimientos estudiantiles. Siguiendo el planteo de Claramunt Abbate, esta matriz tiene dos aspectos relevantes: *“la acción colectiva es de carácter funcional y no territorial y la agenda política es de carácter nacional y sectorial. Estos aspectos dejan con muy poco espacio y nada de visibilidad a lo local como ámbito de análisis y accionar de políticas públicas.”* Claramunt Abbate, (2006:28)

A partir del golpe de estado de 1973, se produce la emergencia de otros espacios de participación alternativos, emergentes de la ruptura de la relación de la ciudadanía con el poder estatal, denominados por Claramunt como los micro espacios de resistencia, familiares, comunitarios, que dieron impulso a las acciones colectivas, que a partir de la década del 80 se



fueron consolidando en las comisiones vecinales ,que tendrían un rol protagónico en el movimiento descentralizador del departamento de Montevideo a partir de la década del 90 y constituyen los primeros antecedentes de una acción territorializada .

Esta autora describe las características de estos micro espacios de la siguiente manera: *“En lo que respecta a las modalidades organizativas, estos actores se caracterizaron por no requerir importantes estructuras para manifestarse y concretar sus tareas. Sus formas organizativas, de baja institucionalización, dieron lugar a especulaciones en torno a su capacidad de generar modos alternativos al modelo burocrático, así como formas de accionar claramente diferenciadas de las tradicionalmente conocidas. (...) La ciudadanía se muestra proclive (...) a patrones de comportamiento que aseguren un control más directo sobre las élites políticas del estado.”* ( Claramunt Abbate.200 : 33)

Estos micro espacios se consolidan en redes de organizaciones que se van extendiendo en los distintos niveles ciudadanos.

## **LO RURAL. UN CONCEPTO EN EVOLUCIÓN**

El PNSR define como población objetivo, a los pobladores de la ruralidad dispersa y localidades de hasta 5000 habitantes. (PNSR, p 9)

La relación entre lo rural y lo urbano ha sufrido tantos cambios que ha surgido una terminología específica, que más que una delimitación conceptual, marca una transición conceptual de la relación campo-ciudad. Estas transformaciones no sólo impactan en lo productivo sino que involucran el diseño de nuevas políticas públicas. Consideramos que el Plan Nacional de Salud Rural refleja esta situación.

En el Uruguay, la definición del Instituto Nacional de Estadística señala que: “Población rural es aquella que vive fuera del área «amanzanada». El área amanzanada se delimita de acuerdo a la Ley 10.723 de Centros Poblados (21/4/46). La determinación de centros poblados es de



responsabilidad municipal y se los establece en relación a la existencia de una serie de requisitos como ser escuela, servicios públicos, abastecimiento de agua, etc.” (INE, 2006).

Las comunidades rurales se caracterizan por tres aspectos (García Sanz, 1977) :

- 1- Bajo volumen y densidad poblacional.
- 2- Subsistencia basada en el sector primario de la economía: agricultura, ganadería, caza, pesca, silvicultura.
- 3- Características culturales expresadas en códigos lingüísticos y comportamentales específicos, que le transfieren un peculiar sentido a las acciones cotidianas.

Tradicionalmente se plantean las diferencias entre la sociedad rural y la urbana en relación a los siguientes aspectos:

- a. la ocupación;
- b. el ambiente;
- c. el volumen de las comunidades;
- d. las densidades de población;
- e. la homogeneidad y heterogeneidad de los integrantes;
- f. modalidades de la interacción social;
- g. la solidaridad social es demográficas y funciones económicas.

Sin embargo, los cambios en la dinámica socioeconómica actual, han planteado la necesidad de reconsiderar el límite conceptual de lo rural, surgiendo el concepto de “nueva ruralidad”. Chiape, Carámbula y Fernández (Montevideo ,2009) mencionan que en el “análisis del concepto encontramos los siguientes objetivos:



- a. el desarrollo humano como objetivo central del desarrollo;
- b. el fortalecimiento de la democracia y de la ciudadanía;
- c. el crecimiento económico con equidad;
- d. la sostenibilidad del desarrollo;
- e. el desarrollo rural sostenible más allá del enfoque compensatorio y asistencial y
- f. el capital social como sustento de las estrategias de desarrollo.”

Los aspectos sociales jerarquizados por los autores como transversales al concepto de nueva ruralidad, inciden directamente en la promoción de políticas tendientes al desarrollo de la ciudadanía, proceso que se basa en el mecanismo de la participación como herramienta de construcción.

Siguiendo con Chiape, Carámbula y Fernández, (2009, p 8) hay un elemento definitorio de la Nueva Ruralidad, “la dimensión territorial”, en contraste con la visión tradicional sectorial agraria.

Riella y Mascheroni definen a la ruralidad dispersa como “la población cuyas actividades productivas se realizan en el ámbito agropecuario”. (Anuario OPYPA, 2009)

El desarrollo de la conceptualización de los cambios en la relación rural-urbano, no solo tiene una complejidad en sí misma, sino que también tiene diferentes versiones entre los países ricos y pobres, tomemos el ejemplo de Europa, donde se hace énfasis en la conservación del medio ambiente, mientras que en América Latina aún es prioridad, además, fomentar un desarrollo equitativo.

Según Hubert C. de Grammont (México 2004 ), podemos identificar 3 enfoques del concepto de nueva ruralidad: a) el enfoque que estudia las transformaciones económicas, sociales y políticas de la sociedad; b) el enfoque que estudia cuáles deben ser las políticas públicas que



den respuesta a esas transformaciones y c) el tercer enfoque que más bien consiste en una transformación de la mirada sobre la vieja ruralidad, echando luz sobre algunas facetas de la realidad social rural que quedaban invisibles en los enfoques agraristas.

Coincidimos con Riela y Romero que “Este concepto es en especial una forma distinta de percibir los espacios rurales y sus problemas contemporáneos, y no necesariamente la emergencia de nuevos fenómenos” (Riella y Romero, 2003: 157)

Nuestro país ha sufrido un proceso de urbanización de la población a través de dos grandes vectores: por un lado el desarrollo de los medios de transportes y comunicaciones, (aspecto positivo) y por otro el éxodo de los residentes en zonas rurales en busca de mejorar las condiciones laborales y aumentar el ingreso familiar lo que ha derivado en un despoblamiento paulatino de la campaña nacional.

. Según el censo del 2011, existe en nuestro país sólo un 5.6 % de población rural, en contraste con el 10 % en el 2004.

Este movimiento migratorio de la población rural hacia los centros poblados ha afectado principalmente a la población económicamente activa; aumentando el porcentaje de personas que vive en el campo y trabaja en actividades no “rurales.” Se ha producido un desmantelamiento de la agricultura familiar, también los empleadores (patrones) residen cada vez menos en el campo.

La bibliografía actual plantea que los cambios en los comportamientos en los indicadores tradicionales, se relacionan básicamente con el patrón de asentamiento, empleo y subsistencia.

Los mayores cambios que plantea esta “nueva ruralidad” se relacionan con las actividades de subsistencia e inserción en el mercado laboral. En este sentido los diversos autores mencionados mencionan la modernización de la agropecuaria y la agroindustria, las actividades no agrícolas ligadas a la residencia, al ocio, la recreación y la prestación de servicios.



Los criterios de la sociología actual diferencian tres modos de organización de lo rural:

Ruralidad dispersa: relacionada a los parámetros tradicionales.

Ruralidad ampliada: donde más del 20% de la población se ocupa en actividades agropecuarias.

Ruralidad Nucleada: localidades donde menos del 20 % se ocupan en actividades rurales.

Dos conclusiones podemos obtener de estos datos sobre el concepto de “Rural”:

1-No podemos definir lo rural en contraposición a lo urbano, ya que residencia y subsistencia los hacen coincidir en muchos casos.

2-Lo rural no es equivalente a lo agrícola – ganadero; esta es una de las actividades, pero cada vez más aparecen otras como el agroturismo, las artesanías, las pequeñas empresas de producción de alimentos, etc.

Este estudio se centrará en las comunidades relacionadas con la ruralidad dispersa según los criterios mencionados anteriormente.

Riella y Mascheroni (2009) proponen incluir como categoría de análisis de lo rural las características de la población dedicada a las actividades agropecuarias pero que no reside en la zona rural, denominando a esta categoría “hogares agrodependientes”, incluyendo en la misma, tanto patronos, como asalariados rurales.

Estos autores brindan una definición de la ruralidad dispersa como la población cuyas actividades productivas se realizan en el ámbito agropecuario. Las pequeñas localidades que sirven de base logística para las actividades rurales, muchas veces de residencia al trabajador rural zafral, se consideran ruralidad nucleada.





## LA COMUNIDAD RURAL

Hablamos de comunidad como *“un grupo de individuos que comparten un tiempo y un espacio ; que reconocen una historia en común y comparten pautas culturales Es decir similares criterios de significación de las experiencias, la estructura vincular, formas de cooperación, representación del mundo distribución y ejercicio del poder, concepciones de éxito, de salud y enfermedad. Sus integrantes se perciben como una unidad social con conciencia de pertenencia”*. (Carro, S; Fernández, A.2012 p72)

Siguiendo los planteos de Carro y Fernández (op.cit) *“este sentimiento de pertenencia, como aspecto subjetivo, trasciende el espacio geográfico y el tiempo histórico, un ejemplo de esto son las comunidades de inmigrantes”*.

Una de las características de la comunidad rural es la predominancia de las relaciones primarias, cara a cara. Esto marca las características de la maya vincular comunitaria. Los sujetos se sienten más cercanos y apoyados por el grupo, esto es un aspecto positivo pero también existe más control ejercido por el grupo sobre la persona que a veces es sentido como presión para actuar de determinada manera, o competencia por alcanzar los mismos o mayores logros. Esta presión ejercida por lo colectivo es lo que genera que se mantengan las tradiciones, como forma de identidad, pertenencia pero también de control social y los cambios sociales sean mucho más lentos que en zonas urbanas.

Este aspecto de la presión grupal, sumado a la vulnerabilidad que generan las distancias y el mal estado de las vías de acceso sostienen muchas veces los vínculos asistencialistas o clientelistas de las comunidades hacia los caudillos y líderes comunitarios que manejan más recursos , simbólicos o materiales, ya sea información o un vehículo para traslados.

El habitante rural depende de situaciones que están fuera de su alcance, el clima, la cosecha, la reproducción de los animales, etc, y que muchas veces también lo están ya sea por



dificultades de acceso a la información como por malas vías de comunicación. Estas condiciones muchas veces generan sentimientos de desesperanza o fatalismo, sumado a accionar de los gobiernos de turno que , apoyados en una relación clientelista generan expectativas que después no cumplen, lo que refuerza el sentimiento de estar a merced de las circunstancias. Las zonas rurales y sobre todo la ruralidad dispersa, se encuentran en situaciones de vulnerabilidad y aislamiento mayores que las zonas urbanas e incluso de ruralidad nucleada.

En estos contextos de precariedad, muchas veces asociados también a la pobreza, la inestabilidad económica, que se basa en una agricultura familiar cada vez más débil, el asistencialismo, y el clientelismo son formas comunes de acceso a recursos de supervivencia, de estatus y de influencia.

La psicología política, nos aporta elementos de análisis y comprensión de los fenómenos del caudillismo. Martín Baró (1995) define la psicología política por como *“el estudio de los procesos psíquicos mediante los cuales las personas y grupos confirman, luchan, y ejercen el poder necesario para satisfacer determinados intereses sociales en una formación social”*.

Los efectos psicosociales del clientelismo político, se manifiestan en la desconfianza, la disminución de la tolerancia a la frustración con una demanda de satisfacción inmediata, y por ende, las dificultades de asumir compromisos a mediano y largo plazo, que exigen dedicación de tiempo y cuyo resultado no es visible claramente, propuestas donde el bien colectivo prima sobre el bien individual, y muchas veces exigen desistir del bien individual por un bien mayor que no tiene sentido o valor para la cultura comunitaria. La pasividad es una respuesta funcional al asistencialismo.

Las necesidades de las comunidades rurales son expresadas de forma más concreta, y están directamente relacionadas a la vida cotidiana, por ejemplo existe una relación directa a veces no se diferencian entre las áreas destinadas a la vivienda y las áreas productivas, lo que



genera un fuerte contraste con la especialización habitacional y del uso del espacio que caracteriza a las zonas urbanas.

Desde nuestra experiencia de trabajo en zonas rurales, los temas de descentralización y participación, llegan muchas veces como entelequias, argumental y conceptualmente tienen mucho más sentido para el académico, el técnico o el político que para el poblador rural.

### **DESCENTRALIZACIÓN.**

En el documento “Síntesis y posibles Escenarios, en Aportes y Reflexiones para la Agenda Nacional de Descentralización. Programa de Cohesión Social y Territorial Uruguay Integra”. OPP 2011, se sintetiza el proceso de trabajo del Programa de Cohesión Social y Territorial Uruguay Integra, acordado entre Uruguay y la Unión Europea, que definió como objetivo *“potenciar la estrategia de descentralización participativa en el contexto de las políticas de desarrollo y transformación democrática del Estado”* (p2).

En este documento se plantea que *“En los últimos años el estado uruguayo ha avanzado en la conformación de un marco institucional favorable a una mayor descentralización y fundamentalmente un mayor destaque de los ámbitos locales y territoriales como estrategia orientada al desarrollo.”*(p. 9)

Ejemplo de ello son la Ley 18.567 de Descentralización y Participación Ciudadana que creó los gobiernos municipales y la Ley 18.308 de Ordenamiento Territorial y Desarrollo sostenible que otorga un mayor protagonismo a los gobiernos locales en el ordenamiento territorial o la Ley 18.126 de Descentralización y Coordinación de Políticas Agropecuarias con base departamental.

La tensión primordial que presenta el proceso de descentralización a las instituciones se relaciona, desde nuestra empiria, entre el modelo tradicional centralista, sectorial y jerárquico, cuyos instrumentos de control ya están afinados e interiorizados, frente a la creación de un



escenario divergente, dinámico y donde la inter sectorialidad e inter institucionalidad marcan la heterarquía y la necesidad de acuerdos que trasciendan las fronteras instituidas. Existe una concepción, naturalizada, que la descentralización consiste en llevar las acciones institucionales hacia el interior del país, y eso es correcto, pero lo que no se analiza, es que también implica un viaje hacia el interior institucional, hacia las propias entrañas de la gestión y las concepciones que subyacen el imaginario institucional sobre la salud y los sistemas de asistencia, de la autonomía de decisión, de la participación y distribución presupuestal dentro de la instituciones, y en el sector .

Seguiremos para el análisis de este concepto a Sergio Boisser (Chile ,1998) quien plantea que el desarrollo basado en las políticas descentralizadoras, exige una coordinación de decisiones de múltiples actores. La forma de lograr esto es a través de la construcción de mecanismos de circulación permanente de información para configurar una mesa de sinergias.

Uno de los obstáculos en estos procesos, plantea Boisser, es igualar descentralización con capacidad de fomentar el desarrollo como una fórmula matemática, como si automáticamente, al decretarse el cambio en la orientación de las políticas, los operadores a nivel local recibieran un “software cognitivo” con los conocimiento, actitudes y aptitudes para la construcción de sinergias y el trabajo en red.

Boisser plantea el concepto de “jerarquía anidada” al efecto de que a menor escala geográfica mayor apertura sistémica del territorio, lo que tiene el efecto de que los ámbitos cotidianos, domésticos, locales y regionales constituyen niveles de complejidad que van imponiendo restricciones a los niveles superiores , que tienen una dinámica de sistemas cerrados ,pensados de los centros gubernamentales .

Este autor hace referencia también que a menor escala toman mayor importancia los recursos psicosociales. No sólo es importante la tecnología de la información, es decir generar, recolectar, procesar información, sino los sistemas cognitivos de las personas que gestionan para transformar esa información en conocimientos.



Nuestra cultura profesional matizada por el paradigma positivista, tiene serias dificultades en abarcar una perspectiva compleja en el análisis de los procesos de desarrollo. La matriz positivista en la que los RRHH en salud nos formamos está caracterizada por la necesidad de planificar estratégicamente en un marco metodológico definido por la linealidad, donde la simultaneidad de lo general y lo singular genera un efecto de contradicción y es tomado muchas veces como disrupción.

Las nuevas perspectivas descentralizadoras, también exigen, usando la expresión de Denise Najmanovich, (Buenos Aires ,2013) nuevas figuras del pensar, pasando de la concepción de la incertidumbre como azar o ambigüedad, a una concepción de incertidumbre pasible de integrarse a los programas como campo dinámico de oportunidades y posibilidades no reguladas tanto por los productos sino por los procesos. Como plantea Van Asset (2000) la incertidumbre se relaciona con considerar diferentes datos y diferentes contextos, está orientada hacia el futuro, mientras que la ambigüedad se refiere a información poco clara en situaciones presentes.

El tipo de información incide en los procesos sociales, y en especial los participativos, ya que incluyen la toma de decisiones. La información ambigua no permite decidir , pero la incertidumbre abre el menú de escenarios posibles y las decisiones entonces se denominan estratégicas .

Las dificultades en la comprensión de la información según Andersen (2004) pueden estar generadas básicamente por 2 factores: evidencia ambigua asociada a falta de información o demasiada información. En los temas de participación, una de las fuentes de información que puede generar ambigüedad es la información anterior contradictoria, relacionada a las creencias, los mandatos familiares o pautas culturales.

Un cierto nivel de tolerancia a la incertidumbre es necesario para poder avanzar en el aprendizaje. Un nivel muy alto de incertidumbre puede paralizar la decisión, pero un nivel muy bajo, aburre y desmotiva. La complacencia en la pauta comunicacional, es un componente



demagógico que tiende a la subestimación del destinatario, a través de una simplificación del tema.

Estos conceptos son aplicables a los procesos de empoderamiento y formación de opinión de las personas, factores que definen los procesos participativos auténticos, según se plantea en la concepción que sigue este estudio.

Esto marca los dos obstáculos presentes en diseño y la gestión de políticas y prácticas descentralizadoras: planificación y mecanismos de autorregulación.

## **EL DEPARTAMENTO DE TREINTA Y TRES**

EL departamento de Treinta y Tres tiene una superficie total de 857.682 ha, es un departamento interior que se halla al este del país, lindando con la Laguna Merín que lo separa del Brasil. Al norte limita con el departamento de Cerro Largo; al oeste con los de Durazno y Florida, y al sur con Lavalleja y Rocha.

Tiene una población total de 48.134 habitantes según el último censo de 2011, de los cuales el 93.41% es población urbana y el 6.59 % es población rural. (INE, 2011)

Si tomamos en cuenta la clasificación de la nueva ruralidad según el número de habitantes, sin contar la capital departamental, todas las localidades se ubican dentro de la categoría rural nucleada. (Hasta 5000 mil habitantes).

Tabla 1 .Localidades del Departamento de Treinta y Tres hasta 5000 habitantes

Localidad	Cantidad de habitantes Según censo 2004	Cantidad de habitantes Según censo 2014
Vergara	3.953	3 810
Cerro Chato	2.945	1 694
La Charqueada	1.342	1430
Santa Clara de Olimar	2.454	2341

Elaboración propia .Fuente: Datos del INE.Censo 2011

La evolución demográfica muestra un descenso en la cantidad de habitantes de las localidades de ruralidad nucleada, que marca el éxodo desde el interior a la capital del departamento.

Se registra una disminución del índice de ruralidad; pasando del 13,1 % en 1996, a 10,2 % en 2004; lo que significa, que tan solo 1 de cada 10 habitantes de Treinta y Tres, residía en la zona rural según datos del INE, disminuyendo en casi cuatro puntos porcentuales en el 2011.

Tabla 2.Variación de la población por zona geográfica del departamento de Treinta y Tres 2004-2011.

Censo	Población total	Población urbana %	Población rural %
2004	49 318	89,7	10,3
2011	48 134	93.41	6.59

Elaboración propia .Fuente: Datos del INE.Censo 2011

“Es un departamento con baja dinámica poblacional a nivel nacional, mayor concentración en la capital, menor importancia relativa del medio rural con expulsión de ésta (la mayor del país).La economía responde a un perfil de especialización agropecuaria basado en la ganadería y el arroz, con prácticamente una única industria significativa y competitiva: los molinos arroceros, pero que no guarda vínculos fuertes con el resto de la economía local y por ende genera escaso impacto de derrame” ( Barrenechea ,P y Troncoso C, 2012) .



Se pueden diferenciar dos grandes áreas con perfiles socioeconómicos diferenciados: la zona ganadera al oeste principalmente dedicada al pastoreo de vacuno y ovino con menor densidad población y la zona arrocera al este.

A nivel de salud Treinta y Tres presenta guarismos altos de mortalidad infantil (14,2 por mil) con indicadores que se han deteriorado desde la década del noventa. (ART.2008)

A nivel educativo, salvo la cobertura de primaria que tiende a la universalización de la población en edad escolar, el departamento se ubica en una situación desfavorable en relación a la tasa neta de escolarización, ocupando el 18º lugar en ciclo básico y el 16º en bachillerato. (ART.2008)

De acuerdo a datos brindados por la Dirección Departamental de Salud, el 52% de la población tiene cobertura de salud a través de instituciones públicas y el 48% a través de instituciones privadas. (DDS, 2012)

#### Red de Salud Rural Departamental

Existen 19 policlínicas en el medio rural del departamento de Treinta y Tres, todas las que se ubican en las zonas de ruralidad dispersa y dependen Intendencia Municipal. Se distribuyen de forma desigual en el territorio. Tienen más de 50 años de existencia y todas fueron creadas a instancias de la comunidad.



Tabla 3 . Red de policlínicas rurales según sección policial.

Sección Policial	Nº policlínicas	Nombre del Paraje
1era	-----	Ciudad de TyT
2ma	1	Costas de San Francisco
3ma	2	Rincón de Ramírez ; Arrozal 33;
4ma	5	La Calavera; Cerros de Amaro; Quebrada de los Cuervos; Yermalito; Puntas del Parao
5ma	1	Isla Patrulla
6ma	3	Rincón de Gadea; Las Pavas; Rincón de Urtubey
7ma	4	Ma. Albina ; Cipa Cebollatí ; Picada de Techera; Passano ;
8ma	1	El Rosario
9ma	1	El Oro
11ma	1	Poblado Alonso

Elaboración propia .Fuente: Intendencia Departamental.

ASSE tiene siete puestos de salud, con presencia en las pequeñas localidades: Policlínica Los Ceibos; Policlínica Los Arrayanes; Hospital de Cerro Chato; Centro Auxiliar de Vergara; Centro Auxiliar Santa Clara ; Policlínica Enrique Martínez ; Policlínica Valentines .

A nivel privado sólo una de las mutualistas, Institución de Asistencia Colectiva (IAC), tiene 4 policlínicas en algunas localidades: Policlínica IAC Vergara ; Policlínica IAC Santa Clara ; Policlínica IAC Cerro Chato; Policlínica IAC Enrique Martínez (La Charqueada )



Fig 1. Mapa de distribución de los centros de salud públicos en el departamento. Fuente: Taller Regional de Salud Rural. Treinta y Tres 30 de Julio del 2010. Dir. Dptal de Salud Dra Susana Bouyssounade

ASSE realiza rondas rurales mensuales en la zona de Arroceras al este en : El Tigre, Los Ceibos, Zapata, Radunz, Palmar, San Fernando y La Querencia. Concorre un equipo multidisciplinario. Se brinda atención médica, planificación familiar, control del niño y adolescente, control de embarazo, realización de exámenes de papanicolau, control de mamas y vacunación; entrega de medicación, coordinación de estudios y consultas de especialistas en la ciudad. Se complementan con actividades de promoción en salud en la escuela. En 2013, se aprobó el Proyecto Juntos por más Inclusión, dependiente de la Intendencia Departamental pero cogestionado interinstitucionalmente por MSP, ASSE, ANEP/CEIP, con la colaboración de la UDELAR, MEC y MGAP. Este proyecto propone un componente de salud para trabajar en zonas rurales. En el 2014 se están comenzando las actividades.



De las 19 policlínicas rurales ,14 cuentan con servicio de enfermería en régimen de guardia permanente, y 4 cuentan con servicio de ambulancia propio. En los demás centros se coordinan el traslado de pacientes en los vehículos policiales (donde hay servicio policial) o en vehículos particulares (de la comunidad).Las visitas domiciliarias se realizan a pie o en vehículo particular del enfermero/a (moto, bicicleta, caballo) dependiendo de la accesibilidad del lugar y los recursos. (Fuente: datos de la Intendencia Departamental)

Los recursos humanos formalmente asignados a las policlínicas rurales son una auxiliar de enfermería por cada Policlínica un médico general, un médico pediatra (dependiendo de los requerimientos poblacionales) y el servicio odontológico móvil que prioriza la atención a niños y embarazadas.

Todos los servicios que se brindan en las policlínicas rurales de la intendencia son gratuitos, entre ellos controles (control de presión arterial y Peso-Talla, Hemoglucotest-colesterol-triglicéridos, otros tratamientos indicados (curaciones, inyectables, etc.), atención de urgencias y/ o emergencias, traslados. La auxiliar de enfermería es la responsable de la apertura del centro en horario matutino de lunes a viernes y permanece en régimen de guardia en demás horarios y días.

En muchas policlínicas se trabaja coordinadamente con el policía y el maestro junto con el auxiliar de enfermería. En la cotidianeidad se da una fusión intersectorial espontánea marcada por la dinámica de la vida diaria que van más allá de las tareas de enfermería. La policlínica de Rincón de Ramírez al tener una población de usuarios más numerosa por estar ubicada en la zona arrocerá (2000 habitantes) tiene un funcionamiento un poco diferente con mayor frecuencia de visitas y técnicos.

## **UN POCO DE HISTORIA.**

En Treinta y Tres, se cuenta con un reglamento de funcionamiento de las policlínicas rurales a partir del año 1983, pero es el 85, cuando el gobierno de Wilson Enzo Goñi , da un real impulso



al desarrollo de los servicios de salud en el medio rural. En ese reglamento se establece las características de la participación de las comunidades rurales en relación al funcionamiento de las policlínicas

En la reforma del reglamento del 85 se establece la normativa de funcionamiento, sobre los usuario, el personal técnico y las funciones de la Comisión de Fomento, órgano que obligatoriamente deberá existir en cada policlínica y será quien regule las actividades que en ella se realicen y será la responsable de la obtención de recursos para el abastecimiento y funcionamiento de las mismas. Sobre estas comisiones, Cigales, N y cols (2012) citan:

“(...) Artículo 24º)- Serán deberes fundamentales de las Comisiones de Fomento los que a continuación se detallan:

- a) Fundamentar a través de acciones eficaces la existencia de la Policlínica del lugar.
- b) Buscar obtener la mayor difusión posible de los servicios que se brinda, sobre todo en aquellos parajes alejados de los Centros Departamentales o vecinos a otros Departamentos, como forma de realizar una acción única en nuestro país (...)

De los usuarios

Art. 8- Tendrán derecho a la asistencia que se brindará en las Policlínicas municipales, todas aquellas personas que: a) Justifiquen carecer de medios con la presentación del Carnet de Asistencia gratuita del MSP.

b) Aquellas personas que sin poseer el mencionado Carnet (...) puedan comprobar ante la Comisión Fomento (...) y bajo total responsabilidad de la misma, su falta de recursos.

C) Las urgencias y/o emergencias que pudieran presentarse.

De los Técnicos:



Art. 14- “Los Señores Técnicos Profesionales Médicos, tendrán a su cargo la Asistencia Médica en las Policlínicas Municipales, (...)”.

Art. 15 – “Las policlínicas así asignadas quedarán bajo la responsabilidad del técnico afectado”.

Art. 16 – “(...) serán responsables de: a) la orientación técnica de las policlínicas de acuerdo a las directivas emanadas de la Dirección Coordinadora”. (...).

Art. 17 – “(...) podrán elevar (...), todo tipo de trabajo de carácter científico que creyeran útil dar a conocer (...)”.

Art. 18- “Cada Policlínica contará con una auxiliar de enfermería en forma permanente”.

(...). e) Los funcionarios responsables de las Policlínicas Rurales que vivan en las mismas, atenderán luego del horario normal en régimen de guardia permanente”.

En el año 2010 se realizaron talleres de presentación del PNSR en el departamento donde participaron autoridades locales y nacionales y en el 2012 se realizó una Jornada sobre salud Rural.

Cigales, N y cols (2012) mencionan que en la etapa fundacional de las Policlínicas Rurales los vecinos/as proponían ante las autoridades departamentales, los integrantes de la comunidad que consideraban más apropiados para ocupar el cargo de Promotor de Salud, cargo rentado con financiamiento del gobierno departamental. Se consideraban sus actitudes y aptitudes y en muchos casos eran personas que ya realizaban prestaciones como curaciones, control de presión, en forma honoraria. En este momento se asocia, en el imaginario rural a la promotora con la enfermera.

El promotor de salud, tenía en ese momento, y aún lo mantiene en los parajes que sigue existiendo esta figura, el perfil de agente comunitario en salud según lo definen (Barrenechea y cols 1993), definido por su pertenencia a la comunidad, tener una práctica y formación en relación al esta área. Además es el nexo entre otros técnicos externos y los integrantes de la



comunidad y trabajo junto con técnicos locales en la organización y gestión de actividades comunitarias.

Previo a la administración del Dr Amaral como intendente departamental, de acuerdo a los datos recabados de las informantes claves, el problema de la falta de recursos se resolvía a través de un acuerdo entre la Intendencia Departamental y la Dirección Departamental de Salud para capacitar, lo que en ese momento se denominó promotores o agentes comunitarios, para que pudieran atender las policlínicas municipales en el medio rural. Recordemos que en el departamento de Treinta y Tres, la red de policlínicas rurales depende de la Intendencia Departamental. La formación acordada entre ambas dependencias incluía una pasantía por el hospital de 3 meses con supervisión de un médico y licenciada en enfermería y una pasantía posterior de la misma duración en alguna de las policlínicas urbanas. El cargo era financiado por la intendencia, como continúa siendo en la actualidad y eran seleccionados para este cargo, personas que vivían en las zonas de referencia de las policlínicas y que tuvieran vocación de servicio comunitario; muchas veces eran elegidas por la propia comunidad. Esta formación no incluía técnicas de trabajo social y la salud mental se abordaba muy superficialmente más en relación a contención afectiva que en promoción o prevención. Una vez terminada la capacitación comenzaban a desempeñar funciones en sus comunidades.

Por asociación, la comunidad llamaba enfermeras a estas personas. A partir del cambio en las autoridades departamentales, se promueve la profesionalización de las promotoras que estaban trabajando en las zonas rurales. Algunas de ellas, las menos ya tenían el título de auxiliar de enfermería que otorgaba la Escuela de Enfermería Dr. Carlos Neri; otras obtienen la habilitación a través de la escuela de enfermería habilitada por el MEC y otra renuncian a sus cargos, dejando sin personal la policlínica, situación que se mantiene al día de hoy en algunos parajes.



La figura del promotor de salud no está reconocida por el MSP, y actualmente existe una tensión entre la figura del promotor como agente comunitario y sus funciones en el área de la salud.

La facultad de medicina de la UDELAR a través de la cátedra de Medicina Comunitaria, viene desarrollando hace varios años cursos de capacitación para agentes comunitarios. Esta actividad se realiza desde la función de extensión y combina formadores locales con docentes universitarios. En el departamento de Treinta y Tres se implementó este curso en el año 2014, coordinando con el departamento de Cerro Largo en el marco del programa Uruguay Integra de la OPP. Asistieron alrededor de 70 agentes comunitarios de la región durante 6 meses con actividades quincenales organizadas en talleres que alternaban su realización entre la ciudad de Treinta y Tres y la ciudad de Melo.

Los contenidos de los talleres incluyeron el enfoque integral de la salud con técnicas de abordaje social (técnicas grupales y de entrevista) y específicamente se desarrolló un taller de salud mental desarrollado por la autora de este informe como técnico de ASSE.

## **METODOLOGÍA.**

Enfoque metodológico: Matriz de datos.

Tomaremos como propuesta metodológica para esta investigación el enfoque de Matriz de Datos y la Sistematización de Experiencias.

La selección de estos abordajes metodológicos fue pensada para abordar el estudio de una actividad humana compleja y polifacética como la participación tratando de objetivar la diversidad de dimensiones de la misma, sin perder las características concretas de su expresión.

El concepto de matriz de datos es introducido en los estudios sociales por Johan Galtung , pero Juan Samaja (1994) autor cuyo pensamiento seguiremos en este estudio, agrega un



elemento más a la estructura tripartita galtoniana. Para Samaja la estructura de la matriz de datos tiene 4 componentes:

La matriz de datos representa, siguiendo a Juan Samaja , la estructura interna del dato o información característica de la investigación científica. *“Permite tornar observables ciertos conceptos teóricos, al mismo tiempo que se transforman en conceptos teóricos ciertos estados de cosas observables .Las matrices de datos juegan un rol fundamental en la posibilidad de ejecutar la función de cartografiado entre el mundo de las descripciones de los hechos y los sistemas formales de nuestras representaciones”*(p182)

La metodología de sistematización es un proceso colectivo de reconstrucción y reflexión analítica de experiencias, que apunta a develar los sistemas de sentido que subyacen a la práctica. Según Jara (1998) *“la sistematización es aquella interpretación crítica de una o varias experiencias que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido, los factores que han intervenido en dicho proceso, cómo se han relacionado entre sí, y por qué lo han hecho de ese modo”* .Surge como metodología de trabajo en la década de los 80 impulsada por la educación popular. Se basa en partir de la experiencia concreta en lugar de la conceptualización abstracta integrando los criterios de relevancia a partir de la vivencia personal, más que de la teoría o el pensamiento hegemónico. La sistematización de experiencias no apunta a generalizaciones sino a identificar lecciones aprendidas, circunscriptas a la experiencia particular, pero que se transforman en antecedentes o insumos para otra experiencia similares. Se eligió esta modalidad para pensar el guión por considerarla adecuada en un enfoque exploratorio ya que, como planteamos en otro trabajo *“rompe la inercia intelectual o pragmática”*. (Carro, S. Fernández, A .2011. p 95)





## DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

**Tipo de Estudio:** Exploratorio

### Objetivo general

- a) Contribuir a la identificación de factores facilitadores de los procesos participativos desde la percepción de los actores de las comunidades de la ruralidad dispersa como población destinataria del Plan Nacional de Salud Rural.

### Objetivos Específicos

- Identificación de aspectos facilitadores de la participación en temas de atención de salud, desde la perspectiva de los pobladores y referentes de salud de comunidades de la ruralidad dispersa del departamento de Treinta y Tres en el período 2012 - 2013.
- Exploración del nivel de información que tienen los referentes de salud y pobladores de comunidades de la ruralidad dispersa del departamento de Treinta y Tres, sobre el Plan Nacional de Salud Rural.

**Población de estudio:** los usuarios de los servicios de salud que viven en zonas de ruralidad dispersa y referentes de salud que desarrollan tareas en esas comunidades del departamento de Treinta y Tres.

### Tipo de Muestra:

Dados los recursos disponibles y el área geográfica a cubrir caracterizada por zonas de sierras y caminos vecinales, se optó por una muestra no probabilística de tipo intencional. El criterio excluyente fue la residencia del usuario y que el técnico o referente en salud, realice o haya realizado atención de salud en el medio rural.



## **RECOLECCIÓN DE DATOS**

Técnicas: Se utilizó la entrevista abierta a informantes calificados; el focus group y un cuestionario.

### **ENTREVISTAS**

Se seleccionó la modalidad de entrevista abierta, por ser más flexible y adaptable a diferentes tipos de entrevistados, además de considerarse más adecuada para el tipo de estudio exploratorio. La entrevista como técnica de recolección de información según Pineda, Alvarado y Canales (1998) se basa en la comunicación interpersonal entre el investigador y el informante, con el fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas.

El concepto de informante calificado hace referencia en este estudio a una persona que cumple con ciertos requisitos: conoce bien la zona, la gente, el tema y puede transmitir información de distintas perspectivas sin la intención de incidir en el juicio de valor de quien lo escucha, es decir son tomar partido por una u otra postura, aunque tenga su propia opinión. (Carro, S. Fernández. 2012). (P 86)

Los temas que se delimitaron para las entrevistas fueron: a)características de la red de atención de salud rural en el departamento; b)su historia y situación actual; c)percepción de la relación del usuario rural con el sistema de salud; d)conocimiento del Plan Nacional de Salud Rural.

Las entrevistas se hicieron en los lugares de trabajo y en la sala de espera de la policlínica rural informantes Los informantes seleccionados fueron dos auxiliares de enfermería, la directora departamental de salud y dos usuarias (Ver Anexo1 Tabla 1)

### **FOCU GROUP**

La técnica del FG, como entrevista colectiva, se pensó para recoger distintas perspectivas sobre el tema de investigación, enriquecidas por la interacción entre los participantes. Se



propusieron dos FG: uno con auxiliares de enfermería y otro con usuarios. Se realizó el FG con las auxiliares de enfermería. Con los usuarios no pudo concretarse a pesar de los intentos y varias convocatorias.

### **Focus Group con auxiliares de enfermería.**

Se invitó a las auxiliares de enfermería de todas las policlínicas rurales del departamento, para recoger una visión más amplia de los procesos de participación en las comunidades de la ruralidad dispersa.

Para la realización del mismo se coordinó la convocatoria con la dirección de policlínicas de la Intendencia Departamental, de quien dependen las policlínicas rurales, de modo de elegir una fecha donde pudieran asistir el mayor número de personas, teniendo en cuenta las distancias y las frecuencias de buses. Se fijó una fecha y horario que coincidió con una actividad de actualización sobre Dengue, organizada por la Dirección de Salud Departamental. Se acordó realizar el FG en el horario anterior a la charla de actualización, en las instalaciones de la sede universitaria departamental, lugar donde se realizaría la charla. Fue una convocatoria voluntaria. Se informó el objetivo y tipo de actividad cuando se realizó la invitación.

### **Participantes.**

Asistieron 7 auxiliares de enfermería provenientes de los parajes de: El Oro; Ma. Albina; Cerros de Amaro; Rincón; Isla Patrulla; Rincón de Gadea; La Calavera.

### **Perfiles.**

Todos los participantes fueron mujeres. Las auxiliares de enfermería que participaron del FG tenían una antigüedad laboral de más de 3 años y una antigüedad en el cargo actual entre 1 año (La Calavera) hasta más de 20 años (El Oro). Las que tenían más tiempo de trabajo en la policlínica además de EL Oro, eran las de Ma. Albina con 15 años y Cerros de Amaro con 18 años.



### **Forma de registro.**

El registro se realizó de forma escrita y la modalidad de coordinación se realizó a través de un moderador, rol asumido por la responsable de esta investigación. Posteriormente se envió la transcripción del informe de FG a las participantes para que realizaran aportes, ampliaciones o correcciones que se incluyeron en el informe final.

### **Guión del FG.**

Se Trabajó con 3 preguntas iniciales redactadas de acuerdo a la metodología de sistematización de experiencias y se agregó una cuarta pregunta en el desarrollo de la discusión. (Ver anexo 2)

Las preguntas apuntan a recoger las lecciones aprendidas sobre los aspectos facilitadores u obstaculizadores de la participación en el marco de la tarea como referente de salud en el contexto rural desde la experiencia de las participantes.

### **Encuadre.**

Se presentó el objetivo de la actividad en el marco de la investigación y se describió la propuesta de funcionamiento para la instancia, presentación del moderador y de los asistentes al grupo. El guión se fue desarrollando a medida que transcurrió la instancia.

## **CUESTIONARIO**

La estructura del cuestionario tuvo preguntas abiertas y cerradas, dicotómicas y de opción múltiple, con una puntuación de tipo gradiente, que se caracteriza por presentar al encuestado una serie de proposiciones declarativas con las que la persona expresa su acuerdo o desacuerdo y/o adjudica grados de importancia según su opinión. (Ver ANEXO 3) Se optó por esta estructura de preguntas en función de que permite diseñar un cuestionario ágil, que



puede ser respondido con rapidez y acepta la modalidad de auto administración, factores determinantes en el contexto de contar con pocos recursos y la necesidad de optimizar el tiempo.

En este caso la autoadministración se utilizó sólo en el caso de auxiliares de enfermería de policlínicas que no participaron en el FG.

Las proposiciones declarativas se diseñaron en función del relevamiento bibliográfico previo, consultas a informantes calificados, y se ajustaron a partir de la prueba piloto del instrumento.

La recolección de información siguió las etapas que se mencionan a continuación:

1era etapa: Relevamiento de información sobre el tema y variables del estudio, con informantes calificados, bibliografía y documentos. Se aplicó en esta etapa la técnica de entrevista y focus group.

2da etapa: Se elaboró un modelo de cuestionario piloto.

3era etapa: Testeo .A partir de la elaboración de un modelo piloto se realizó una etapa de testeo del instrumento que apuntó a confrontar el instrumento con la realidad del trabajo de campo. El testeo se realizó en el marco de las rondas rurales de salud y las actividades en agrupamientos escolares a fines del 2012 y principios del 2013.

4ta etapa: Se ajustó al instrumento y se calendarizó el plan de acción para el trabajo de campo. Se contó con la colaboración de auxiliares de enfermería que demostraron interés en la tarea de encuestadoras.

4ta Fase: Aplicación del cuestionario a la muestra de usuarios y técnicos seleccionada. Los cuestionarios se aplicaron en el lugar de trabajo de los técnicos y a los usuarios en la sala de espera de la policlínica. Los cuestionarios se aplicaron por parte de las auxiliares de enfermería de cada policlínica que integró la zona de estudio y se trabajó directamente con las auxiliares de enfermería de las comunidades de los parajes de Ma. Albina, y de Poblado Alonso .Dentro de



las tareas de monitoreo del trabajo de campo y control de fiabilidad de los datos, se instrumentaron reuniones periódicas con las auxiliares de enfermería de las policlínicas mencionadas para identificar obstáculos o dificultades no previstas.

## **PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.**

El análisis de los resultados se realizó a través de la codificación, categorización y elaboración de la matriz de datos. Las categorías se construyeron a partir del análisis bibliográfico, las entrevistas con informantes calificados y se ajustaron en una prueba piloto. Se aplicó un cálculo porcentual simple sin embargo, siendo un estudio exploratorio y una muestra pequeña, se optó por exponer los resultados en números de respuestas en lugar de porcentajes. El resultado de la distribución del número de respuestas que se presenta en las tablas surge de los datos de los cuestionarios. Los aportes de las entrevistas se integran en el análisis de cada ítem y en la caracterización del departamento y la red de atención rural. Se analizó por separado el grupo de usuarios y el de técnicos y finalmente se compararon las opiniones de unos y otros. Se realizaron instancias de devolución y validación social con las auxiliares de enfermería de Ma. Albina y Poblado Alonso. Se planificaron dos reuniones con los usuarios, pero una se suspendió por mal tiempo y en el otro caso la convocatoria, realizada desde la policlínica local no fue exitosa. Quedó establecido el compromiso de la comunicación de los resultados para el mediano plazo.

## CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA y DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA DEL ESTUDIO

Se realizaron 5 entrevistas abiertas a informantes calificados (VER ANEXO 1 tabla 1). Se aplicaron 47 cuestionarios: 34 usuarios y 13 técnicos.

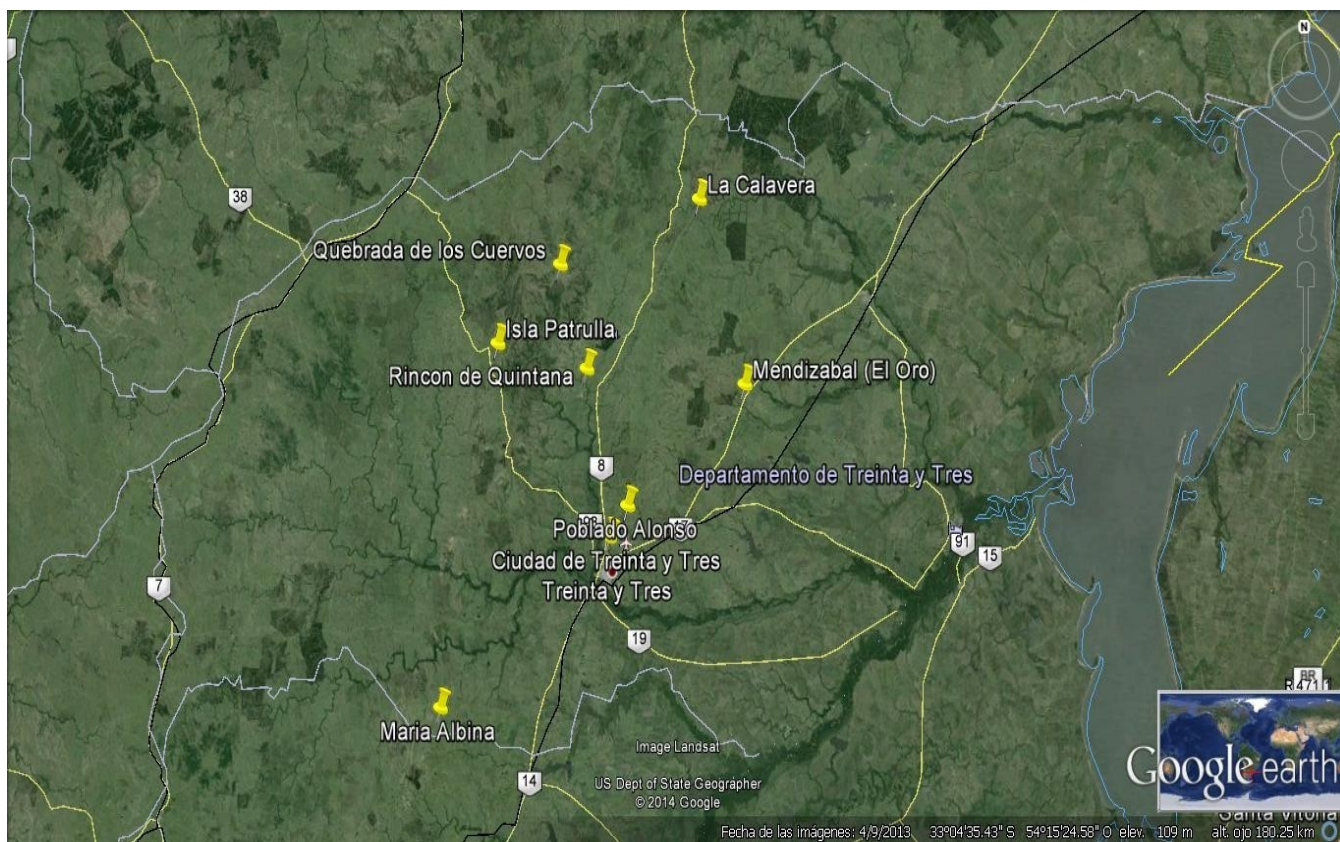


Fig.2 Ubicación geográfica de los parajes donde se realizó la investigación. Elaboración propia con base Google earth. 20-5-14



Tabla 4. Zona de la investigación según distancia de la capital departamental y n° de habitantes.

Paraje	Distancia de la capital departamental en Km	N° de habitantes
Ma. Albina	40 km	68
Isla Patrulla	45 km	230
Poblado Alonso	12 km	19
El Oro	35 km	82
La Calavera	45 km	s/d (familias aisladas)
Cerros de Amaro	40 km	s/d (familias aisladas)
Quebrada de los Cuervos	40	s/d (familias aisladas)
Rincón de Quintana	30	s/d(familias aisladas)

Nota: Elaboración propia con datos de la Intendencia Departamental e INE/censo 2014.

De los parajes donde se realizó la investigación, la mayoría tiene una policlínica rural funcionando. Los únicos parajes que no tienen policlínica funcionando por falta de recurso humano y/o local son Quebrada de los Cuervos y Rincón de Quintana.

En la zona de Quebrada de los Cuervos, funcionó durante un tiempo la policlínica en la escuela. En temporada turística alta, sobre todo en semana de turismo y verano, se instala una auxiliar de enfermería en el local del Parque del Área Protegida que gestiona la Intendencia, pero no está de forma permanente.

Los locales de las policlínicas rurales varían en comodidades y estado de conservación, lo que depende de por lo menos tres factores: que tengan asignado una auxiliar de enfermería que viva en la zona; que ese recurso humano tenga herramientas para una buena gestión social y que el proceso de participación comunitaria acerque una comisión de fomento comprometida con la comunidad.





Fig 3. Imágenes de locales de policlínicas rurales del departamento de Treinta y Tres. Fuente propia de la investigación.

### CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO DE USUARIOS.

Tabla 5 Distribución de la muestra por residencia de los usuarios

	Nº de usuarios encuestados
<b>Poblad</b>	
Ma Albina	13
Poblado Alonzo	9
El oro	3
Isla patrulla	2
<b>Paraies</b>	
La Calavera	2
Cerros de Amaro	2
Quebrada de los Cuervos	2
Rincón de Quintana	1
Total	34

Elaboración propia.

**Tabla 6. Distribución de la muestra de usuarios por franjas etarias.**

Franja etaria	Nº de usuarios encuestados
18-28	2
29-38	9
39-48	3
49-58	8
59-68	6
69-78	5
Mayores de 78	1
Total	34

Elaboración propia.

**Tabla 7. Distribución de la muestra por nivel de instrucción.**

Nivel de instrucción	Numero de encuestados
Primaria completa	5
Primaria incompleta	15
Secundaria completa	4
Secundaria incompleta	7
Terciaria	3

Elaboración propia.

El área donde se realizó la investigación corresponde a zonas de ganadería extensiva en su mayoría. La tabla de la distribución por nivel de instrucción muestra un número importante de usuarios que no terminó primaria, lo que coincide con los resultados obtenidos en la investigación del egreso escolar rural que se mencionó anteriormente (Carro, Fernández 2010)

**Tabla 8. Distribución de la muestra de usuarios por ocupación.**

Ocupación	Numero de encuestados
Jubilado	9
Peón rural	6
Ama de casa/labores	10
Empleado/a	4
Hacendado/a	2
Policía	1
maestro	1
albañil	1
Total	34

Elaboración propia

**Distribución de la muestra por sexo:** En relación a la distribución por sexo se realizaron 15 encuestas a hombres y 19 a mujeres

#### **CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO DE TÉCNICOS**

Los profesionales, técnicos y referentes de salud fueron 13, que en adelante llamaremos genéricamente técnicos, para diferenciarlos de los usuarios. La distribución de acuerdo al perfil profesional es de cinco profesionales universitarios, 4 auxiliares de enfermería habilitadas y 5 promotoras de salud. En relación al sexo fueron encuestadas 12 mujeres y 1 hombre.



## **DEFINICIONES OPERACIONALES:**

### **Unidades de análisis (UA):**

**UA1 .Usuario:** persona física residente en la zona con derecho a utilizar bienes o servicios de salud.

**UA2. Técnico:** profesional, técnico o referente de salud que desarrolla o ha desarrollado funciones en el campo de la salud en el medio rural en los últimos 3 años. Se fijó el período de tiempo de tres años por considerar que la experiencia en el área rural era necesaria. Para este estudio se consideró referente de salud a la figura de la promotora de salud y se incluye en esta UA con el criterio de rol diferenciado del usuario y directamente relacionado con el sistema de atención en el departamento, si bien no son técnicos strictu sensus.

**Variables:** aspectos de la UA que se van a estudiar (Samaja op.cit)

V1: Participación: Derecho que se efectiviza básicamente como un proceso comunicativo, organizativo y de aprendizaje en el cual se reconocen tres momentos: recibir información, tener una opinión propia y existencia de espacios de participación y un conjunto de condiciones: clima, vínculo, encuentro, oportunidad y aprendizaje significativo. (Giorgi 2009: 10) .

V2: Organización de la Atención de salud. Modalidades en que se brindan las prestaciones.

**D: Dimensiones** aspectos parciales de la variable, relativamente independientes de los otros aspectos y que en conjunto constituyen el sentido total de la variable (Samaja op.cit)

**V: Valor** que cada una de esas dimensiones adquiere (Samaja op.cit)

**I: Indicador** resultado de un tipo de procedimiento que se aplique a alguna dimensión de la variable para establecer qué valor le corresponde a la variable.(Samaja op.cit)

**Tabla 9 . MATRIZ RECTORA**

<b>Matriz rectora. UA1 / UA2</b>			
<b>Variables</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Valor</b>	<b>Indicadores</b>
<b>Participación (V1)</b>	Recibir información	Formato Frecuencia Contenidos	Accesible Comprensible Exhaustiva
	Tener opinión propia (requisitos)	Educación Tener experiencia de hablar en público Asistencia	Niveles de instrucción. alcanzados Expresión de la opinión Tiempo libre.
	Existencia de espacios participativos	Espontáneos Comunitarios Institucionales	Reuniones vecinales. Grupos o comisiones de trabajo. Charlas, talleres, agrupamientos.
<b>Atención a la salud (V2)</b>	Actitud de los Técnicos	Comportamiento en la consulta	Escucha respetuosa. Tiempo dedicado a cada paciente en la consulta Integración del saber popular. Interés por conocer la opinión del usuario.
		Residencia	Local Viajante
	Organización	Frecuencia Horarios	Mensual, semanal En relación a la jornada laboral. Independiente de la jornada laboral.

## DEFINICIONES OPERACIONALES II. Dimensiones, Indicadores y Valores

V1 / Dimensión : Recibir Información	
Valor	Indicador
<p><i>Formato:</i> características de la presentación de la información.</p> <p><i>Frecuencia:</i> número de veces que recibe información sobre temas de salud.</p> <p><i>Contenido:</i> los temas mencionados.</p>	<p><i>Accesible:</i> cuando cualquier usuario puede tener la información fácilmente.</p> <p><i>Comprensible:</i> los contenidos pueden relacionarse fácilmente y tienen un sentido para el usuario.</p> <p><i>Exhaustiva:</i> la información cubre todos los aspectos del tema de interés.</p>

V1 / Dimensión : Opinión Propia	
Valor	Indicador
<p><i>Educación:</i> Nivel de instrucción alcanzado.</p> <p><i>Experiencia de hablar en público:</i> Capacidad de argumentar su idea.</p> <p><i>Asistencia a las actividades:</i> presencia en las convocatorias.</p>	<p><i>Primaria, secundaria y terciaria.</i></p> <p><i>Verbalización u otra expresión compartible de sus ideas.</i></p> <p><i>Tiempo libre de actividades laborales.</i></p>

V1/ Dimensión : Espacios Participativos	
Valor	Indicador
<p><i>Espontáneos:</i> Auto convocados sin planificación previa.</p> <p><i>Comunitarios:</i> Población civil organizada</p> <p><i>Institucionales:</i> Convocados por instituciones.</p>	<p>Reuniones vecinales, beneficios.</p> <p>Grupos o comisiones de trabajo.</p> <p>Charlas, talleres, agrupamientos escolares.</p>

V2/ Dimensión : Actitud del técnico	
Valor	Indicador
Comportamiento en la consulta	Escucha respetuosa. Tiempo dedicado a cada paciente en la consulta. Integración del saber popular. Interés por conocer la opinión del usuario.
<i>Residencia</i>	Local Viajero

V2/ Dimensión : Organización	
Valor	Indicador
<i>Frecuencia: N° de visitas</i>	Mensuales, semanales.
<i>Horarios :</i>	En relación a la jornada laboral. Independiente de la jornada laboral.

## PRESENTACION Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.

### RELACIÓN USUARIO - SISTEMA DE ATENCIÓN.

Se tomó la relación usuario-sistema de atención en función del tipo de prestador de salud del usuario. La siguiente tabla muestra las preferencias de los usuarios rurales al momento de elegir un servicio de salud.

**Tabla 10. Distribución de la muestra de usuarios por prestador de salud según nº de respuestas.**

Servicio de Salud	Nº de respuestas
ASSE	12
Mutualista	21
Otros	1
Total	34

Elaboración propia.

Casi el doble del número de usuarios (62%) tiene como servicio de salud una mutualista. Si comparamos los guarismos de la muestra con los porcentajes de distribución a nivel departamental, ( 52% y 48 % respectivamente Fuente : DDS, datos 2012) se puede inferir una tendencia a la búsqueda de prestaciones a nivel privado , posiblemente motivada por las reformas legislativas sobre los beneficios sociales del trabajador rural en relación a la actualización del Estatuto del Trabajador Rural que establece que “El empleador rural está obligado a proporcionar al personal de su establecimiento y a sus familiares, los medios para que puedan obtener la asistencia médica necesaria”.

La siguiente tabla muestra la distribución de respuestas de los usuarios frente a la pregunta de cómo resuelve cuando se siente enfermo. Esta pregunta admitía más de una respuesta por



usuario. Se recibieron 51 respuestas en el total. La tabla recoge el número de respuestas que recibió cada opción.

**Tabla 11. Conductas del usuario cuando se siente enfermo según nº de respuestas.**

	Nº de respuestas
Uso remedios caseros	6
Voy a médico.(incluye la consulta en la policlínica)	25
Llamo por teléfono a la policlínica local	20
Total	51

Elaboración propia.

La policlínica local permanece como el referente más accesible en el momento de necesitar atención, lo que parece indicar que el acceso a la afiliación a un prestador privado no es causa suficiente para que la policlínica local deje de ser un espacio referente en cuanto a la salud de la comunidad.

Esto se relaciona con la proximidad geográfica, lo que facilita el acceso y con el sentimiento de confianza que el conocimiento de la comunidad por parte de la auxiliar de enfermería, genera en el usuario. La consulta a la policlínica se realiza tanto personalmente como telefónicamente, lo que genera una respuesta más rápida que la consulta con el médico para lo cual el usuario rural debe trasladarse hasta la ciudad o esperar varios días.

Es necesario discriminar la consulta en la policlínica en caso de controles, emergencias o consultas puntuales determinadas por la cotidianeidad, de la consulta médica, que se realiza con una frecuencia variable, y generalmente mensual.

Un pequeño número de respuestas mencionaron los remedios caseros, en su mayoría yuyos cuyo conocimiento recibieron de sus familias.

A las personas que respondieron que se salen de su casa o se trasladan, (voy al médico) cuando se siente enfermo, que fueron la mitad de las respuestas recogidas (25), se les



preguntó a qué prestador de salud concurre más frecuentemente. Se identifican 3 destinos: la policlínica local (18 en 25; la ciudad de Treinta y Tres (5) y la ciudad de José Pedro Varela (2) en relación a los residentes de Ma. Albina, que si bien pertenece a la jurisdicción de Treinta y Tres, está más cerca del pueblo de José Pedro Varela, en Lavalleja.

Este dato pone de relieve la importancia de la mirada con enfoque territorial, más allá de los límites administrativos, para la coordinación de los recursos en la atención de la salud en zonas rurales. Chiape y Carámbula (2009) definen el enfoque territorial como el elemento definitorio del concepto de nueva ruralidad y Rielo y Romero (2003) hacen hincapié en que la nueva ruralidad implica mirar los espacios rurales de forma diferente y no necesariamente la emergencia de nuevas situaciones. Entendemos que esta conceptualización se aplica a la situación que se manifestó por parte de usuarios de la policlínica de Ma. Albina, que si bien son socios de un prestador privado de Lavalleja, se atienden en la policlínica que corresponde a Treinta y Tres. La descentralización es una herramienta de las políticas públicas que se sostiene en el concepto de participación y territorio. Varios de los autores que se manejan para este estudio plantean el riesgo de la centralidad en la toma de decisiones, como obstáculo para la participación. Esta centralidad no sólo puede expresarse desde lo nacional hacia lo departamental, sino que también a nivel departamental se corre el riesgo de mantener mecanismos centralizadores de las decisiones que incide en la articulación de recursos. La territorialización del sistema de atención sobre todo en zonas de ruralidad dispersa implica la articulación de recursos interinstitucionales e intersectoriales. De acuerdo a las entrevistas realizadas la primer frontera para la articulación, es la frontera institucional y el ámbito público-privado. En todas las entrevistas realizadas a los informantes calificados del departamento, se menciona la preocupación por la falta de articulación entre los servicios de las mutualistas, ASSE y las policlínicas municipales.

La ausencia de aportes de las mutualistas en recursos materiales, medicamentos por ejemplo y RRHH es uno de los factores más mencionados ya que en la mayoría de los casos se envía a casa al usuario rural afiliado a la mutualista, con indicaciones de seguimiento o curaciones, que



luego realiza en la policlínica local. Otro de los ejemplos que se plantean en las entrevistas en relación a la necesidad de articulación y complementación es que el aumento de la frecuencia de consultas médicas en las zonas de la ruralidad dispersa es una situación posible si se complementan las visitas de los técnicos de ASSE, de la Intendencia y de las mutualistas.

Si bien en la cotidianeidad de la policlínica rural se da una fusión intersectorial espontánea marcada por la dinámica de la vida diaria, donde se trabaja coordinadamente con el policía y el maestro junto con el auxiliar de enfermería en aspectos de promoción y prevención, es necesario tener un sistema permanente, más ágil y estable de coordinaciones de urgencias y traslados.

En síntesis el análisis de los datos de la relación del usuario con el sistema de salud en zonas rurales en la muestra de este estudio muestra las siguientes tendencias:

- La policlínica local es la referencia principal del usuario rural, cuando se siente enfermo, aun siendo afiliado a una mutualista, ya sea porque llama para solicitar orientación o concurre personalmente.
- Es necesario instrumentar un bordaje territorial en la atención de salud en la ruralidad dispersa que agilite las prestaciones independientemente de los límites administrativos departamentales, sobre todo en relación a referencia y contra referencia.
- La necesidad de fortalecer y /o instalar sistemas de complementación de servicios entre los prestadores de salud del territorio a nivel del sector público-privado, a nivel interinstitucional e intersectorial.

## **VARIABLE PARTICIPACIÓN**

Las dos variables definidas para este estudio fueron: Participación y Modalidad de atención de la salud, cuya conceptualización ya hemos definido al presentar la metodología.



En este apartado se presenta en primera instancia el análisis de los resultados recogidos para la variable participación y luego el análisis de los resultados recogidos en relación a la variable organización de la atención

La variable participación se desglosó en 3 dimensiones. Para la operacionalización de la variable participación, tomando como base el pensamiento de Víctor Giorgi, se consideraron las siguientes dimensiones: recibir información, tener una opinión propia y existencia de espacios que permitieran expresar la opinión con una escucha abierta y respetuosa.

El cuestionario aplicado recogió la opinión de usuarios y técnicos en relación a la importancia de estas dimensiones según una escala de tres valores: Muy importante; Relativamente importante y No importante. Se registró como No respuesta cuando la persona expresaba abiertamente que no quería responder o expresaba no saber que responder.

En este apartado se presentarán primero los resultados obtenidos en relación a la importancia relativa asignada a cada una de estas dimensiones entre sí y luego un análisis en particular de cada una de ellas.

### **IMPORTANCIA RELATIVA DE LAS DIMENSIONES.**

Tantos usuarios como técnicos coincidieron en que recibir información es la dimensión más importante en la participación; en segundo lugar consideraron importante las características de los espacios de participación y en tercer lugar de importancia ubicaron el tener una opinión propia. La siguiente tabla muestra la distribución de las respuestas en relación a este aspecto.

Tabla 12 - Importancia de las dimensiones en el proceso de participación según nº de respuestas.

	Muy Importante		Relativamente Importante		No Importante		no/res p	Totales		
	Usuario	Técnico	Usuario	Técnico	Usuario	Técnico		Usuario	Técnico	
Recibir información	29	12	2	0	0	0	3	1	34	13
Tener opinión propia	17	7	9	3	3	0	5	3	34	13
Características de los espacios de participación	27	10	3	0	0	0	4	3	34	13

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del cuestionario.

## RECIBIR INFORMACIÓN

Se definieron como indicadores de la dimensión recibir información los siguientes:

Accesibilidad: la información está fácilmente al alcance de cualquier usuario.

Ser comprensible: los contenidos de la información pueden relacionarse fácilmente entre sí y con la experiencia del usuario.

Exhaustiva: la información cubre todos los aspectos del tema de interés.

Los resultados obtenidos presentan coincidencias entre usuarios y técnicos en relación a la valoración de la accesibilidad y ser comprensiva y diferencias en cuanto a la exhaustividad.

(Para ampliar ver Tabla 4 en Anexos 1)

Los técnicos en su totalidad consideraron que ser comprensible era el indicador más importante en relación a la información y en segundo lugar, casi con igual número de respuestas la accesibilidad de la misma.



En la percepción de los usuarios la casi totalidad consideró que la accesibilidad y la comprensión son las características más importantes, registrando igual número de respuestas ambos indicadores.

Existió una diferencia de opinión entre usuarios y técnicos en relación con la importancia adjudicada al indicador exhaustividad de la información, que fue más valorado por usuarios que por técnicos.

En síntesis, hay coincidencia en la importancia de recibir información como factor clave de la participación, y que ésta debe ser comprensible y accesible.

Existen matices en cuanto al contenido y profundidad de la misma siendo la exhaustividad más importante para usuarios que para técnicos.

El relación a los medios de información sobre temas de salud, el formato de más llegada con casi la mitad de las respuestas, (42% tanto en usuarios como en técnicos) es la radio, los folletos aparecen como importantes aunque tienen más importancia para los técnicos y el dato interesante es que en dos respuestas de usuarios aparece internet, como medio de información en salud a través de las ceibalitas.

La información en el proceso participativo es la materia prima de la comunicación como actividad socializadora y generadora de cohesión. Dios Lorente (2009) citado anteriormente, analiza las habilidades de comunicación en el personal de salud y plantea que la habilidad comunicativa, es tan importante como su habilidad de diagnosticar ya que la efectividad de la intervención terapéutica se asienta también en la relación de comunicación que se establece entre el médico y el paciente, relación que debe cumplir no sólo con la función informativa, sino regulativa y afectiva. Alonso et.al (2005) citado también por Lorente (op.cit), mencionan dentro de las habilidades informativas: el lenguaje adecuado, el volumen, organización intensidad y énfasis del contenido, entre otras, que se engloban dentro de la dimensión de la calidad del mensaje.



Retomando el planteo de Parsons (1967) en relación a la importancia de la relación médico-paciente como reproductor del orden social, es fundamental el análisis de la dimensión información en su carácter de intercambio y distribución de conocimiento, en el marco de los procesos participativos en tanto encierra un campo de sentidos y representaciones del colectivo especialmente cuando se diseñan planes y programas, como en este caso el PNSR, cuya población objetivo es muy específica.

Un facilitador de procesos participativos debe ser capaz de generar puentes, conexiones entre estos campos o sistemas de sentido para que puedan generarse nuevas síntesis conceptuales integradoras que generen transformaciones en las cosmovisiones y no inoculaciones conceptuales en función de modelos traspolados, o satisfactores estandarizados, ya sea por una definición de política central o de estándares institucionales.

El conocimiento es un factor de poder; la difusión del conocimiento se realiza a través de la información, podemos decir entonces que la circulación de la información es una forma de distribución de poder.

Ahora, esa distribución puede ser democratizadora, en tanto es accesible y comprensible o puede contribuir a la consolidación de las relaciones de poder a través del tecnicismo, que es lo opuesto al habla común, al lenguaje popular, o la distorsión y manipulación de los contenidos del mensaje a través de la retención o segmentación de la información.

El paternalismo, donde las decisiones son tomadas por unos pocos que se adjudican el rol protector, con la consiguiente subestimación o infantilización del otro; o el autoritarismo, donde sólo las ideas de algunos son las que definen las decisiones, muchas veces veladas por procesos de burocratización institucional, son considerados los principales obstáculos de la auténtica participación, como lo plantean autores como Dixis Figueroa Pedraza (2002.id) ; Brenno Kjeizer (2011.id) ; Gonzaga entre otros mencionados en capítulos anteriores.



La participación y los procesos de descentralización comparten el desafío de generar mecanismos adecuados de circulación de información, accesible, comprensible, pertinente, oportuna. Como plantea Boisser (1998) citado en capítulo anterior, a menor escala toman mayor importancia los recursos psicosociales. No sólo es importante la tecnología de la información, el formato, el soporte, el contenido, generar, recolectar, procesar información, sino los sistemas cognitivos para transformar esa información en conocimientos.

Las modalidades comunicativas son conectores entre sistemas cognitivos que organizan el sentido de la experiencia individual. Es importante conocer los efectos de la ambigüedad y la incertidumbre en comunidades, como las de la ruralidad dispersa, donde la palabra en el encuentro sella compromisos tanto como una firma en un contrato. Recordemos que Van Asset (2000) relaciona estas dos características del discurso (ambigüedad y la incertidumbre), con la incorporación de nueva información y conocimientos. La incertidumbre y la ambigüedad están relacionadas tanto a la organización del mensaje como a los esquemas conceptuales previos, que integran las creencias y la experiencia sobre el tema, que actuarían como los “ganchos” que por asociación atrapan la nueva información. Sin ésta está muy alejada de red conceptual previa sobre el tema, o es muy contradictoria se dificulta la integración de la nueva información.

En las comunidades rurales, la experiencia cotidiana de cada sujeto no es traspoleable a la experiencia del sujeto urbano. Ya mencionamos que el manejo del tiempo, la permanencia de las tradiciones, la identidad definida más por el oficio y la filiación que por el consumo definen sistemas de sentido diferentes. El vínculo en la comunidad rural es más personalizado.

Tomamos el concepto de sistemas de sentido para referirnos a la organización de la experiencia en relación a conocimientos, valores y expectativas socialmente compartidas por una comunidad, que se mantienen en el tiempo y permiten a sus miembros ubicarse en el contexto de su experiencia, e interactuar. Los sistemas de sentido de la experiencia protegen de la inseguridad e incertidumbre.





Los procesos de descentralización conllevan el riesgo de que los diseños de programas direccionados a poblaciones objetivo como es el PNSR, se realicen en función de sistemas de sentido universalizados, por ejemplo las pautas de comportamiento saludables para disminuir tal o cual riesgo de enfermedad, la forma de alimentación adecuada para tal o cual edad del desarrollo, la forma de participar. Estas pautas si bien científicamente correctas, pueden ser vividas como elementos extraños en el cuerpo social comunitario, ya sea porque se alejan de los recursos existentes, o porque se transmiten con un lenguaje o formato alejado de la experiencia cotidiana.

La integración de nuevas pautas de conducta o representaciones en los sistemas de sentido lleva tiempo y el sistema de financiación de los programas, anclado en las políticas de gobierno, tienen 4 años para mostrar resultados, un tiempo acotado, lo que plantea la paradoja de los procesos de descentralización al decir de Boisser, que consiste en que las regiones contribuyen más rápida y claramente al logro de las metas y los objetivos centrales que a la búsqueda de soluciones locales.

En relación a la circulación de información en la comunidad rural, una de las preguntas que se realizó a los usuarios se refirió a cuáles eran, en su opinión, las fuentes locales más importantes al momento de recibir información sobre temas de salud. Un tercio de las respuestas identificaron a la enfermera de la policlínica como el actor local a través del cual recibían más información sobre salud y el médico en la consulta fue mencionado por un poco más de la quinta parte de los usuarios. (Ver tabla 5 en ANEXO 1)

Estos resultados ponen énfasis en la importancia de las habilidades comunicativas del personal de salud y en especial de los RRHH que residen o desarrollan sus actividades en la zona, que cobran mayor relevancia en las zonas rurales, donde las pautas de relacionamiento con el profesional de la salud aún mantienen modelos representados por la asimetría donde el poder se naturaliza en otro. La función del médico, está asociada a la protección y cuidado de las personas, y representa una ecuación fértil para re - producir / repetir vínculos paternalistas que



inhiben la participación. La medicalización de la salud permite al sujeto, al decir de Galende (2008) *“entregarse al saber y al poder del especialista, establecidos en el imaginario social como dominio médico del malestar”*. El sujeto abandona así los esfuerzos por hacer inteligible su malestar y enfrentar las contradicciones de su vida y entrega el poder sobre su propia salud, al sistema de salud y las modalidades de atención. No tener conciencia del poder propio inhibe la posibilidad de hacerse cargo de sus necesidades a través de la expresión de su opinión, no se perciben los mecanismos para ejercer el propio poder dentro de la relación y se vacía de sentido la participación.

El material que surgió en la discusión del FG, aporta otros ingredientes para conocer las modalidades de comunicación en zonas rurales. La primera constatación que surge del análisis del FG en relación a este tema, es que los modos de comunicar son un factor importante para la generación de confianza entre el poblador rural y el referente de salud. Aparece la idea de una particular idiosincrasia del poblador rural, relacionada con la “desconfianza o malentendido” que surge en relación especialmente a las modalidades de la comunicación verbal, factor que el poblador rural tiene muy en cuenta al momento de dar o no la confianza al otro. La interacción verbal: conversar, escuchar, es jerarquizada como un vehículo privilegiado en la generación de confianza, aspecto que contó con el acuerdo de todo el grupo como imprescindible para que la población se acerque a la policlínica y participe.

Un aspecto interesante es que en la discusión del FG, la comunicación se relacionó con una función *“social”* más que de asistencia en salud, lo cual plantea la interrogante sobre el concepto y el rol de lo social en el modelo de atención a la salud en la policlínica rural y sus implicancias en áreas como la salud mental, tema que retomaremos más adelante.

*“El trabajo es más social que de enfermería por eso es importante estar dispuesto a escuchar, tener paciencia y tolerancia. Darse un tiempo para conocer a los vecinos”.*

*“La persona rural tiene una manera especial de ser y uno tiene que cuidar esos aspectos, por ejemplo saludar siempre, estar dispuesto a hablar”.*



*“Hay que cuidarse mucho de lo que uno habla porque se pueden generar malentendidos.”*

*“La persona rural es desconfiada, está cansada de que le prometan cosas y no cumplan, por eso hay que trabajar sobre cosas concretas”.*

La mirada, el saludo de cortesía al entrar o salir de un lugar, son códigos que permanecen vigentes en el medio rural mucho más que en el ambiente urbano donde el saludo está más determinado por el lazo previo entre las personas que por normas de cortesía. En nuestra experiencia de vida rural-urbana, en función del trabajo profesional que desarrollamos en los últimos años, se nos ha hecho común reconocer rasgos de la cultura rural en contextos urbanos. Por ejemplo es un aspecto interesante observar en el transporte capitalino, que las personas del interior tienden a saludar con un “buenos días” al guarda cuando piden su boleto, o saludan con un “buen provecho” cuando entran a un lugar de comidas o se van a dirigir a alguien que está comiendo. La norma de cortesía es un factor de inclusión que se mantiene en el medio rural más que en el urbano, el reconocimiento del otro como sujeto a través de mirar y dirigir la palabra. La personalización es un factor de cohesión social que se mantiene en las comunidades rurales, a diferencia de la identidad masificada de las ciudades. Es usual en el habitante de las zonas rurales el hablar fuerte, usar frases cortas, ser directo en las comunicaciones, incluso el uso de las señales naturales en el diálogo en lugar de acuerdos formalizados como horarios, direcciones pautadas por calles y números, etc. Fijar la reunión cuando cae el sol es suficiente para que todos lleguen “en hora”; la “casa de fulano” “el árbol quemado” son indicaciones suficientes para encontrar el camino porque forman parte del sistema de representaciones de la comunidad. El árbol quemado puede haber desaparecido hace años, pero la señal sigue vigente para los integrantes de la comunidad y marca al otro, al que no “capta el mensaje” como “forastero” o persona ajena a ese medio. He aquí la función de los sistemas de sentido en la dinámica comunitaria.



La atención puesta en detalles del paisaje natural, de la cotidianidad sin apuro marcada por el ritmo de la jornada laboral, marca la idiosincrasia del habitante rural y lo diferencia del habitante urbano.

Estas diferencias, ponen de relieve la importancia de conocer y considerar las características de la comunicación en zonas rurales que, si no se tienen en cuenta en el momento del encuentro, generan suspicacia, y desconfianza.

Otro factor que genera confianza, asociado a las modalidades de comunicación, mencionado por las auxiliares de enfermería en el FG, es el manejo del tiempo destinado al encuentro ya sea en la policlínica o en la visita y esto es posible, retomando las expresiones vertidas por las participantes cuando la tarea está relacionada a la vocación y la residencia en la zona.

*“Hay que tener vocación, gusto por el medio rural y la vida rural.”*

*“El servicio que brinda la enfermera es más que la atención de la salud, es un espacio social muchas veces la gente viene a conversar, a desahogarse”.*

*“La auxiliar de enfermería hace otras tareas además de trabajar en la policlínica. A veces sólo ir a visitar ayuda a las personas”*

*“Conoce a todos y sabe cuándo alguien está pasando un mal momento.”*

*“La soledad existe, no se dice abiertamente, pero te das cuenta que te llaman haces el control y están bien pero aprovechan y hablan de otras cosas.”*

El manejo del tiempo en la consulta, la conversación en la sala de espera, contribuye a generar un sentimiento de pertenencia mutuo entre el referente de salud y la comunidad donde trabaja, lo que permite hablar y da la confianza al usuario para exponer sus propias vivencias en la consulta. Como plantea Maturana (1992) conversar es una forma de procesar el sentido de lo vivido, integrar y afianzar la relación subjetiva de trascendencia y razón de ser, en relación a sí mismo y al colectivo. La conversación para este autor, regula y autorregula el



sistema social. Todo relato remite a una historicidad personal y contextualizada que en la medida que es compartida genera un sentimiento de pertenencia e identidad. El sentimiento de pertenencia es uno de los aspectos del proceso identitario que fortalece la autoestima. Cuando se comprende esta dinámica de la comunicación, es posible comprender por qué es común recibir en la policlínica los pedidos de visita aparentemente sin razón, por malestares que luego no se constatan en el control de salud. Consultas que los referentes locales de salud lo relacionan con el sentimiento de soledad de las personas, y que también pueden ser consideradas como una modalidad/intento de inclusión en el tejido social que es necesario leer y potenciar para promover nodos participativos más espontáneos, puntuales, pero cuya sumatoria va generando cohesión y alternativas de espacios colectivos.

El relevamiento sobre la dimensión recibir información, que estamos analizando en este apartado, incluyó también las formas de circulación de la información sobre salud en la dinámica comunitaria.

De los contextos en que el usuario menciona en los que habla sobre temas de salud en la comunidad, el más mencionado es el contexto espontáneo del encuentro entre vecinos con casi la mitad de respuestas. El segundo lugar lo ocupó la actividad en la policlínica que incluye la consulta y la sala de espera. (Ver Tabla 6. ANEXO 1) Aparece nuevamente la policlínica integrada al espacio comunitario. Los espacios grupales aparecieron muy poco integrados en la percepción de los usuarios como contextos de trabajo o intercambio sobre salud.

En síntesis, con respecto a la dimensión recibir información los resultados obtenidos sugieren que:

- Recibir información es la dimensión privilegiada para favorecer la participación en áreas rurales.
- El formato más importante es la radio y comienza a aparecer internet.



- La modalidad de comunicación, que incluye tanto las pautas de conducta, (por ejemplo el saludo), y el estilo del lenguaje son muy importantes al momento de facilitar la participación.
  - El sentimiento de confianza es imprescindible para abrir los caminos de la comunicación.
  - La confianza se establece más fácilmente cuando se comparten y respetan códigos de relacionamiento.
  - Los códigos de relacionamiento en comunidades rurales son más personalizados.
  - El tiempo dedicado al encuentro, genera una relación de confianza que favorece la circulación de información.
  - El espacio de la policlínica como espacio de interacción comunitaria incluye la consulta, la sala de espera y también por extensión, el rol del referente de salud. Esto lo diferencia del espacio de salud a nivel urbano que está más limitado al consultorio.
  - El tiempo de espera en la policlínica rural se relaciona con el intercambio y encuentro social, a diferencia del tiempo de espera en los ámbitos urbanos donde se relaciona más con una pérdida de tiempo.

En relación a lo analizado hasta el momento consideramos que tanto la visita domiciliaria como la sala de espera en la policlínica rural son espacios de inclusión social que imprimen su particular forma a los procesos de participación, ya existentes en la comunidad rural.

## **CONOCIMIENTO DEL PLAN NACIONAL DE SALUD RURAL**

En relación a la dimensión información es significativo que la casi totalidad de los usuarios no conocía el PNSR y más significativo aún, el hecho de que más de la mitad de los técnicos que integraron la muestra de este estudio tampoco lo conocían. Los técnicos que sí dijeron conocerlo, algunos sabían de su existencia pero no conocían la propuesta.



Durante el año 2010 se realizaron instancias de trabajo en el departamento de Treinta y Tres en la que el DEPES informó la estrategia del SNIS y la propuesta del PNSR. Sin embargo, la información parece no haber llegado a los usuarios de las zonas de la ruralidad dispersa incluidas en este estudio, o de haberlo hecho no fue integrada al sistema de conocimientos de la comunidad.

El porcentaje de respuestas negativas en la muestra de técnicos 7 en un total de 13 y que dentro de los que si sabían del PNSR, no conocían las características de su propuesta, habla de que la información no circuló adecuadamente.

Si el acceso a la información es un facilitador de la participación, estos datos muestran que el desconocimiento del PNSR sería un obstáculo a resolver si se quiere impulsar procesos participativos en zonas rurales. En primer lugar los propios técnicos que desarrollan sus tareas en el medio rural, principal fuente de información sobre salud identificada por los usuarios, tienen un rol fundamental en la difusión de esta política pública, para que los ciudadanos a quienes está dirigida puedan apropiarse.

Estos resultados nos alertan de las paradojas de la descentralización según lo plantea Boisser (op.cit) y que desarrollamos ad supra, en relación a los diseños centralizados, pero también nos permite reflexionar sobre los canales, modalidades y estilos en los que se estructura el mensaje al decir de Dios Lorente por parte de los referentes en salud cuya función es informar.

Podemos plantearnos como hipótesis retomando los conceptos de incertidumbre y ambigüedad de Andersen (2004) y Van Asset (2000) que existieron factores tanto en la transmisión del mensaje como en la recepción del mismo que incidieron para que las respuestas expresaran este nivel de desconocimiento. En relación al mensaje podemos hipotetizar que , debido a que, si bien el PNSR es una realidad, la dificultad de instrumentación debido a la falta de RRHH en el territorio hizo que la información se transmitiera con niveles de ambigüedad que no permitieron que se incorporara como información comprensible por parte de los destinatarios.

Del lado de la recepción, pudo incidir el hecho de una propuesta nueva, o el hecho de no



encontrar reales innovaciones en la atención de la salud. Estos aspectos deberían ser profundizados para comprender mejor este resultado.

Si bien las medidas legislativas son una estrategia para la promoción de salud, la centralización excesiva, tanto a nivel nacional como su reproducción a nivel departamental en la forma de estructurar los mensajes, independientemente de las buenas intenciones de informar, son obstáculos que se deben sortear si se quiere promover la participación en zonas rurales.

Estos resultados, si bien se enmarcan en un estudio exploratorio y no permiten realizar generalizaciones, marca una coincidencia con la preocupación que expresa el MNUSPP en el documento de 2011, citado en los antecedentes y que sería necesario investigar con mayor profundidad.

## **ESPACIOS DE EXPRESIÓN DE LA OPINIÓN**

Para participar es necesario que existan espacios donde la información circule y la opinión sea escuchada y respetada. La existencia de espacios con estas características donde se realiza y convocan actividades colectivas, es una de las dimensiones que esta investigación tomó en cuenta para el análisis de los facilitadores de la participación.

Se definieron 3 categorías de espacios en relación al nivel de formalización y autogestión en la convocatoria de actividades.

Espacios institucionales: formales en función de horarios y temáticas, convocados por representantes institucionales externos o miembros de la comunidad. (Ejemplo rondas rurales, talleres, charlas)



**Espacios comunitarios:** menos formales en función de horarios y temáticas, convocados por la comunidad a través de organizaciones propias no institucionalizadas. (Ejemplo Comisiones de fomento, grupos de trabajo)

**Espacios espontáneos:** No formales, convocados por cualquier integrante de la comunidad en función de situaciones o necesidades puntuales; pueden tener o no temáticas pre establecidas. (Ejemplo reuniones para la colaboración con algún vecino por inundación , tornado o incendio; para hacer una reparación de su casa o un invernáculo; proponer una celebración; apoyo emocional o material por fallecimiento de algún vecino; problemas de la comunidad o de algunos miembros como el abigeato).

Se recogió la opinión de usuarios y técnicos en relación a esta dimensión que se expresó en una escala de importancia con tres valores: Muy importante; Relativamente importante y No importante. Se registró como No respuesta cuando la persona expresaba abiertamente que no quería responder o expresaba no saber que responder.

La tabla siguiente muestra la distribución de las respuestas de técnicos y usuarios en relación al tipo de espacios percibidos como favorecedores de la participación.

**Tabla 13. Espacios facilitadores de la participación según nº de respuesta.**

	Muy Importante		Relativamente Importante		No Importante		no/resp		Total	Total
	Usuario	Técnico	Usuario	Técnico	Usuario	Técnico	Usuario	Técnico	Usuario	Técnico
Institucional	14	2	8	5	6	2	6	4	34	13
Comunitario	22	8	5	3	2	0	5	2	34	13
espontáneo	26	10	3	0	0	0	5	3	34	13

Elaboración propia a partir de los datos del cuestionario.

Tomando en cuenta el planteo de Ferrullo (2006) en relación a que no es posible no participar, debemos considerar que la delimitación de un espacio específico para la participación sería



una contradicción con el propio objetivo de la acción. Formalizar los espacios para la participación a través de lógicas externas a la comunidad sería alienar a los sujetos de sus propias modalidades de inclusión. Nos referimos a la formalización como la definición externa a la comunidad de procedimientos, o pautas de organización que se mantienen relativamente constantes, como horarios, días, lugares e incluso temas. El proceso de formalización puede ser explícito a través de convocatorias con nombre de organismos e instituciones, pero también puede formalizarse un espacio sólo a través de organización del horario de funcionamiento, del establecimiento de un orden de temas para su discusión, etc.

La formalización, que muchas veces se asocia con la jurisprudencia en el sentido de legitimar, expresión que remite a un “tecnicismo”, es un aspecto positivo cuando apunta a garantizar la inclusión de la diversidad de manera que todas las opciones tengan igual posibilidad de participar, es decir cuando apunta a la apertura de opciones. También es positiva cuando se asocia a la consolidación de compromisos y responsabilidades. En este sentido positivo, la formalización, no depende de la institucionalización de las acciones sino que puede alcanzarse a través del compromiso personal. En la comunidad rural, la palabra personal es un aspecto de formalización cuando se otorga al otro en una relación de confianza mutua. En nuestra experiencia en el medio rural, cambiar las fechas de las actividades una vez acordadas con la comunidad, sobre todo al inicio de un proceso de trabajo, es un factor que vulnera la confianza en el agente externo.

La formalización puede ser una herramienta de control y manipulación y en este sentido, opuesto a la promoción de espacios participativos, se relaciona con la burocratización y la centralización de decisiones, velada por la importancia que se les da los procedimientos estandarizados por sobre la diversidad local o cultural. Tanto la burocratización como la centralidad excesiva son obstáculos de los procesos participativos nombrados por autores como Ferrer Herrera y cols, Reyes Alvarez y cols. (1996) que lo relacionan tanto a las políticas gubernamentales como a las dinámicas y estructuras institucionales. Retomando a Ferrullo (2006) consideramos que detrás de las modalidades de organización de los espacios



declarados participativos, puede deslizarse veladamente una relación de poder a través de aspectos como los horarios, el orden del día, los mecanismos de convocatoria, y como veíamos en el apartado anterior las modalidades de comunicación y uso de lenguaje. Es el ejemplo “del portador de la herramienta de participación” al decir de Ugalde, citado anteriormente, que reproduce una relación de poder centrada en el especialista o técnico social por ejemplo.

El análisis del espacio asociado a la participación en salud de los usuarios y técnicos jerarquizó la policlínica como nodo comunitario.

La policlínica rural, es un tipo de espacio de participación característico de la cultura rural, y sobre todo de la ruralidad dispersa que integra varios aspectos de la vida comunitaria y no sólo la atención a la salud. La discusión en el FG aporta un punto de análisis importante en relación a la percepción de las características del espacio de la policlínica como espacio de inclusión y participación comunitario que remite a tensión entre lo público y lo privado.

Una de las ideas que aparecieron con cierta energía y generaron acuerdo en el FG fue con respecto a la necesidad de discriminar la relación entre el “espacio personal vs espacio institucional” referido a la vida privada de la auxiliar de enfermería que tiene su casa-habitación en la policlínica. Se planteó en la discusión que muchas veces la comunidad no diferencia ambos espacios.

Recordemos que el sistema de atención a la salud en la ruralidad dispersa del departamento de Treinta y Tres, tiene un Reglamento de funcionamiento de Policlínicas dependiente de la Intendencia Departamental desde 1985 que establece que fuera del horario de atención al público, la enfermera está en régimen de guardia permanente. (Art 18, lit. e). Este mecanismo de formalización produce tensiones a partir del choque de representaciones sociales sobre la policlínica como espacio comunitario, ubicando la discrepancia en la organización de la atención en relación a los horarios de funcionamiento.



- *“Hay que dejar claros los límites desde el principio, porque a veces se sienten dueños de la vida de una. Te controlan lo que haces y dónde vas, tanto en el horario de la policlínica como cuando se cierra la policlínica.”*
  - *“Esto depende de la actitud de la enfermera en relación con marcar los límites y el apoyo en relación a esto que deben brindar las autoridades.”*
- “A veces la policlínica para la autoridad de turno es un “generador de votos electorales”. La normativa vigente al respecto del funcionamiento de las policlínicas es muy antigua y muchas veces se desconoce”.*
- *“A veces ni vienen a la consulta pero se ocupan de saber si estás o no, si abrís a la hora, si te vas y no diferencian el horario de trabajo del horario personal”.*
  - *“Uno tiene que escuchar, estar abierto pero ser muy claro y establecer los límites desde el principio”.*

La discusión en el FG mostró formas diferentes de interpretar esta conducta de la comunidad. Una interpretación planteó que la comunidad tiene una actitud más de control que de involucramiento; otras opiniones consideraron que la forma de involucramiento de la comunidad es controlar que se cumplan los horarios, etc. Una tercera postura sostuvo que si bien es cierto que hay “un control”, se relaciona con un sentido de propiedad o empoderamiento de la comunidad que siente que puede opinar y decidir sobre las características de organización del servicio. Esta última interpretación se asocia a una forma de participación comunitaria.

*“Le pertenece al usuario (el servicio) si intentan (las autoridades) quitarlo (la comunidad) pelea porque se mantenga aún sin justificar debidamente su existencia.”*

Las participantes partidarias de la tercera postura relacionan este sentimiento de apropiación más que con el control, con el arraigo a la zona y las pérdidas que el poblador rural ha sufrido a



lo largo del tiempo. Se mencionan por ejemplo la disgregación de la familia que emigra ya sea por trabajo o por estudios.

Se comentan ejemplos donde las auxiliares han renunciado repetidas veces porque la comunidad no respetaba la intimidad de su vida personal.

La discusión sobre el manejo de la policlínica como espacio público y/o privado expresa dos formas diferentes de percibir la policlínica desde el punto de vista del referente de salud: una de ellas es como espacio social-colectivo, parte de la comunidad, apoyado además por el reglamento de policlínicas. A diferencia del uso de los espacios en las instituciones de salud en zonas urbanas, la policlínica no sólo involucra la consulta o atención al problema de salud, sino que la sala de espera es una extensión del espacio comunitario, un lugar de encuentro, de intercambio, de allí el sentimiento de malestar y reclamo del usuario rural cuando se fijan horarios en los que no está habilitado. La menor frecuencia de interacciones sociales entre las personas en las zonas de la ruralidad dispersa hace que esos momentos de encuentro sean especialmente significativos.

La otra visión considera a la policlínica como espacio laboral, con horarios públicos y horarios privados. Se relaciona con el hecho de que las auxiliares de enfermería tienen la casa habitación anexa a la policlínica. Algunas auxiliares de enfermería viven solas y sus familias quedan en el pueblo; otras viven con sus familias y sus esposos son asalariados rurales en la zona. Algunas de ellas permanecen en la policlínica durante la semana con sus hijos que también van a la escuela rural de la zona y los fines de semana vuelven a la ciudad donde reside su esposo que trabaja en el pueblo.

Si pensamos la policlínica como espacio público en el sentido político de “lo público”, que se refiere a un ámbito donde puede ejercerse la participación democrática, es esperable que esté abierto a todos, todo el tiempo, es un espacio ciudadano. Poner límites, representados en este caso por los horarios, genera una confrontación de fuerzas que si no se resuelve por el lado del consenso, enfrenta al referente de salud con a la comunidad. Este aspecto también puede



relacionarse a las modalidades de trabajo del medio rural donde el horario no está pautado por el reloj sino por ciclos del sol o de la naturaleza y por la jornada laboral asociada al a forma productiva o de subsistencia. Podría pensarse que ese modelo del trabajador rural que está radicado en el predio y la forma de organización de su tiempo, disponible para la faena en primer término, se traslada a la expectativa que tienen para con el personal de salud, en especial el que reside allí.

La expresión de la opinión del usuario hacia la organización de la atención en la policlínica cuando esa opinión se relaciona con los horarios de atención, es un factor de tensión para algunas de las referentes de salud que participaron en el FG. Esta postura se asoció al sentimiento de pertenencia e integración a la comunidad de la auxiliar de enfermería. Las auxiliares de enfermería que no son oriundas de la zona, o no viven permanentemente en la zona personalizan la actitud de la comunidad y lo viven como intensión de control hacia su persona invadiendo su vida personal. Las auxiliares que residen en la zona no se sienten tan presionadas por esta aparente demanda de “atención permanente” ya que lo viven como forma de convivencia naturalizada. Se auto perciben como un vecino más y no como un funcionario de la policlínica. El sentimiento de pertenencia y compartir una identidad local es un factor facilitador de la existencia de espacios de encuentro, reconocimiento y respeto por la opinión de otros.

En la comunidad rural, los espacios están “anidados” al decir de Boisser (op.cit), se incluyen y se contienen. El espacio de la policlínica rural, es un espacio de interacción comunitaria que incluye la consulta, la visita domiciliaria, el encuentro en la sala de espera y también por extensión, el rol del referente de salud. El poblador rural vive el espacio de la policlínica como un espacio a la vez espontáneo y comunitario donde el encuentro social se jerarquiza más que el objetivo institucional.

En relación a los espacios formalizados, muchas veces sucede que en actividades de convocatoria externa la asistencia se relaciona con un objetivo pragmático de lograr un recurso



por ejemplo, pero no se integran en la dinámica comunitaria. Permanecen como actividades asiladas. En nuestra experiencia de trabajo en el medio rural, el horario, la duración de la actividad y la modalidad de interacción marcan la primera evaluación comunitaria en cuanto a aceptación o no de lo que allí se trate y de la asistencia o no a la próxima convocatoria

No tener en cuenta la jornada laboral para fijar la actividad, más que un impedimento para la asistencia, es una trasgresión a una norma de cortesía. Muchas veces se vive como una desvalorización tácita del trabajo de las personas cuya subsistencia depende de la faena en el campo, al pedir que se adapten a los horarios externos. Para fijar el horario es importante por ejemplo, conocer las formas productivas de subsistencia características de la zona. No es lo mismo los horarios de los productores tamberos que los horticultores, también esto cambia según los ritmos estacionales, los horarios de riego o de ordeño, las actividades de cosecha, etc. Una actividad demasiado larga no aporta al objetivo plantado, ya que como mencionábamos anteriormente, si el tema está planteado con información accesible y comprensible, la palabra sella el acuerdo, o desacuerdo, y las largas argumentaciones se asocian a pautas de comunicación más bien forasteras. La comunicación verbal, cara a cara es más efectiva que la tecnología, que una presentación en power point por ejemplo.

En síntesis, del análisis de las características de los espacios facilitadores de la participación en las comunidades de ruralidad dispersa, los resultados sugieren que:

- Las actividades espontáneas, auto convocadas cuando la comunidad siente la necesidad, favorecen la participación.
- Es importante tener en cuenta la experiencia previa de organización y los espacios ya existentes en la comunidad y no superponer.
- La policlínica es una especialidad colectiva de referencia comunitaria que va más allá de la atención de la salud



- Existen pautas de convivencia de la comunidad rural como la relación cara a cara, el ritmo de actividad pautado por la jornada laboral, los códigos de cortesía, el uso del lenguaje, que constituyen pautas de inclusión y deben considerarse como modalidades de participación en el colectivo que ya existen en las comunidades.
- Cuando se formalizan esos espacios, por ejemplo en grupos de trabajo pautados desde programas institucionales, pueden inhibir la participación en lugar de favorecerla.
- La necesidad de convocar espacios para la discusión de temas surge más de la necesidad del técnico externo para conocer la comunidad que de la comunidad para conocer la propuesta.
- La formalización de los espacios tanto en horarios como temáticas puede ser un factor de inhibición de la participación cuando no se tiene en cuenta o no se tienen herramientas para comprender la demanda comunitaria.
- La sala de espera de la policlínica, la visita domiciliaria son espacios de inclusión y participación en las zonas de ruralidad dispersa.
- La policlínica es vivenciada por la comunidad como un espacio público de un tipo diferente al institucionalizado, ya que es un espacio público de uso espontáneo autorregulado por la comunidad.

Bernardo Kliksberg (1979), identifica una modalidad de espacio que denomina “de interés público” pero que no forma parte de la red estatal ni del circuito del mercado. En este caso podemos pensar que la policlínica es un espacio de interés público al decir de Kliksberg que plantea alternativas comunitarias no institucionalizadas de participación.

Consideramos que es importante no enajenar a la comunidad rural de esta capacidad de expresar su opinión en relación al manejo de los tiempos y horarios de las reuniones y de la policlínica. Aquí es necesario brindar herramientas de negociación y búsqueda de acuerdos





cuando sea necesario, que permitan encontrar los caminos donde tanto la comunidad como los recursos humanos se sientan apoyados y fortalecidos en su desarrollo.

## **EXPRESIÓN DE LA PROPIA OPINIÓN**

Se tomó como expresión de la opinión propia para este estudio, la capacidad de expresar una idea, argumentar una posición, plantear una pregunta, proponer algo nuevo, expresar discrepancia o concordancia.

La dimensión de la construcción de la propia opinión es el espacio de intersección entre la subjetividad individual y la representación social y como conducta es la circunstancia observable de la participación.

Se abordó la incidencia de esta dimensión en dos maneras. Una fue a través del relevamiento de la opinión de usuarios de la autopercepción de la conducta de expresar la opinión, el contexto o situación donde se emitía la conducta, y si se percibía cambios en relación a lo planteado.

La segunda manera de analizar la dimensión de expresar la propia opinión en la participación fue a través de la definición de tres requisitos necesarios para tener una opinión propia y se pidió la opinión a usuarios y a técnicos en relación a la importancia de estos requisitos según una escala con tres valores: Muy importante; Relativamente importante y No importante. Se registró como No respuesta cuando la persona expresaba abiertamente que no quería responder o expresaba no saber que responder.

A continuación se plantean en primer lugar los resultados obtenidos del relevamiento en la autopercepción de la conducta de expresar la opinión, el contexto o situación donde de emitía la conducta en usuarios y si se percibía cambios en relación a lo planteado. Luego se analiza la opinión de usuarios y técnicos sobre la importancia de los tres requisitos para tener una opinión propia.



En relación a la autopercepción de opinar, si bien el mayor número de los usuarios encuestados expresan que sí opina en temas de salud, 18 en un total de 34 respuestas, es significativo el número de respuestas negativas (12) que marca elementos a seguir investigando para identificar qué aspectos están presentes en la conducta de no opinar. Como hipótesis que necesitarán ser investigadas en profundidad, se puede plantear la interrogante de la relación de este resultado con la hegemonía de un modelo de atención, más tradicional, donde se mantiene la asimetría de poder entre el médico o personal de salud y el usuario – paciente/pasivo/silente. Otros aspectos interesantes para seguir investigando en esta línea es que incidencia tiene el aspecto de género al momento de expresar una opinión propia. Esto es si el sexo del médico y del paciente es un factor que incide en la expresión de la opinión. El factor intergeneracional puede ser otro elemento a investigar en relación a la conducta de opinar. Estos factores, además de aportar elementos de comprensión a los procesos de participación en comunidades rurales, pueden también contribuir al estudio de los aspectos de instrumentación general de las acciones en el primer nivel de atención.

Continuando con los resultados del cuestionario, con respecto al momento en que el usuario expresa la opinión aproximadamente la mitad de las respuestas, 15 en un total de 34, hace referencia a la pregunta directa “cuando se me pregunta”, sólo 6 respuestas se refirieron al reclamo como forma de expresar la opinión y es significativo la frecuencia de no respuesta (13).

El ámbito donde se expresa la opinión mencionado mayoritariamente es la consulta médica, 15 respuestas en un total de 34; entre vecinos y en comisiones de fomento fueron otros ámbitos mencionados (7 y 5 respuestas respectivamente). Otros grupos (2) la sala de espera (1) y las asambleas (1) fueron los ámbitos menos mencionados.

Si bien se observa nuevamente la importancia de los espacios espontáneos y comunitarios, si relacionamos ambos ítems, cuando se expresa la opinión y dónde, se observa una tendencia a



opinar en relación a los temas de salud referidos al estado de salud del usuario y su tratamiento o seguimiento por parte del médico, más que a otros aspectos de la atención.

Frente a la percepción de cambios, más de la mitad no responden; sólo 9 respuestas afirmativas y 7 negativas en un total de 34.

Este ítem incluía una pregunta abierta en la que se solicitó ejemplos de los cambios percibidos cuando la respuesta era afirmativa. Se mencionaron: menos demora en los exámenes y mejor coordinación de los servicios cuando se va al hospital; acceso a medicamentos; charlas con técnicos; se cubrió el cargo de auxiliar de enfermería que estaba vacante; y en uno de los parajes se menciona con mucho orgullo el inicio de las consultas por parte de un joven médico cuya familia es originaria de la zona. Esta comunidad, específicamente la localidad de Isla Patrulla organizó una bienvenida sorpresa para el joven médico cuando regresó a su casa después de recibir su título. Fue vivido como un triunfo de toda la comunidad.

El segundo aspecto a través del cual se analizó la dimensión de opinar en la participación, fue a través de los requisitos para construir una opinión propia. La siguiente tabla muestra los datos obtenidos.

Tabla 14 Requisitos para tener una opinión propia según nº de respuestas.

	Muy Importante		Regular Importancia			No Importante		no/res p	Total	Total
	Usuario	Técnico	Usuario	Técnicos	Usuarios	Técnicos	Usuario			
<b>Tener estudios</b>	21	5	3	3	2	3	8	2	34	13
<b>Tener Experiencia en hablar en público</b>	15	6	8	3	2	1	9	3	34	13
<b>Tener tiempo libre para asistir a las actividades</b>	23	6	3	4	1	1	7	2	34	13

Fuente: Elaboración propia sobre datos del cuestionario.



Tener tiempo libre para asistir a las actividades y tener estudios fueron los requisitos más valorados por los usuarios. Los técnicos, coincidieron en el requisito del tiempo libre pero en segundo lugar mencionaron la experiencia de hablar en público .era más importantes para tener una opinión propia que tener estudios.

La importancia que tiene el tiempo libre tanto para usuarios como para técnicos es un elemento que debe combinarse con las características de los espacios que favorecen la participación y poder organizar las actividades de convocatoria colectiva teniendo en cuenta las pautas de cotidianidad de la zona, en relación a la jornada laboral y no superponer con otros espacios que ya existan, aspectos que ya mencionamos en relación a los espacios de participación en el apartado anterior.

En la participación como distribución de poder según Ferrullo (2006) el conocimiento, representado en este caso por el requisito de tener estudios, es una expresión de poder que sustenta la asimetría en el vínculo tradicional médico-paciente ; el que sabe es el profesional y es quien detenta el poder. No sólo por el status social de la educación, sino porque ese conocimiento permite proteger la vida, cuidar, recuperar la salud .El paternalismo, se mantiene más en las zonas rurales que en las urbanas sobre todo por la vulnerabilidad en que se encuentran los pobladores rurales debido a las distancias, las condiciones de acceso y conectividad lo que favorece que se naturalice la relación asimétrica.

En síntesis, lo más significativo de los resultados muestra que emitir una opinión propia fue la pregunta que obtuvo mayor número de respuestas negativas y abstenciones. En relación a las respuestas afirmativas, el contexto donde se opina más es la consulta cuando el profesional pregunta al usuario.

Siendo esta dimensión, la conducta más observable en el proceso de participación, surge la necesidad de profundizar en los factores que pueden estar inhibiendo esta conducta. Teniendo en cuenta las características de la ruralidad dispersa que hemos estado manejando, podemos plantear la hipótesis que el modelo vincular hegemónico, médico-paciente reproduce el orden



social, volviendo a Parsons (1967) donde el paciente es pasivo con respecto a la atención de salud, porque deposita el saber-poder en el médico y no se auto percibe habilitado para opinar. Esto nos abre la interrogante de si el modelo de atención está realmente transitando de un modelo clínico-hospitalario hacia un abordaje comunitario o aún se sostiene en la trasposición del modelo médico hegemónico, caracterizado por Meléndez (1998) por el biologismo, la historicidad, la eficacia pragmática y la participación subordinada y pasiva del paciente entre otros aspectos con la subvaloración o exclusión del conocimiento del usuario sobre su malestar, las causas del mismo y las posibles modalidades de abordaje terapéutico. En este modelo la racionalidad científica con su léxico técnico marca un modelo de intercambio comunicativo que puede inhibir la conducta de emitir opinión por parte del usuario.

Hemos planteado anteriormente que la importancia de la confianza como vehículo de la participación, y algunos de los elementos que desde la percepción de los actores están determinando la construcción de confianza: mencionamos las características de la información, la comunicación efectiva y el tiempo dedicado al encuentro como elementos importantes. Cuando la visita del médico es mensual y debe atender una amplia consulta en cada policlínica, el tiempo dedicado a cada paciente se regula por factores externos al usuario. En nuestra experiencia hemos constatado que muchas veces el profesional hace una ronda de visitas por más de una policlínica en el día lo que, teniendo en cuenta las distancias, limita también el tiempo de cada consulta.

La epidemiología, menciona Meléndez, sustrato racional del modelo médico hegemónico, cae en la biologización de las variables, tanto en la selección de las mismas como los períodos de tiempo que se realizan los estudios. Las variables de contexto como clase social, mapa cultural, etc, involucran la consideración de períodos de tiempo mucho más extensos que la reproducción viral y no es común que estén incluidos en los análisis epidemiológicos. Nos referimos a factores generacionales e históricos en las comunidades. Se produce una “naturalización” de la variable biológica, con una pérdida de dinamismo en su comprensión, Meléndez plantea el ejemplo del concepto “estilo de vida” como una interfase entre el sujeto



individual y el estrato social. El concepto de estilo de vida, integra los factores témporo-espacial y subjetivo al análisis de las formas de enfermar, de sanar y de organizar la atención a la salud.

En espacios informales fuera de la situación de relevamiento que ocupó esta encuesta, los usuarios expresaban la idea de que “si uno se queja después no lo atienden bien”. El opinar está directamente relacionado a la crítica, al reclamo o queja lo que se vive como agresivo hacia el técnico y no se vincula tanto a la propuesta personal o colectiva frente a temas de salud.

Los usuarios diferencian la consulta médica, con el profesional que viene mensual o quincenalmente, de la consulta a la policlínica. La inhibición de opinar aparece más relacionada con el médico que con la auxiliar de enfermería que atiende la policlínica que se siente más cercana a la comunidad.

Finalmente debemos dejar abierta la posibilidad que la impregnación pre-electoral incidiera en respuestas de conformación de opiniones ya que esta investigación se realizó en momentos en que comenzaban los movimientos partidarios con vistas al proceso eleccionario del 2014.

## VARIABLE ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

A continuación se muestra el orden de importancia que los usuarios y técnicos atribuyeron a las dimensiones de la variable organización de la atención. (Para ampliar ver tabla 7 por n° de respuesta en ANEXO 1)

**Tabla 15. Orden de importancia de las dimensiones de la atención según n° de respuestas**

Usuarios	Técnicos
1-Que se brinde información sobre temas de salud.	1-Que el técnico sepa escuchar.
2 -Que el técnico sepa escuchar.	2- Que el técnico no se muestre apurado en la consulta
3-Que el técnico no se muestre apurado en la consulta	3-Que consulte a los usuarios sobre sus necesidades en temas de salud.
4-Que las reuniones se hagan fuera del horario de trabajo.	4-Que se brinde información sobre temas de salud. 4.1Que el técnico viva en la zona
5- Que consulte a los usuarios sobre sus necesidades en temas de salud.	5-Que las reuniones se hagan fuera del horario de trabajo. 5.1El técnico que respeta el saber popular.
6-El técnico que respeta el saber popular.	
7- Que el técnico viva en la zona	

Elaboración propia

Los tres primeros lugares en este ranking de importancia en la atención a la salud, muestra que tanto técnicos como usuarios valoran la actitud del técnico como factor facilitador de la participación, a través de su capacidad de escuchar y del tiempo que le dedica a la consulta, aspectos ambos que también fueron valorados en relación a la circulación de información. Relacionando este dato con lo que se ha recogido en el análisis de las dimensiones de las participaciones, en relación a la importancia de los modos de comunicación y la identificación de la consulta como contexto donde expresar la opinión, podemos inferir que el saber escuchar y



el tiempo dedicado a la consulta, son factores que promueven el sentimiento de confianza, facilitador de la participación. Sin embargo si nos detenemos un poco más, en la dinámica del vínculo que sugieren estas respuestas, parecería que la actitud del técnico en la consulta tiende caracterizarse por preguntar y escuchar pero no brinda información de acuerdo a las expectativas del usuario. Los usuarios valoran más que los técnicos el hecho de recibir información en la consulta. Parecería que el usuario asume un rol más activo en relación a la información/conocimiento que el que le asigna el técnico, cuya conducta se dirige más a la obtener información del usuario.

Hemos mencionado anteriormente el concepto de participación y las políticas sociales como distribución de poder (Ferrullo, 2006; Fleury, 1999) y el reconocimiento social como una de las formas de otorgar poder. Podríamos relacionar en este punto la distribución del poder en los procesos de participación en la relación médico-paciente a través del reconocimiento del sujeto como productor de conocimiento y no sólo como productor de información.

Estos aspectos remiten nuevamente a la interrogante de si se mantiene el modelo hegemónico por lo menos en estas comunidades, expresado aquí en la circulación de información. Estos aspectos coinciden con las modalidades de expresión de opinión, conducta que parecería más inhibida en relación a la participación y cuya modalidad, jerarquiza la consulta médica y la pregunta del médico como ya vimos en el apartado anterior.

Los horarios de atención vuelven a aparecer con mayor importancia para los usuarios que para los técnicos, lo que coincide con la valoración de las características espontáneas de los espacios como facilitadores de la participación en contraposición a los institucionalizados.

Consideramos importante reparar que la residencia de los técnicos, aspecto que en el imaginario del sistema de atención en zonas rurales, aparece como un factor importante, aparece en este caso más valorado por los técnicos que por usuarios.





De acuerdo a lo que venimos analizando estamos en condiciones de señalar que se percibe diferente el rol técnico- médico, del rol- auxiliar de enfermería, que sí reside en la zona, y que en los parajes en que el cargo aún está vacante es una sentida demanda de la comunidad. Podemos inferir que el sentimiento de pertenencia, compartir códigos culturales y la residencia regular en la comunidad generan mecanismos de inclusión del rol técnico que no se producen con visitas más esporádicas. Podemos plantar como hipótesis que la residencia del técnico médico no es determinante siempre que se cumplan las otras características, de frecuencia de visita, tiempo dedicado a la consulta, saber escuchar y brindar información.

El respeto por el saber popular en relación a la salud, no aparece como factor de tanta importancia aparentemente. Como hipótesis podemos plantar que este resultado se relaciona con la naturalización de ese conocimiento por parte de usuarios y técnicos, o porque se relaciona más con el espacio privado del usuario y no se pone a discusión en la consulta.

La residencia en la casa habitación de la auxiliar de enfermería adjunta a la policlínica produce un efecto de integración a la comunidad, que sólo se rompe cuando se establecen horarios que limitan el uso espontáneo del espacio, sea material o simbólicamente .

La diferencia en el rol del técnico médico y de la auxiliar de enfermería, remite a otro de los temas que apareció con fuerza en el marco de este estudio, sobre todo en las entrevistas y en la discusión del FG. Se refiere a la profesionalización de los RRHH que trabajan en el medio rural, tanto en relación a su habilitación como a su capacidad técnico –profesionales.

Consideramos analizar este aspecto en un apartado espacial, debido a la intensidad con que surgió en las expresiones de las participantes

## **LA PROFESIONALIZACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS EN EL MEDIO RURAL**

En el material de las entrevistas y en la discusión del FG, surge con fuerza el tema de la profesionalización de los recursos humanos que trabajan en las policlínicas rurales. Existe consenso que la actualización y el acceso a formación permanente es un factor de



permanencia del RRHH en el medio y es un reclamo que se realiza a las instituciones prestadoras, reguladoras y las instituciones de formación.

La idea con la que todos los entrevistados y las participantes del FG acuerdan es que hoy en día las enfermeras titulares y profesionales no quieren instalarse en el medio rural porque hay pocas oportunidades de actualización y la carrera queda estancada. Hay coincidencia en que si se tuviera acceso a otras instancias de formación o actualización, favorecería la permanencia en el medio rural.

*“Hoy en día las enfermeras titulares y profesionales no quieren instalarse en el medio rural porque hay pocas oportunidades de actualización y la carrera queda estancada. Además las condiciones de vida muchas veces no son buenas, los locales están en malas condiciones y sobre todo en invierno se pasa mal.”*

Se menciona además que las condiciones de vida muchas veces no son buenas, los locales están en malas condiciones y sobre todo en invierno se pasa mal.

En el marco de la discusión se menciona la figura de las promotoras de salud comunitarias como una alternativa que se manejó en épocas anteriores en el medio rural del departamento y que se valoran como una solución que dio resultado.

*“En el departamento se sigue contando con las promotoras comunitarias, aunque cada vez más se está impulsando la profesionalización de la enfermera, pero la verdad es que si ya no vivís en la zona es muy difícil que se consiga alguien que vaya”.*

El escases de RRHH que quieran instalarse en el interior del departamento, ya sea en las pequeñas localidades y poblados o en las zonas de la ruralidad dispersa, no es un problema nuevo, pero se percibió un agravamiento a partir del 2006 en relación con el cambio de administración del gobierno departamental a partir de la cual se impulsó la profesionalización de los recurso humanos en salud que trabajan en las policlínicas.



Previo a la administración del Dr Amaral como intendente departamental, según relata en la entrevista una de las auxiliares de enfermería más antiguas, el problema de la falta de recursos se resolvía a través de un acuerdo entre la Intendencia Departamental y la Dirección Departamental de Salud, para capacitar, lo que en ese momento se denominó promotores de salud comunitarios, para que pudieran atender las policlínicas municipales en el medio rural. Esto tuvo aspectos positivos en cuanto a mejorar la atención y negativos en relación a la permanencia de los RRHH en el medio ya que promotoras que hace mucho tiempo cumplían la tarea, no tenían algunos de los requisitos que se pedía para realizar la habilitación.

Recordemos que en el departamento de Treinta y Tres, la red de policlínicas rurales depende de la Intendencia Departamental. La formación acordada entre ambas dependencias, de acuerdo a lo que se menciona en las entrevistas, incluía una pasantía por el hospital de 3 meses con supervisión de un médico y licenciada en enfermería y una pasantía posterior de la misma duración en alguna de las policlínicas urbanas. El cargo era financiado por la intendencia, como continúa siendo en la actualidad y eran seleccionados para este cargo, personas que vivían en las zonas de referencia de las policlínicas y que tuvieran vocación de servicio comunitario; muchas veces eran elegidas por la propia comunidad. Una vez terminada la capacitación comenzaban a desempeñar funciones en sus comunidades.

Por asociación, la comunidad llamaba enfermeras a estas personas. A partir del cambio en las autoridades departamentales, se promueve la profesionalización de las promotoras que estaban trabajando en las zonas rurales. Algunas de ellas, las menos ya tenían el título de auxiliar de enfermería que otorgaba la Escuela de Enfermería Dr. Carlos Neri; otras obtienen la habilitación a través de la escuela de enfermería que funciona en el departamento habilitada por el MEC y otras renuncian a sus cargos, dejando sin personal la policlínica, situación que se mantiene al día de hoy en algunos parajes.

La figura del promotor de salud no está reconocida por el MSP, y actualmente existe una tensión entre la figura del agente comunitario y sus funciones en el área de la salud.



La facultad de medicina de la UDELAR a través de la cátedra de Medicina Comunitaria, viene desarrollando hace varios años cursos de capacitación para agentes comunitarios. Esta actividad se realiza desde la función de extensión y combina la presencia de formadores locales con docentes universitarios. En el departamento de Treinta y Tres se implementó este curso en el año 2014, coordinando con el departamento de Cerro Largo en el marco del programa Uruguay Integra de la OPP. Asistieron alrededor de 70 agentes comunitarios de la región durante 6 meses con actividades quincenales organizadas en talleres que alternaban su realización entre la ciudad de Treinta y Tres y la ciudad de Melo. La evaluación fue muy positiva y se brindó herramientas a referentes comunitarios, que habilitados o no, son los que viven y dan respuesta a las demandas cotidianas de salud en el primer nivel en muchas de las comunidades de la ruralidad dispersa.

Si bien para esta investigación las referentes de las policlínicas de las zonas donde se realizó el estudio tenían habilitación como auxiliares de enfermería por MSP la realidad en el medio rural actualmente es que las personas que están como referentes de salud no siempre tienen la habilitación que la normativa exige para realizar las tareas de asistencia, sin embargo tienen la experiencia y formaciones o capacitaciones realizadas por otras instituciones privadas, o estatales pero no dependientes del MSP. Además son quienes responden en caso de emergencias, o sin llegar al punto de riesgos importantes de salud, atienden las consultas cotidianas.

La profesionalización de la asistencia de los recursos humanos que desarrollan tareas en el medio rural es una de las líneas de trabajo que el SNIS tiene como prioridad para la instrumentación del Plan Nacional de Salud Rural y esta situación plantea un gran desafío al SNIS, y especialmente al hablar del primer nivel de atención con los criterios de proximidad familiar y comunitaria.

La figura del agente comunitario, capacitado para la asistencia de urgencias y emergencias, controles y sobre todo con herramientas para la orientación y derivación oportuna, es una



alternativa que aparece con fuerza tanto en las entrevistas como en la discusión del FG para una mejor atención a la salud en zonas rurales, mientras que no se cuenta con una política potente de presencia de recursos humanos profesionales en las zonas de ruralidad dispersa. Como vimos en apartados anteriores, presencia no significa necesariamente residencia, sino que involucra regularidad, comunicación y circulación de información accesible y oportuna.

Igualmente, consideramos que independientemente de la mayor presencia de técnicos en el medio rural, la figura del agente comunitario, como promotor de salud es un elemento a considerar en el momento de la conformación de los equipos de salud. Si los profesionales están presentes en el medio y por lo tanto realizan las prestaciones de salud demandadas, no significa necesariamente que los vínculos con la comunidad sean considerados desde la óptica de la participación en el primer nivel. Hemos repetido muchas veces en este documento que existen indicios de que se mantiene, por parte del profesional y de la comunidad el modelo médico hegemónico. Esta figura involucrada en las tareas de promoción y educación para la salud está desaprovechada, muchas veces desvalorizada cuando no negada, en el ambiente médico.

Meléndez (1988) relaciona esta valoración hacia los agentes comunitarios y su trabajo como promotores de salud, en función del modelo médico que se apoya en la biologización de la salud: *“el biologismo subordina en términos metodológicos y en términos ideológicos a los otros niveles explicativos posibles. Lo manifiesto de la enfermedad es ponderado en función de este rasgo, como lo casual, sin remitir a la red de relaciones sociales que determinan lo fenoménico de la enfermedad.”*

Sin embargo, en nuestra experiencia el rol del agente comunitario, es quien teje las redes sociales con los hilos de historicidad de la vida cotidiana en su comunidad, es el nexo, el constructor de puentes entre las instituciones ajenas al medio y la comunidad y entre la propia comunidad. Es una figura cuyo valor de intercambio para fortalecer el capital social es la



confianza, elemento fundamental que aparece mencionado en las opiniones recogidas en este estudio y que la práctica profesional cotidiana comprueba.

Actualmente la polémica está focalizada a nuestro entender en las funciones asistenciales que por corrimiento de tareas, por falta de personal o por demanda puntual de la situación, realiza el agente comunitario. En el departamento de Treinta y Tres, se mantiene en el imaginario de las comunidades rurales la asociación del agente comunitario con la enfermera.

Consideramos que es posible buscar un equilibrio entre ambas posturas, integrando la figura del agente comunitario en los equipos de salud, generando herramientas y acuerdos de tareas en relación a sus funciones como promotor de salud y profesionalizando un rol sustancial en la instrumentación del criterio de proximidad que demanda el cambio de modelo de atención hacia la atención primaria.

## **SALUD Y EDUCACIÓN.**

Otro de los temas que surgieron en las entrevistas a los informantes calificados y el FG se relaciona con la relación entre la policlínica y la escuela rural.

El impacto que el éxodo de población está generando en las escuelas rurales genera que cada vez más escuelas están en peligro de cierre o ya cerradas por falta de matrícula. Históricamente la escuela rural ha sido el centro de referencia y de articulación de la vida social del medio rural y más en el caso de la ruralidad dispersa, pero paulatinamente, frente al cierre de muchas escuelas, la policlínica rural viene ocupando ese lugar.

Surge de todas las entrevistas que la enfermera de la policlínica generalmente integra la comisión de fomento escolar y participa en forma activa en las diferentes actividades propias de la comunidad educativa. Sin embargo, a nivel práctico esta articulación depende tanto de la experiencia previa de la enfermera como de su capacitación en aspectos de gestión social, aspecto que se manifestó como una carencia en la capacitación del personal. Los aspectos de sinergia salud-educación en el área de la atención primaria, para la concientización y



promoción de hábitos saludables son fortalezas las comunidades rurales donde los contextos de proximidad son puentes naturales.

La propia dinámica institucional del centro educativo, apuntalado por las directrices de la ley de educación que establece la obligatoriedad de instrumentación de los consejos de participación integrados por padres, vecinos, maestros y niños, establecen espacios de aprendizaje y transmisión de pautas culturales de cooperación, solidaridad y participación.

La participación como proceso no es uniforme, se construye desde las dinámicas de los sujetos y los pequeños grupos. Ya vimos como los sujetos se construyen en la interacción con el colectivo a través de la transmisión de los “memes culturales” equivalentes a los “genes” en la biología. Las pautas de crianza, y los aprendizajes sociales de comunicación se transmiten en los pequeños grupos, socialización e interacción son puntos de encuentro entre la comunidad y la institución escolar. Sin embargo en los centros educativos todavía la participación aparece más en relación a los aspectos de gestión que a los pedagógicos, como un aspecto más cerca de la institución que de la vida cotidiana, lo que puede ser uno de los aspectos a trabajar desde un enfoque multisectorial en la atención en el primer nivel.

Uno de los requisitos valorados para expresar la propia opinión según el análisis de los datos que mencionamos anteriormente, fue el de tener estudios, lo que plantea la importancia de la educación como factor de empoderamiento en la representación de la comunidad. Implica no sólo el conocimiento o la información, sino el reconocimiento social.

En una investigación que realizáramos con anterioridad sobre el egreso escolar rural en el departamento de Treinta y Tres, los resultados mostraron que egresan 15,6 % más niños en las zonas de ruralidad nucleada, como las zonas arroceras, que en las zonas de ruralidad dispersa como las ganaderas. La diferencia por zona se acentúa en relación a la permanencia ya que en la zona arrocera continúan estudiando el 28 % más que en la zona ganadera. (Carro-Fernández. 2010)

En ambas zonas se registró una preferencia de la opción por ciclo básico en relación a las ofertas técnicas, aunque implique el traslado a localidades más alejadas existiendo ofertas



técnico-profesionales en la zona; esto se asoció al prestigio social mayor de la educación secundaria que la técnica, por asociarse con el acceso a las profesiones universitarias. La novela *Mi Hijo el Doctor* de Florencio Sánchez, representa este imaginario que aún se mantiene en el interior del país y fuertemente en las zonas rurales.

El desarrollo del capital cultural es un factor de empoderamiento, que junto con el desarrollo comunitario constituyen una de las cuatro estrategias básicas de la promoción de salud según Beattie (1991) citado por Colomer, Álvarez (2000)

La sinergia intersectorial entre educación y salud se mencionó en las entrevistas realizadas y en el FG a partir de la referencia a las misiones socio pedagógicas, que se vienen rescatando en el departamento de Treinta y Tres, a través de las que se coordinan actividades entre la escuela y la policlínica; actividades de enseñanza y servicios de salud. Se nombran en el FG por ejemplo las charlas con técnicos de salud, el odontólogo sobre salud bucal; con técnicos del MGAP sobre Zoonosis, charlas con médicos sobre educación sexual; en algunas oportunidades se realizan servicios de peluquería y siempre actividades de recreación. Las misiones socio pedagógicas son organizadas por docentes y estudiantes del Instituto de Formación Docente de la ciudad de Treinta y Tres. Estas actividades no tienen suficiente continuidad y no generan la apropiación por parte de las comunidades que mantienen una actitud de pasividad y receptividad más que de autogestión en la búsqueda de generar permanencia de esos servicios. Las rondas rurales sin embargo, coordinadas por ASSE y los centros educativos tienen una continuidad en el territorio que favorece la participación de la población a través de los agrupamientos escolares que son espacios regulares de trabajo. La continuidad y permanencia en el territorio es un factor fundamental en la generación de confianza, credibilidad e involucramiento de la comunidad que hacen que se produzca un proceso de apropiación del espacio en las rondas rurales, ya no es el espacio institucionalizado, sino un espacio comunitario donde los sujetos se sienten dueños de casa.





## **UNOS SE VAN Y OTROS VIENEN.**

Encontramos que no todo movimiento de población en el medio rural es emigratorio. Uno de los aspectos remarcados por las referentes de salud de las policlínicas del área investigada tanto en las entrevistas como en el FG son los cambios en el movimiento inmigratorio de un nuevo tipo de residente y visitantes del medio rural.

*“Los cambios en nuevos perfiles económico productivos del medio rural en Treinta y Tres, plantean otras demandas para el sistema de atención en el medio rural, en relación al turismo, la forestación, y actualmente también la minería”.*

La situación del medio rural está cambiando, si bien el éxodo hacia zonas urbanas como residencia es una constante, coexiste simultáneamente con otro movimiento: un flujo centrípeto hacia las zonas rurales principalmente de población obrera, trabajadores del medio rural no residente o de residencia nómada asociada a las empresas forestadoras y mineras en el departamento y sobre todo el turismo.

*“Teniendo en cuenta que la Policlínica Rural es el único centro sanitario en el territorio, son potenciales usuarios todos/as los pobladores del medio rural, población residente, y población itinerante: turistas, trabajadores safrales y temporales”*

El turismo rural, ha contribuido a impregnar el medio rural, con una visión que valoriza los aspectos beneficiosos de la relación con la naturaleza y el alejamiento del estrés urbano. La globalización de la información permite hoy en día que turistas de otros países se acerquen buscando experiencias de “vida natural”. El turismo de sierra comienza a competir con el balcón atlántico en la región este. En semana de turismo la Quebrada de los Cuervos recibe más de 2000 turistas diarios (datos de la Intendencia Departamental).



El sistema de atención a la salud en el medio rural está siendo demandado por pobladores de otro tipo que los residentes habituales, lo que plantea el desafío de infraestructura de servicios así como de existencia y capacitación de los recursos humanos para responder a esta demanda de nuevo tipo, no ya por el tipo de situación sanitaria, sino por el volumen de casos. Los sistemas de emergencia y urgencia y la formación de los RRHH residente en las zonas turísticas es una perspectiva específica de la atención de la salud en medio rural que no está atendida en el medio rural del departamento de acuerdo a las afirmaciones en la discusión del FG , las entrevistas y la experiencia personal.

## **CONCLUSIONES:**

El presente trabajo es un estudio exploratorio por lo tanto los resultados no son afirmaciones generalizables, proponen tendencias, sugieren hipótesis para seguir trabajando.

Podemos mencionar en primera instancia a partir de la reseña bibliográfica sobre el concepto de participación, que estamos frente a un concepto polisémico y complejo cuyo potencial está determinado por el contexto en el que se aplique.

En todos los planteos revisados se pueden identificar por lo menos tres tipos de factores que inciden en la instrumentación de los procesos de participación:

- Factores relacionados con los diseñadores de las intervenciones que tienen que ver con la concepción de participación, modalidades de comunicación de las propuestas, contextualización de los sujetos destinatarios, capacidad de delegar la gerencia de las acciones a niveles territoriales.
- Factores relacionados al tipo de diseño de la intervención como: tipo de objetivos y acciones y cronogramas de implementación.



- Factores relacionados con las personas destinatarias relacionados con: la identidad, percepción y autopercepción del sujeto como usuario-actor-paciente, experiencias anteriores en relación a propuestas participativas y la evaluación que de las mismas tienen la comunidad.

Retomando las preguntas que fueron punto de partida para este estudio, podemos plantear las siguientes ideas fuerza en relación a los facilitadores de los procesos participativos en el medio rural:

Los facilitadores de la participación los más jerarquizados fueron:

- Recibir información, accesible y comprensible. Es necesario tener en cuenta las pautas de comunicación y relacionamiento en las comunidades rurales como la relación cara a cara, la importancia de la palabra, ser directo en el mensaje, el tiempo del encuentro y la confianza en el interlocutor.

- Los espacios más valorados son los no institucionalizados, de convocatoria espontánea y en función de las necesidades de los pobladores. La sala de espera de la policlínica es un espacio de encuentro social valorado. Las comisiones de fomento, como espacio comunitario autorregulado es el dispositivo grupal más visible.

- Los medios masivos de información con más llegada a la comunidad rural son la radio , la TV y los folletos. Un dato interesante es la aparición de internet en relación a las ceibalitas como un medio de información.

- A nivel local, la policlínica es el espacio referente de salud , independientemente que los usuarios estén afiliados a prestadores privados. Esto plantea una demanda a la policlínica rural que a veces excede los recursos disponibles. Se percibe como ausente la coordinación y complementación entre los prestadores público-privados. La coordinación de las visitas de profesionales, entrega de medicamentos y traslados, son los aspectos que se visualizan como factibles de ser coordinados y complementados. El cierre de escuelas rurales y el hecho de que la auxiliar de enfermería viva en la zona a diferencia de la mayoría de los maestros rurales,



posiciona a la policlínica con un creciente potencial catalizador de la organización y empoderamiento comunitario. La sinergia policlínica-escuela funciona muy bien a nivel local.

- En relación a la atención de salud, el factor más valorado fue la actitud del técnico; más que la frecuencia de la consulta, los horarios o la residencia. Tanto usuarios como técnicos coincidieron que el tiempo que se le dedica al paciente en la consulta es un factor importante.

- Los usuarios valoraron más el recibir información y ser consultados, por parte del técnico, mientras que en las respuestas del grupo de técnicos se jerarquiza más la actitud de escucha del profesional.

- La residencia del técnico no fue un factor de los más jerarquizados como facilitador de la participación en los resultados generales, pero si desglosamos por grupo, fue un factor más valorado por los técnicos que por los usuarios.

- El respeto por el saber popular en salud, no aparece como un factor jerarquizado en la facilitación de los procesos participativos en el número de respuestas totales, pero en el desglose, es más valorado por los usuarios que por los técnicos.

- El factor relacionado con tener una opinión propia presentó el mayor nivel de no respuesta, tanto en usuarios como en técnicos, lo que marca una dimensión de la participación que se maneja por lo menos con niveles de reserva y necesitaría ser indagado con mayor profundidad para analizar si este resultado es un indicio de que la dinámica del modelo médico hegemónico sigue determinando el modelo de atención y relacionamiento en el sistema de salud en zonas rurales

- De las entrevistas y el focus group surge que la contención socio afectiva es una necesidad muy importante en las comunidades rurales, pero las expresiones vertidas no muestran que se visualice integrada a la atención de salud, sino más bien como una tarea extra del referente local. La salud mental es una de las dimensiones de la salud que aparece menos integrada al modelo de salud y las acciones de prevención y promoción a nivel local.



■ Tanto usuarios como técnicos expresan no tener conocimiento de las políticas sanitarias diseñadas para el ámbito rural, nos referimos al Plan Nacional de Salud Rural. El desconocimiento del PNSR plantea una contradicción con la propuesta de participación que este plan intenta impulsar. Si bien se realizaron acciones de difusión en el departamento no parecen haber llegado a las zonas donde se realizó esta investigación, ni tampoco los técnicos que trabajan en territorio, actores fundamentales de la difusión de información, lo manejaban. Como hipótesis se puede pensar en la presencia de factores de modalidad comunicacional, de estructura del mensaje, o factores de poder a nivel de la descentralización departamental que se expresan en la circulación de información.

Es necesario desmitificar la participación como un proceso ajeno al sujeto y por ende a las comunidades. Participar significa dejar ser y aceptar ser. No es lo mismo buscar la validación social de las políticas gubernamentales que promover la participación.

Participar en salud es retomar la capacidad de responsabilizarse por la propia existencia, por las contradicciones y conflictos de la convivencia y la aceptación de las propias capacidades. No es posible decretar la participación porque sería otro ejercicio de poder, un intento de alienar una cualidad propia del sujeto que se expresa de forma diversa según el contexto.

En salud, promover la participación es disolver la asimetría del modelo médico reconociendo que el sujeto también puede aliviar su sufrimiento a partir de la comprensión del síntoma, reconectando su biología con sus emociones y su existencia. Promover la participación en salud exige que el médico reconozca y acepte su no saber para poder realizar la búsqueda de la causa del malestar, junto con el sujeto en situación.

La industria farmacéutica y la mercantilización de la atención a la salud, sobre las que se sostiene el modelo médico hegemónico, desvalorizan el rol del sujeto en su auto curación y lo descontextualizan para su tratamiento. Consideramos desde nuestra profesión, que la proliferación de técnicas de autoayuda, de terapias alternativas que ponen en el centro del



proceso de sanación a la voluntad del propio sujeto, es un movimiento pendular hacia la vuelta a la personalización del ser humano rescatándolo de la identidad de consumidor que el proceso de globalización generó en la sociedad postmoderna.

## **SUMANDO REFLEXIONES.**

Creemos que la psicología puede aportar herramientas a esta comprensión transformadora de los procesos participativos como expresiones de las distintas formas del ser a partir de la restitución de la palabra como herramienta. Pero para alcanzar un cambio hay que cambiar.

Para alcanzar cambios en el sistema de atención a la salud rural es necesario integrar cambios en la formación de los RRHH que atienden la salud. Incluir en el currículo más trabajos interdisciplinarios, en relación a los aspectos psicológicos, sociológicos, filosóficos, comunicacionales de la salud, y de la salud en zonas rurales, para lo cual la UDELAR deberá aprender a derribar varias de sus fronteras académicas. Pensar un modelo de salud integral cuando los RRHH en salud se forman en servicios universitarios fragmentados es difícil.

Instrumentar pasantías y practicantados rurales puede ser otra alternativa.

Existen aspectos de la mejora de la atención a la salud rural que no tienen directa relación con el modelo médico, pero lo determinan, por ejemplo el estado de las vías de acceso a las comunidades rurales. La enfermedad, o el bebé que va a nacer no miran el informe meteorológico. La lluvia no puede ser un organizador de la atención a la salud en el medio rural. Mejorar los caminos de acceso a los parajes, la conectividad telefónica, el acceso a servicios de agua potable para consumo y energía eléctrica no dependen de los prestadores de salud, pero limitan o impulsan su trabajo. Otros aspectos de la mejora de la salud rural se relacionan con las condiciones de trabajo del personal de salud, tanto funcionarios como técnicos, en relación a remuneraciones, acceso a formación permanente acondicionamiento de locales, accesibilidad a medios de transporte entre otros.



La figura del agente comunitario es una bisagra fundamental en la puerta de entrada a la comunidad rural, sería necesario fortalecer este rol, con herramientas, con formación, pero primeramente con respeto y reconocimiento.

Otros aspectos que deben a nuestro entender, ser revisados, tienen que ver con la evaluación de la calidad del servicio de atención en el medio rural no solamente o principalmente en función de números de consultas sino también en número de solicitudes resueltas, ya sea en la consulta del centro auxiliar o policlínica rural, en la orientación al sujeto, en la derivación oportuna, en la coordinación o complementación de servicios o la llegada al domicilio. Cuando hablamos de la ruralidad dispersa el domicilio significa atravesar cañadas y sierras y no siempre hay recursos de transporte, de capacitación, o emocionales en el personal de salud para afrontar estas demandas. Dar respuestas posibles en condiciones extremas es un requisito en las salas de cuidados intensivos más avanzadas, como en los programas de la televisión, y también en medio de la sierra, inmovilizado por caminos anegados. Creemos que es necesario revalorizar la participación de profesionales de las ciencias sociales en los equipos de salud, para el trabajo con el usuario y con el propio equipo. Existen carencias en la atención, diagnóstico y prevención de trastornos mentales y situaciones que comprometen el bienestar psicosocial del sujeto en las comunidades rurales, tanto a nivel de usuarios como a nivel de profesionales. Muchas veces el nivel extremo de las situaciones que se viven en el medio rural sumada a la falta de recursos y la falta de esperanza en cambios reales hacen que también el personal de salud se vea afectado en su bienestar y energía personal para el desempeño de sus tareas. La desesperanza, la naturalización de los problemas relacionado por ejemplo a la violencia doméstica, los problemas de aprendizaje, la depresión encubierta en el consumo, entre otros, afectan también al profesional que trabaja en el medio rural.

Expresar la propia opinión es un conducta de autoafirmación, de reafirmación personal, lo que involucra la autopercepción, la autoestima y el inter juego de roles asumidos y asignados. Las zonas rurales y sobre todo la ruralidad dispersa, se encuentran en situaciones de vulnerabilidad



y aislamiento mayores que las zonas urbanas e incluso de ruralidad nucleada. En estos contextos de precariedad, muchas veces asociados también a la pobreza, la inestabilidad económica, que se basa en una agricultura familiar cada vez más débil, el asistencialismo, y el clientelismo son formas alternativas para acceder a recursos. La participación como propuesta cuestiona estas modalidades de relacionamiento pero debemos preguntarnos si las instituciones están preparadas para asumir el compromiso de las propuestas en tiempo real, a escala humana y no a tiempo institucional, burocratizado. Esta distancia en la percepción de la respuesta a la necesidad, generalmente vacía de contenido la participación y generan pérdida de confianza y descrédito en el medio rural. Conocer la historia comunitaria en relación a experiencias anteriores de intervención social y el análisis de las redes de intercambios de bienes, servicios, materiales y simbólicos, son herramientas importantes previas a la instrumentación de planes y programas en zonas específicas. Este análisis puede mostrar intervenciones anteriores que no cumplieron lo que “participativamente “se acordó y esa responsabilidad hay que asumirla, no alcanza con decir “que antes estaban otros, pero ahora nosotros.... “. Aunque con buenas intenciones, este tipo de respuestas a los reclamos corren el riesgo de reforzar el asistencialismo disfrazado de participacionismo. La participación lleva tiempo, y es necesario dedicar tiempo también al conocimiento y la comprensión del pasado de las comunidades en relación a intervenciones en salud, para evitar el mesianismo.

Un real cambio en el modelo de organización de la atención, radica por un lado, en la actitud del profesional con respecto a su rol en el proceso de sanación y su concepción de sujeto. Por otro lado se relaciona con la toma de conciencia por parte de los sujetos de su propio poder en relación a los procesos de sanación.

Creemos que el SNIS está en el camino de realizar estos cambios, pero si no se realizan reformas en la formación de RRHH, y en la estructura de la organización de los servicios en el medio rural, no se podrá avanzar demasiado.





Quedan planteadas las siguientes interrogantes, que compartimos y que se recogieron en el transcurso de este estudio:

¿El corporativismo en la salud y la industria farmacéutica aceptarán estos cambios?

¿Hasta dónde está dispuesto el SNIS de avanzar en la implementación de planes que promuevan a los sujetos apropiarse de su poder para manejar su salud?



**CODA**



***“Cuando me disponía a partir decidí preguntarle una vez más por los enemigos del hombre de conocimiento. No podría regresar en algún tiempo, le dije, y me gustaría meditar en ello mientras estuviera afuera.***

*“Cuando un hombre empieza a aprender, dijo, nunca sabe lo que va a encontrar. Espera recompensas que nunca llegarán, pues no sabe nada de los trabajos que cuesta aprender. Pero uno aprende así, poquito a poquito al comienzo y luego más y más. Lo que se aprende no es nunca lo que se creía, el propósito del hombre se convierte en un campo de batalla y el miedo empieza a crecer sin misericordia.*

**¿Y qué puede hacer para superar el miedo?**

*Debe desafiar el miedo, y dar el siguiente paso, y el siguiente. Debe estar lleno de miedo pero no debe detenerse. Esa es la regla. Una vez que el hombre ha conquistado el miedo, está libre de él por el resto de la vida, porque a cambio del miedo ha adquirido la claridad*

**¿Cómo puede vencer la claridad?**

*Debe desafiar su claridad como desafió su miedo. Usarla sólo para ver y esperar con paciencia, medir con tiento. Cuando comprenda que la claridad no es más que un punto delante de sus ojos, llegará a una posición donde nada puede ya dañarlo. Pero ha tropezado con su tercer enemigo, el poder. El poder es el más fuerte de todos los enemigos y es el más fácil para rendirse. El hombre manda, comienza tomando riesgos calculados termina haciendo reglas. Y de pronto, sin saber, habrá perdido la batalla.*

**¿Perderá su poder?** *No nunca perderá su claridad ni su poder.*

**¿Entonces, que lo distinguirá de un hombre de conocimiento?**

*Un hombre vencido por el poder, morirá sin saber realmente como manejarlo, será solo una carga en su destino, y perderá poco a poco el dominio sobre sí mismo.*

**¿Cómo se vence el poder?**

*Si puede ver que sin control sobre sí mismo, la claridad y el poder son peores que los errores. El hombre estará entonces al fin de su travesía por el camino del conocimiento. Este es el tiempo en que el hombre ya no tiene miedos, ya no tiene claridad impaciente y puede controlar su poder, pero también el tiempo en que siente un deseo constante de descansar. Casi sin advertirlo tropezará con su último enemigo, la vejez. Este es el único enemigo que no se vence, se ahuyenta.*

**¿Cómo se ahuyenta?**

*Si el hombre se sacude el cansancio, y no se deja arrullar por la fatiga, y vive su destino hasta el final, entonces puede ser llamado hombre de conocimiento.*

**Las enseñanzas de Don Juan. Carlos Castaneda**



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

**Abdala, W; Calanchini, J. J ; Maciel, M. (1994)** .Manual de Ciencia Política. Tomo I fundación de cultura universitaria. Montevideo Uruguay

**ART/OPP (2008)** Cuadernos para el Desarrollo Local. Serie: Recursos Económicos y sociales para el desarrollo local. Programa de Desarrollo Local.. Uruguay

**Agudelo, C. (1983)** Participación Comunitaria en Salud. Conceptos y Criterios de Valoración. Bulletin of Pan American Health Organization

**Alonso González M. 2005.** Habilidades comunicativas para establecer una adecuada relación médico-paciente. Matanzas: Facultad de Ciencias Médicas.

**Alonso, N. (2009)** Los procesos de participación en salud: dos experiencias que protagonizaron los grupos de usuarios de salud en servicios de salud de Peñarol y las Piedras Facultad de Ciencias Sociales. Tesis. Montevideo .Biblioteca del servicio ubicaciónTS449.

**Arias Ma. (2009)** Accesibilidad y participación ciudadana en el sistema de salud. Una mirada desde la psicología. Fin de siglo .Montevideo

**Baró, M. (1995)** Procesos psíquicos y poder. Citado por Montero, M. en Psicología de la Acción Política .Ed. Paidós. 1995 Bs.As. Argentina

**Barrenechea, C; Bonino, M ; Celiberti, A ; Ciganda , E; Echenique, E ; Echenique, L. (1993)** Acción y Participación Comunitaria en Salud. Ed. Nordan Montevideo

**Bronfman, M; Gleizer, M. (1994)** Participación Comunitaria : ¿ Necesidad, excusa o estrategia? O de qué hablamos cuando hablamos de participación comunitaria? Cad. Saúde Pública. Río de Janeiro. (111-112) (1)

**Cardarelli, G., Lapalma A. y Robirosa M., (1990)** Turbulencia y Planificación social. UNICEF & Siglo XXI Editores. Buenos Aires.

**Carro, S. Fernández, A. (2010 )** Estudio del Egreso Escolar en el departamento de Treinta y Tres . Primer Encuentro Internacional de Investigación en Educación Rural. Centro Agustín Ferreiro. Canelones Ponencia. Material sin editar



-2012 Tejiendo Redes. La Relación Escuela, Familia y Comunidad en el medio rural. Ed. Psicolibros Universitario Montevideo.

**Cigales, N; Machado, M ; Tabarez, N ; Ferreira, Ma. ; Bueno, L ; Aristimuño, E .** (2012) Enfermería Rural En Treinta Y Tres: Interacción Social Y Comunitaria Historia, Evolución Y Cambios. IV Jornadas de actualización en Enfermería Rural La Charqueada. Treinta y Tres. Ponencia ppt. Material sin editar.

**Claramunt Abbate, A.** (2006) Participación en políticas sociales descentralizadas .El impacto en los actores sociales .Espacio Editorial .Bs As Argentina

**Chiappe, M; Carámbula, M. y Fernández, E.** (compiladores). 2009. El campo uruguayo: una mirada desde la sociología rural. Ed. Facultad de Agronomía. Montevideo.

**Dios Lorente JA de, Jiménez Arias ME.** (2009) La comunicación en salud desde las perspectivas ética, asistencial, docente y gerencial [artículo en línea] MEDISAN 2009; 13(1). <[http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13\\_1\\_09/san10109.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san10109.htm)>[consulta: 26 de setiembre 2014].

**De Paula, A.** (2010) Participación social y sistema de salud, el lugar de los usuarios. Facultad de Ciencias Sociales. Tesis. Biblioteca del servicio ubicación TS448.

**Diaz Bordenave, J.** (2003) O qué é a participacao. Citado en La salud de todos: desde el proyecto a la Acción .La Experiencia de Montevideo. Red N°5 Programa URB-AL

**Dibarboure, H.** (1996). Historias .Oficina del Libro AEM. Montevideo

-(2003) .La Salud en estado de mal: análisis de la atención de la salud en Uruguay. Revista de la maestría en Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires. Año 1, N°1. Buenos Aires.

**Dixis Figueroa Pedraza** (2002) citado en la Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición. Universidad Autónoma de Nuevo León. En Vol 3 No.2 Abril-Junio



**Freire,P** 2000 Concientization. Cross Currents, 24,(1),23-28 . Citado por Villalobos, J. Educación y Concientización: legados del pensamiento y acción de Paulo Freire en Educere. Red de Revistas Científicas de AL,el Acribe España y Portugal. Vol 4. N°10 julio –setiembre 2000. Disponible en <http://www.redalyc.org7articulo.oa?id035641003> .consultado el 26-9-14

**Ferrer Herrera, I; Borroto Zaldivar, T; Sanchez Cartaya; Ma. E y Alvarez Vazquez, J.** La participación de la comunidad en salud. En Revista Cubana Med Gen Integr ;17 (3):268-73

**Ferullo de Parajón,A.** (2006) El Triángulo de las 3 P. Psicología, participación y poder. Ed. Paidós Bs As

**Fleury,S** (1999) en [www.inau.gub.uy/biblioteca/inde](http://www.inau.gub.uy/biblioteca/inde) consultado 20/09/14 21.13 hr

**Galende, E.**(1997). De un horizonte incierto Ed Paidos Bs As Argentina

-(2008) Psicofármacos y salud mental: la ilusión de no ser. Ed Lugar .Bs As

**Galtung, Johan. (1996)** Teoría y métodos de la investigación social. T1. Ed. Eudeba. Bs As

**Giorgi. V .** 1990 Vínculo, marginalidad y salud mental. Ed. Rocaviva Montevideo

-(2004) Entre la crisis y la esperanza. Nuevos desafíos para la Psicología. Encuentro Nacional de Psicólogos. Maldonado. Inédito. Citado en psicología y Políticas Sociales. Hacia la deconstrucción del Desamparo. XVIII Encuentro Nacional de Psicólogos. Treinta y Tres. Ponencia

-(2013) Modelos de Salud Material didáctico sin editar ppt. .Área de Salud Facultad de Psicología .UDELAR

- (2010) La participación de Niños, Niñas y Adolescentes en las Américas a 20 años de la convención de los Derechos del Niño. Documento elaborado a solicitud del Instituto Interamericano del Niño. En Menú de Indicadores y Sistema de Monitoreo del Derecho a la Participación de Niños, Niñas y Adolescentes. OEA-Instituto Interamericano del Niño, Niña y Adolescente.

**Guida, C; Perea,J ; Rodríguez,D ; Rosenberg, S** (1999) Participación comunitaria en el 1er nivel de Atención en Salud. Facultad de Psicología. Área de Salud UR.IMM



**González Ortuya, P; Etchebarne; L; Bozzo Lafranchi; E; Garay Albarracin,M.** (2005) Programación Participativa en Salud Comunitaria. Facultad de Enfermería. Comisión Sectorial de Educación Permanente. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.

**Hernández, E.** (1994) Elementos que facilitan o dificultan el surgimiento de un liderazgo comunitario, en Montero, M.(coord.) Psicología Social comunitaria. Teoría, método y experiencia. Ed. de la Universidad de Guadalajara. Citado por Ferullo A (2006) en El Triángulo de las 3 P. Psicología, participación y poder. Ed. Paidós Bs As

**Hubert C. de Grammont D.R.** © 2004. Revista Mexicana de Sociología, año 66, núm. especial. México, D. F., pp. 279-300. <http://es.scribd.com/doc/29053380/> consultado el 21 de enero de 2013 18 50.hr

**IMPO.gub.uy** Estatuto del Trabajador Rural. [www.impo.com.uy/bancodatos/rural.htm](http://www.impo.com.uy/bancodatos/rural.htm) recuperado mayo 2014.

**Luhmann, Niklas** (1984), Sistemas Sociales, Barcelona: Anthropos-UIA-CEJA.

**Ley 18.211.**(2007) Sistema Nacional Integrado de Salud. En [www.parlamento.gub.uy/leyes/ley18211.htm](http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ley18211.htm) Recuperado el 4 -1-14

**Maturana Romecín, Humberto.** (1992) EDICIONES PEDAGÓGICAS CHILENAS, S.A. Chile

**Max-Neef.M** (1993) Desarrollo a Escala Humana. Conceptos Aplicaciones y algunas reflexiones. Ed. Redes Amigos de laTierra.. Montevideo Uruguay.

**Menéndez E. L.**(1988) Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 1988 Pág. 451-464

**Ministerio de Salud Pública.** 2010. Departamento de Programación Estratégica de Salud /MSP. Área de Promoción de la Salud y Prevención Plan Nacional de Salud Rural. Versión 16-12-10.

**Morales Calatayud, F.** (1999) Introducción a la Psicología de la Salud. Ed. Paidós Bs.As



**MNUSPP** (2011) Análisis y Sugerencias del Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud Pública y Privada. [usss.org.uy/wp.../Salud-Rural-Análisis-y-Sugerencias-del-MNUSPP2.pdf](http://usss.org.uy/wp.../Salud-Rural-Análisis-y-Sugerencias-del-MNUSPP2.pdf) recuperado enero 2013“

**Montero, M.** (2003) Teoría y Práctica de la Psicología Comunitaria. La tensión entre comunidad y sociedad. Ed Paidós. Bs As.

**Najmanovich, D.** (2003) La Complejidad.: de los Paradigmas a las Figuras del pensar. [RevistadeComplejidadCienciayEstetica.enww.sintesy.cl/complexus/recista/2/.../denise%20najmanovich](http://RevistadeComplejidadCienciayEstetica.enww.sintesy.cl/complexus/recista/2/.../denise%20najmanovich).recuperado agosto 2012.

**Nodos de Salud. Tacuarembó** (2012) Sistematización de la experiencia. Material sin editar.

**Oakley P.**(1990) Intervención de la comunidad en el desarrollo sanitario. Examen de los aspectos esenciales. Ginebra OMS. Citado en Iliana Reyes Alvarez; et all .Op cit.

**Pampliega. A.** (1994) Enfoques y perspectivas en psicología social. Ed. Cinco. Ba. As

**Parsons, T.:** (1997) Ensayos de teoría sociológica, Paidós, Bs. Aires, 1967.

**Pineda, E; Alvarado, E; Canales, F** .(1994) Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. Serie Platex N° 35

**Politzer, G.** (1969) Crítica de los fundamentos de la Psicología. Ed. Martínez Roca. Barcelona.

**Rodríguez Bustamente, N.**(1967) La relación médico - paciente. [En línea] Revista de Psicología, 5, p.137-142. Disponible en: [http://www.fuentesmemoria.fahce.unlp.edu.ar/art\\_revistas/pr.891/pr.891](http://www.fuentesmemoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.891/pr.891) . Recuperado 5-9-14

**Rovere, M.** Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud. Serie de Recursos Humanos. N° 96 OPS. 1993 ISBN 92 75 32093 4

**Rebellato, J.L; Giménez, L.** (1997) Ética de la Autonomía. Desde la práctica de la psicología con las comunidades. Ed. Roca Vica - Laquinta S.R.L Montevideo

**Reyes Alvarez. I.; Sanabria Ramos, G; Medina Gondres, Z y Báez Dueñas, R.** (1996) Metodología para la caracterización de la participación comunitaria en salud. Revista Cubana de Salud Pública.(Revista en la internet) 1996 (1):5-6. Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php> recuperado diciembre 2011



**Riella, A. y Romero, J.** (2003). Nueva ruralidad y empleo no-agrícola en Uruguay. En Territorios y organización social de la agricultura. Editorial La Colmena. Buenos Aires.

**Samaja, J.** (1994) Epistemología y Metodología: Elementos para una teoría de la investigación científica. 2da ed. EUDEBA. Bs As 1994

- (2000) La reproducción social y la relación entre la salud y las condiciones de vida. Monografía. (Material manejado en la maestría)

**Serrano García y López Sánchez.** (1994) Una perspectiva diferente del poder y el cambio social para la psicología social comunitaria. En: Psicología Social Comunitaria. Método y Experiencia. M. Montero Coord. Guadalajara. Mx.

**Solari, A.** 1958. Sociología Rural Nacional. Segunda Edición. Montevideo. Facultad de Derecho.

**Van Asselt, M** (2000). Perspectives on uncertainty and Risk. The Prima Approach to Decision Support. Dordrecht: Kluwer Academic Publisher

**Vitelli, R.** (2008) Participación, ciudadanía y capital social: un estudio de mujeres en el medio rural. Art. en El Uruguay desde la sociología. VI Integración regional, desarrollo y ciudadanía. Debates en teoría social contemporánea. Montevideo. p 65-78





# ANEXOS

## ANEXO 1

### MATRIZ RECTORA FINAL: Distribución de las dimensiones según nº de respuesta

Facilitadores de la participación según resultados del estudio exploratorio.			
VARIABLES	DIMENSIONES	VALOR	INDICADORES
Participación (V1)	1- Recibir información	La radio y los folletos	1. Accesible 2. Comprensible
	2- Espacios de expresión de la opinión.	Espontáneos comunitarios y	<b>Reuniones vecinales , sala de espera de la policlínica</b>
	3- Requisitos para tener opinión		<b>Tiempo libre.</b> <b>Nivel de instrucción.</b>
Atención a la salud (V2)	Actitud de los Técnicos	Comportamiento en la consulta	Escucha respetuosa. Tiempo dedicado a cada paciente en la consulta
		Residencia	Aux de enfermería con residencia local En Médicos se jerarquiza el comportamiento en la consulta más que la residencia.
	Organización	Frecuencia Horarios	En relación a la jornada laboral.

Elaboración propia



## ANEXO 2. Tablas Ampliatorias

Tabla 1 .Datos de informantes calificados según ocupación, edad, sexo, residencia y antigüedad laboral.

Ocupación	edad	sexo	Residencia	Antigüedad laboral	Antigüedad en el cargo
Auxiliar de enfermería	52	F	Poblado Alonso	30 años	2 años
Auxiliar de enfermería	47	F	Cerros de Amaro	23 años	18 años
DDS	50	F	Treinta y Tres	s/d	4 años
Usuaría 1/empleada Rural	28	F	Cerros de Amaro	-----	----- --
Usuaría 2/ama de casa	76	F	Cerros de Amaro	-----	----- --

**Tabla 2. Características de la muestra de Usuarios según edad, ocupación, sexo y Residencia. N = 34**

<b>Nombre</b>	<b>Edad</b>	<b>Ocupación</b>	<b>Sexo</b>	<b>Residencia</b>
F1	61	Jubilado	M	Poblado Alonso
F2	53	Jubilada	F	Poblado Alonso
F3	37	Peón rural	F	Poblado Alonso
F4	18	Labores	F	Poblado Alonso
F5	31	Ama de casa	F	Poblado Alonso
F6	32	Albañil	M	Poblado Alonso
F7	53	Ama de casa	M	Poblado Alonso
F8	77	Jubilado	M	Poblado Alonso
F9	63	Jubilada	F	Poblado Alonso
F10	92	Jubilado	M	Ma. Albina
F11	43	Labores	F	Ma. Albina
F12	29	Empleada	F	Ma. Albina
F13	29	Peón rural	M	Ma. Albina
F14	50	Hacendado	M	Ma. Albina
F15	77	Jubilado	M	Ma. Albina
F16	67	Jubilada	F	Ma. Albina
F17	56	Hacendada	F	Ma. Albina
F18	37	Ama de casa	F	Ma. Albina
F19	53	Policía	M	M. Albina
F20	41	Ama de casa	F	El Oro
F21	54	Ama de Casa	F	El Oro
F22	74	Ama de Casa	F	El Oro
F23	30	Maestro	M	Ma. Albina
F24	29	Auxiliar	F	Ma. Albina
F25	31	Peón rural	F	Ma. Albina
F26	65	Jubilada	F	Isla Patrulla
F27	78	Jubilado	M	Isla Patrulla
F28	44	Ama de casa	F	La Calavera
F29	54	Jornalero	M	La Calavera
F30	67	Empleado	M	C. de Amaro
F31	28	Ama de Casa	F	C. de Amaro
F32	59	Peón rural	M	Quebrada
F33	71	Peón rural	M	Quebrada
F34	57	Empleada	F	Rincón de Quintana

Elaboración propia



**Tabla 3- Características de la muestra de técnicos según edad, ocupación, sexo, residencia y antigüedad laboral. N= 13**

<b>N</b>	<b>Edad</b>	<b>Ocupación</b>	<b>Sexo</b>	<b>Residencia</b>	<b>Antigüedad Laboral</b>	<b>Antigüedad en el cargo actual</b>
1	52	Auxiliar de enfermería	F	Poblado Alonso	30 años	
2	36	médico	M	atiende en P Alonso	1 año	
3	42	Auxiliar de enfermería	F	Ma. Albina	17 años	
4	48	Auxiliar de enfermería	F	C. de Amaro		
5	46	Enfermera	F	Rincón	12 años	
6	47	Auxiliar de Enfermería	F	R. de Gadea	4 años	
7	37	Auxiliar de enfermería	F	La Calavera	14 años	
8	40	Directivo (T en Hemoterapia)	F	T y T	10 años	
9	49	Enfermera	F	Isla Patrulla	8 años	
10	56	Enfermera	F	El Oro		
11	54	Directivo (odontólogo)	F	T y T	27 años	
12	39	Lic. En enfermería	F	TyT	15 años	
13	53	Médico pediatra	F	TyT	26 años	

Elaboración propia a partir de los datos del cuestionario



**Tabla 4. Importancia de las características de la información según número de respuestas de usuarios y técnicos**

	Muy Importante		Relativamente Importante		No Importante		no/resp	
	Usuario	Técnico	Usuario	Técnico	Usuario	Técnico	Usuario	Técnico
Accesibilidad	30	12	0	0	0	0	4	1
Comprensibilidad	30	13	0	0	0	0	4	0
Exhaustividad	27	7	2	5	0	0	5	1

Elaboración propia a partir de los datos del cuestionario.



**Tabla 5. Fuentes de información más importantes según número de respuestas de usuarios.**

<b>Fuente de información</b>	<b>Nº de respuestas</b>
La consulta médica	13
La enfermera de la policlínica	18
Folleto	16
Charlas	12
Otros (internet)	2
Totales	61

Elaboración propia a partir de los datos del cuestionario. Esta pregunta admitía más de una opción de respuesta por usuario.



**Tabla 6. Contextos de circulación de información sobre salud según nº de respuestas de usuarios.**

<b>Contextos</b>	<b>Nº de respuestas</b>
Entre vecinos	12
En la sala de espera	7
En grupos de trabajo (incluye comisión de fomento)	2
En la consulta	8
En las rondas de salud	3
No responden	2
Totales	34

Elaboración propia a partir de los datos del cuestionario





Tabla 7 Importancia de las dimensiones de la organización de la atención según nº de respuestas

	Acuerdo		Parcialmente de acuerdo		Desacuerdo		No /responde	
	Usuarios	Técnico	Usuarios	Técnico	Usuarios	Técnico	Usuarios	Técnico
El técnico que sabe escuchar.	32	13	0	0	0	0	2	0
El técnico que respeta el saber popular sobre salud.	26	7	3	5	4	1	1	0
El técnico que no se muestra apurado en la consulta.	31	11	1	1	2	1	0	0
Que los técnicos vivan en la zona.	24	8	8	5	2	0	0	0
Que las reuniones se hagan fuera del horario de trabajo.	30	7	3	6	0	0	1	0
Que se consulte a los usuarios sobre sus necesidades en temas de salud.	28	9	4	3	0	0	2	1
Que se brinde información a los usuarios sobre temas de salud.	33	8	1	4	0	0	0	1

Fuente. Elaboración propia a partir de datos de la encuesta.



### **ANEXO 3.**

#### **GUIÓN DE DISCUSIÓN DEL FOCUS GROUP.**

1-¿Desde su experiencia de trabajo en el medio rural, que consejo o sugerencia sobre la participación de la comunidad le daría a alguien que recién empieza a trabajar en una policlínica rural?

2-¿Si tuviera que comenzar de nuevo a trabajar como auxiliar de enfermería en una policlínica rural, qué harías diferente? Por qué?

3- ¿Si tuviera que comenzar de nuevo a trabajar como auxiliar de enfermería en una policlínica rural, que volverías a hacer de la misma manera? ¿Por qué?

4- ¿En su opinión la población rural se involucra más en los temas de salud que la población urbana?



## ANEXO 4

CUESTIONARIO A TÉCNICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD.

Nº de formulario:  Encuestador: ..... Fecha: / /

Localidad: .....

### Información que debe leerse al encuestado:

*Las siguientes preguntas tienen la intención de conocer su percepción sobre las modalidades de participación del usuario rural y pequeñas localidades, en los programas de salud.*

*Su opinión es importante para comprender mejor los procesos participativos en este ámbito.*

### Datos del encuestado:

Profesión..... edad: ..... sexo: F / M Nombre: (opcional)

Antigüedad laboral ..... Antigüedad en el cargo actual .....

**Instrucciones que deben leerse al encuestado:** "Marque las respuestas que mejor representan su opinión."

### 1-En su opinión, la población rural se involucra en los temas referidos a la salud:

Siempre  A veces  Nunca

De acuerdo a la opción seleccionada:

Si respondió **Siempre** continúe con **opción A.**

Si respondió **A veces** continúe con **opción B.**

Si respondió **Nunca** continúe con **opción C.**

**A** - La forma más común de involucrarse es: (Puede marcar más de una opción)



a-Cuando se los cita.

b-En comisiones de trabajo.

c- En las jornadas de salud.

d-En la consulta

d-Otras.....

**B-** ¿Cuáles son en su experiencia, los temas de salud que más convocan a la población rural?

.....  
.....

**C-** Marque según su opinión, los obstáculos para que la población rural no se involucre en los temas de salud. (Puede marcar más de una opción)

a- No existe hábito de opinar.

b- Baja autoestima.

c-Carencias en la educación.

d-Las distancias desaniman.

e-Las reuniones se hacen en horarios de las tareas productivas.

f-Se manejan más con los remedios caseros.

g-Los técnicos no estimulan la participación

h- No les interesa.



g-Otros.....

**2- Le voy a mencionar algunos aspectos de la asistencia de salud y le pido que me diga, en su opinión, si facilitan que la población rural participe en temas de salud (Puede marcar más de uno)**

a- El técnico que sabe escuchar facilita la participación.

De acuerdo  Parcialmente de acuerdo  En desacuerdo

b- El técnico que es respetuoso con las costumbres populares sobre temas de salud, facilita la participación. (Por ej los remedios caseros, creencias en mal de ojo, etc.)

De acuerdo  Parcialmente de acuerdo  En desacuerdo

c- El técnico que no se muestra apurado en la consulta, facilita la participación.

De acuerdo  Parcialmente de acuerdo  En desacuerdo

d -Que los técnicos de salud vivan en la zona facilita la participación.

De acuerdo  Parcialmente de acuerdo  E n desacuerdo

e - Que las reuniones se hagan fuera de los horarios de trabajo facilita la participación.

De acuerdo  Parcialmente de acuerdo  En desacuerdo

f- Que se consulte a los usuarios sobre sus necesidades en temas de salud, favorece la participación. (Por ej. asambleas, grupos de usuarios, etc.)

De acuerdo  Parcialmente de acuerdo  En desacuerdo

g- Que se brinde información a los usuarios sobre temas de salud, favorece la participación.

De acuerdo  Parcialmente de acuerdo  En desacuerdo

f- ¿Puede mencionar otros factores que en su opinión favorecen la participación?

.....  
.....



**3 – ¿En su experiencia, cuales son los motivos más frecuentes de consulta en policlínica rural?**

.....  
.....

**4- ¿En su experiencia, cuales son las edades más frecuentes de consulta en policlínica rural?**

Niños  Jóvenes  Adultos  3era Edad

**5 -¿En su experiencia, quienes consultan con mayor frecuencia en policlínica rural?**

Hombres  Mujeres

**6- ¿Hay grupos de trabajo sobre temas de salud en esta zona?**

SI

NO

NO CONOCE

**7-¿Cuáles son los medios de información a la población rural sobre temas de salud que ud conoce?**

.....  
.....

**8- ¿En su opinión, la población urbana se involucra más que la población rural en los temas de salud?**

SI

NO

(Independientemente de la respuesta continuar con la pregunta 8.1)

**8.1-¿Cuáles son las razones, según su opinión para que suceda esto?**

.....



.....

**9- Le voy a nombrar 3 elementos y le pido que me diga, en su opinión, qué importancia tienen en los procesos participativos:** (escriba en el círculo el número que representa su opinión)

1- Muy Importante      2-Regular importancia      3-No es importante

1. Recibir información
2. Tener una opinión propia.
3. Que existan espacios destinados a la participación

**Continuar con las preguntas referidas a los ítems que consideraron “Muy importantes.”**

**9.1 Le voy a nombrar 3 características de la información y le pido me diga, en su opinión qué importancia tienen en los procesos participativos:** (escriba en el círculo el número que representa su opinión)

1- Muy Importante      2-Regular importancia      3-No es importante

- a-Que la información sea accesible fácilmente. (Consideramos accesible cuando cualquier persona pueda tener la información fácilmente)
- b-Que la información de fácil comprensión.
- c- Que la información sea exhaustiva. (Consideramos exhaustiva cuando cubre todos los aspectos del tema de interés)

**9.2 Le voy a nombrar 3 requisitos para tener una opinión propia y le pido que me diga, en su opinión, qué importancia tienen en los procesos participativos:** (escriba en el círculo el número que representa su opinión)

1- Muy Importante      2-Regular importancia      3-No es importante

- a-Tener estudios.



b-Tener experiencia en hablar en público.

c-Tener tiempo libre para ir a las actividades que se convocan.

**9.3-Le voy a nombrar 3 características de los espacios participativos y le pido que me diga, en su opinión, qué importancia tienen en los procesos participativos:**

1- Muy Importante    2-Regular importancia    3-No es importante

a-Que sean espacio Institucionales (del MSP, mutualistas, policlínicas)

b-Que sean espacios Comunitarios (centros de barrio, salones comunales, grupos de vecinos)

c-Que sean espacios que surjan por iniciativa de los vecinos cuando se necesiten.

**10- ¿Ha participado o conoce alguna experiencia participativa en una comunidad o localidad rural en el último año?**

SI     NO

Si respondió SI, continuar con la pregunta 9.1

Si respondió NO pasar a 11.

**10.1- Puede describirme brevemente la experiencia: (lugar, objetivos, resultados obtenidos)**

**11- ¿Conoce el Plan Nacional de Salud Rural?**

SI     NO

Si respondió SI: ¿Dónde recibió la información?

.....

**12- ¿Le gustaría agregar algún comentario que no esté incluido en el cuestionario?**

.....

.....





**13- ¿Le interesaría recibir los resultados de este estudio?**

Si la respuesta es **SI**, solicitar una forma de contacto:

celular	Tel del trabajo	Correo electrónico

**GRACIAS**

**(ENTREGAR TARJETA CON LOS DATOS DE LA RESPONSABLE DEL ESTUDIO)**

SOLO PARA EL ENCUESTADOR \*

Observaciones de la toma de la encuesta que el encuestador considere relevante, (por ejemplo situaciones del contexto, interferencias, actitud del encuestado, otras)

\*\*Solo para las encuestas aplicadas por encuestador



Nº de formulario:

Encuestador: ..... Fecha: / /

Localidad: .....

**Información que debe leerse al encuestado:**

*Las siguientes preguntas tienen la intención de conocer su percepción sobre los factores que favorecen la participación del usuario rural y pequeñas localidades. Su opinión es importante para comprender mejor los procesos participativos en este ámbito.*

**Datos del encuestado:**

Ocupación..... edad: ..... sexo: F / M Nombre: (opcional)

Residencia: .....

Ultimo año de estudios cursado: (escriba el año en el círculo)

Primaria  secundaria  terciaria-universitaria

**Instrucciones que deben leerse al encuestado:** "Marque las respuestas que mejor representan su opinión."

**1-¿Qué servicio de salud usa ud?**

- a- Salud Pública.
- b- Mutualista.
- c- Otro.....

**2-¿Cuándo se siente enfermo, como lo resuelve? (Puede marcar más de una opción)**

- a-Tomo un remedio casero que tengo en casa y si no mejoro voy al médico.
- b-Consulta con alguien que sabe de remedios caseros.
- c-Voy al médico.
- d- Llamo a la policlínica de la zona para que me oriente.
- e-Otro.....

Si **respondió a** continuar con **a1, a2.**

Si **respondió c** continuar con **c1.**

a.1 -¿Qué remedios caseros usa más frecuentemente?

a.2- ¿Cómo aprendió a usarlos?

c.1- ¿Qué servicio de salud usa con más frecuencia?

La policlínica local. Voy a Treinta y Tres. Otro .....

**3-¿Se habla sobre temas de salud en su comunidad?**



Si **respondió SI**, continúe con **3.1**

Si **respondió NO** continúe con **4.**

3.1 ¿Cómo se habla de temas de salud en su comunidad? (Puede marcar más de una opción)

- b) Entre los vecinos.
- c) En la sala de espera de la policlínica.
- d) Hay grupos de trabajo.
- e) En la comisión de fomento de la escuela.
- f) En la consulta con el médico.
- g) En las rondas de salud.

Si **respondió c** continúe con **c.1.**

c.1- ¿Cuáles son los temas que se hablan en el grupo?

**4- Le voy a mencionar algunos aspectos de la asistencia de salud y le pido que me diga, en su opinión, si facilitan que la población rural participe en temas de salud** (Puede marcar más de uno)

a- El técnico que sabe escuchar facilita la participación.

De acuerdo  Parcialmente de acuerdo  En desacuerdo

b- El técnico que es respetuoso con las costumbres populares sobre temas de salud, facilita la participación. (Por ej los remedios caseros, creencias en mal de ojo, etc.)

De acuerdo  Parcialmente de acuerdo  En desacuerdo

c- El técnico que no se muestra apurado en la consulta, facilita la participación.

De acuerdo  Parcialmente de acuerdo  En desacuerdo

d -Que los técnicos de salud vivan en la zona facilita la participación.

De acuerdo  Parcialmente de acuerdo  E n desacuerdo

e – Si las reuniones se hacen fuera de los horarios de trabajo facilita la participación.

De acuerdo  Parcialmente de acuerdo  En desacuerdo

f- Que se consulte a los usuarios sobre sus necesidades en temas de salud, favorece la participación. (Por ej. asambleas, grupos de usuarios, etc.)

De acuerdo  Parcialmente de acuerdo  En desacuerdo

g- Que se brinde información a los usuarios sobre temas de salud, favorece la participación.

De acuerdo  Parcialmente de acuerdo  En desacuerdo



h- ¿Puede mencionar otros factores que en su opinión favorecen la participación?

.....

**5-¿Recibe información sobre temas de salud?**

SI

A VECES

NO

**Si respondió SI o A veces**, continúe con **A**.

**Si respondió No** pase a la **opción h**.

A-¿De qué manera? (Puede marcar más de una opción)

a-En la consulta del médico

b- En los folletos

c-En charlas

d-Con la enfermera de la policlínica

e-Otros.....

f-¿La información que recibe se comprende fácilmente? SI NO

g-¿Qué información ha recibido en los últimos 3 meses?

.....

h- ¿le gustaría recibir información sobre algún tema de salud? SI NO

**Si respondió SI**, ¿sobre qué tema?

.....

**6-¿Ud. Opina en temas de salud?** SI NO

Si **respondió SI**, continúe con **6.1**

**6.1- A** ¿Cuándo opina? (Puede marcar más de una opción)

Si me preguntan  Cuando tengo algo para reclamar

**6.1- B** ¿Dónde expresa su opinión? (puede marcar más de una opción)

a-En las asambleas

b- En las comisiones de trabajo



c-En el grupo de usuarios

d-En la consulta

e-Con los vecinos

f-Otros.....

g -¿Percibe cambios a partir de las sugerencias? SI NO

Si **respondió SI**: ¿Me puede dar un ejemplo?

.....

**7-¿Cuáles son los medios de información a la población rural sobre temas de salud que ud conoce?**

.....

**8- ¿Hay grupos de trabajo sobre temas de salud en esta zona?**

SI

NO

NO CONOCE

Si **respondió SI**, ¿sobre qué tema es el grupo?

.....

**10- Le voy a nombrar 3 elementos y le pido que me diga, en su opinión, qué importancia tienen en los procesos participativos:** (escriba en el círculo el número que representa su opinión)

1- Muy Importante      2-Regular importancia      3-No es importante

- 4. Recibir información
- 5. Tener una opinión propia.
- 6. Que existan espacios destinados a la participación

**Continuar con las preguntas referidas a los ítems que se consideraron “Muy importantes.”**

**10.1 Le voy a nombrar 3 características de la información y le pido me diga, en su opinión qué importancia tienen en los procesos participativos:** (escriba en el círculo el número que representa su opinión)

1- Muy Importante      2-Regular importancia      3-No es importante

- a-Que la información sea accesible fácilmente. (Consideramos accesible cuando cualquier persona pueda tener la información fácilmente)
- b-Que la información de fácil comprensión.



c- Que la información sea exhaustiva. (Consideramos exhaustiva cuando cubre todos los aspectos del tema de interés)

**10.2 Le voy a nombrar 3 requisitos para tener una opinión propia y le pido que me diga, en su opinión, qué importancia tienen en los procesos participativos:** (escriba en el círculo el número que representa su opinión)

1- Muy Importante	2-Regular importancia	3-No es importante
-------------------	-----------------------	--------------------

a-Tener estudios.

b-Tener experiencia en hablar en público.

c-Tener tiempo libre para ir a las actividades que se convocan.

**10.3-Le voy a nombrar 3 características de los espacios participativos y le pido que me diga, en su opinión, qué importancia tienen en los procesos participativos:** (escriba en el círculo el número que representa su opinión)

1- Muy Importante	2-Regular importancia	3-No es importante
-------------------	-----------------------	--------------------

a-Que sean espacio Institucionales (del MSP, mutualistas, policlínicas)

b-Que sean espacios Comunitarios (centros de barrio, salones comunales, grupos de vecinos)

c-Que sean espacios que surjan por iniciativa de los vecinos cuando se necesiten.

**11- ¿Ha participado o conoce alguna experiencia participativa en el último año, en su comunidad u otras localidades rurales?**

 SI

 NO

Si respondió SI, continuar con la pregunta 10.1

Si respondió NO continúe con 12.

**11.1-** Puede describirme brevemente la experiencia: (lugar, objetivos, resultados obtenidos).

**12-¿Conoce el Plan Nacional de Salud Rural?** SI NO

Si respondió SI: ¿Donde recibió la información? .....

**13- ¿Le gustaría agregar algún comentario que no esté incluido en el cuestionario?**

.....



**14- ¿Le interesaría recibir los resultados de este estudio?**

Si la respuesta es **SI**, diga una forma de contacto:

celular	Tel del trabajo	Correo electrónico

**GRACIAS**  
**(ENTREGAR TARJETA CON LOS DATOS DE LA RESPONSABLE DEL ESTUDIO)**

SOLO PARA EL ENCUESTADOR \*

Observaciones de la toma de la encuesta que el encuestador considere relevante, (por ejemplo situaciones del contexto, interferencias, actitud del encuestado, otras)

\*Solo para las encuestas aplicadas por encuestador.