

EL DERECHO A LA SALUD EN LA PROVINCIA DE CÓRDOBA

UNA MIRADA COLECTIVA CONSTRUIDA DESDE LA PARTICIPACIÓN¹

En las últimas décadas, el campo de la salud pública viene siendo tensionado para procurar respuestas a dos desafíos importantes de nuestra época, las desigualdades (o injusticias) sociales y las cuestiones ambientales. Las búsquedas de respuestas a estas tensiones han impulsado numerosas iniciativas. En la Provincia de Córdoba venimos trabajando en la construcción de conocimientos que otorguen visibilidad a lo que está pasando en las comunidades/la salud, no solo para aumentar los espacios de accesibilidad a medidas de salud, sino como una conciencia de ciudadanía.

La exploración y construcción de conocimientos que puedan dialogar con disciplinas tradicionales de salud y otras que no lo son, entre actores académicos, institucionales y comunitarios, ofrece la posibilidad de relecturas para enfrentar el desafío de promover la salud, tanto como protegerla y recuperarla, poniendo por delante el reconocimiento de derechos de comunidades directamente involucradas. Ofrece también la capacidad de identificar problemas prácticos que agreguen el mayor número posible de intereses sociales y organizar en torno de esos problemas esfuerzos transdisciplinarios e intersectoriales de diversos órdenes, otorgando efectividad y legitimidad a los mismos. Pensamos que la participación de organizaciones en los procesos de discusión permite imprimir un carácter politizado, democratizado y regional a las prácticas de salud (aún aquellas de tipo asistencial), construyendo así un nuevo escenario para reducir las inequidades existentes. En suma, esta propuesta intenta repensar el rol de la ciencia para la producción de conocimientos que aporten a establecer prioridades de política pública en salud, acorde a necesidades identificadas en los escenarios de vida de las personas y las comunidades.

El trabajo conjunto con quienes intervienen en espacios de la vida cotidiana permite avanzar hacia un objetivo de “evitabilidad” de la violación de los Derechos Humanos,

en este caso en materia de salud; es decir, pasar del concepto de descripción al concepto de hacerse cargo de lo que se ve para buscar soluciones que muchas veces deben ser tomadas con la comunidad y no solamente desde el exterior de la comunidad (Tognoni, 2009). Establecer el grado de evitabilidad es imprescindible para generar medidas de control y seguimiento, “pues si no se establecen grados de diferencias de significación en las relaciones que se producen entre los conceptos y los casos empíricos no se puede conocer el deterioro y la violación de los derechos” (Tognoni, 2011).

Así, se propone en este trabajo compartir algunos conceptos en torno a la temática de la participación en salud, así como el análisis de algunos indicadores de salud-derechos-participación que surgen del Relevamiento de Experiencias de Salud Comunitaria, particularmente en el norte cordobés. El Relevamiento pretende visibilizar y comprender el sentido de la participación en diferentes experiencias de salud de base comunitaria en la Provincia de Córdoba. Se procura, asimismo, desde una mirada colectiva, dar cuenta de diferentes escenarios de vulneración de derechos humanos, particularmente vinculados con la salud.

Para ello, primero se desarrollan breves precisiones conceptuales, aclarando que en ocasiones se ha adoptado la modalidad de entrecruzar la teoría con las voces y reflexiones de quienes han participado a lo largo de los muchos encuentros del Seminario Permanente de Epidemiología Comunitaria (Seminario EPICOM) entre 2008 y 2012, dando cuenta de este modo de algunas de las temáticas que han sido convocantes en el Seminario. A continuación, se pone en discusión el concepto de indicador de salud, para finalmente exponer la metodología de trabajo y algunos resultados del Relevamiento realizado durante el año 2012.

La salud: un derecho humano fundamental. Apuntes para reflexionar acerca del goce a la salud en la Provincia de Córdoba

El derecho a la salud como derecho humano fundamental, es decir en su carácter de inalienable de la dignidad humana y universal (para todos/as las personas), es reconocido como tal en Argentina a partir de la reforma constitucional de 1994, a través de la incorporación

¹ Este informe ha sido elaborado por miembros del Programa Instituciones Sociales y Salud, y del Relevamiento de Experiencias de Salud Comunitaria, en el marco del Seminario Permanente de Epidemiología Comunitaria: Ana Karina Guri, María Daniela Abraham, Mariana Butinof, con la colaboración de Fernanda Retamar, Exequiel Torres, Analía Sampaoli. Deseamos expresar nuestro reconocimiento a las/os Promotoras/es de salud que han participado en el Relevamiento de Experiencias del Norte Cordobés: Mercedes Pérez, Eva Boscatto, Nemecio Ríos, Celia Ceballos, Mirta Moyano, Adriana Rojas, Pamela Filippi, Rafael Tejeiro, Analía Saire, Estela Rivero, Angelia Suarez, Cristian Castro, Ivana Oses.

con jerarquía constitucional de once declaraciones y tratados internacionales de Derechos Humanos (art. 75, inc. 22, Constitución Nacional), la mayoría de los cuales incorporan expresamente el derecho a la salud², estableciendo en cada caso el alcance, las obligaciones para el Estado, objetivos y metas de política pública en el área y consideraciones específicas para grupos que requieren protección especial. Tal como ha sido definido, (art. 12 del PIDESC), establece que: los Estados parte reconocen “el derecho de toda persona al disfrute de las facilidades, bienes y servicios necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud física y mental”, incluye: a) la atención de la salud; b) la transformación de los determinantes que condicionan los procesos de salud-enfermedad-atención en una comunidad, como el saneamiento ambiental, el acceso al agua potable y la educación; c) la participación de la comunidad; d) la elaboración de un plan integral de manera participativa y transparente que responda a las prioridades nacionales. Asimismo, para garantizar la participación, los Estados parte deben asignarle presupuesto y viabilizar los mecanismos para facilitar su concreción.

A nivel local, la Constitución de la Provincia de Córdoba (reforma de 1987), incorpora este derecho (entre otros), en sintonía con la normativa internacional, estableciendo específicamente en su articulado (art. 59) que “garantiza este derecho mediante acciones y prestaciones promoviendo la participación del individuo y la comunidad (...)”. Anteriormente, a nivel nacional, se puede encontrar una referencia al mismo en el artículo 14 bis (de la reforma constitucional de 1957), donde se menciona que el Estado debe otorgar “los beneficios de la seguridad social, que tendrá carácter de integral e irrenunciable”, y establece el seguro social obligatorio. Así, el derecho a la salud reconocido como tal quedaba condicionado al estatus de trabajador asalariado formal.

La satisfacción del derecho a la salud – y como hemos visto a la participación– en el derecho internacional de los derechos humanos se propone en referencia al desarrollo de un sistema de salud que garantice el acceso a la Atención Primaria de la Salud (APS) tal como ha sido formulada en Alma Ata en 1978, desde la perspectiva de la progresividad del derecho: el sistema debe avanzar progresivamente en la ampliación de la cobertura para toda la población en todas sus dimensiones. Resalta un abordaje de la salud como concepto positivo, vinculado al desarrollo pleno en la vida cotidiana, que como tal no se reduce al sector sanitario.

Sin embargo, el programa de reforma del sistema de salud que se implementó en el país durante la década del '90 y particularmente en la Provincia a partir de 1999, en

el marco de un proceso de reforma estructural, propició la sanción de nuevas leyes que fueron en sentido contrario al espíritu de lo enunciado en la Constitución generando multiplicidad de acciones que han alejado progresivamente al sistema de salud de estos pronósticos antes mencionados³. Así, se produce un contraste entre un mayor reconocimiento constitucional de derechos y un progresivo desmantelamiento del sistema de salud público, garante de su efectivo cumplimiento.

Las diversas formas en que la APS ha sido interpretada y desarrollada a lo largo de estas últimas décadas, la alejan grandemente de la propuesta original de Alma Ata, adquiriendo un carácter reduccionista y focalizado, en un marco de creciente inequidad social⁴. Desde los organismos financiadores internacionales (particularmente en el BID y el BM), se ha propuesto como estrategia de reforma y fortalecimiento de los sistemas de salud regionales una interpretación de la APS en un sentido claramente selectivo. Como consecuencia de la aplicación de políticas de corte neoliberal, que promovieron ajuste estructural, programas de préstamos externos, políticas focalizadas de atención, descentralización de los sistemas de atención y aplicación de mecanismos de mercado con la definición de paquetes básicos de servicios, se redefine la APS en un sentido restringido, sinónimo de programas compensatorios o de emergencia destinados a “grupos vulnerables” de la población⁵.

En la actualidad, Argentina, presenta un patrón epidemiológico dual, en el que coexisten las enfermedades no transmisibles y las lesiones con enfermedades prevalentes, emergentes y reemergentes, con importantes diferencias entre regiones y al interior de cada región. Tales diferencias, que revelan importantes inequidades en el acceso al derecho a la salud, pueden evidenciarse en indicadores demográficos como los de natalidad y mortalidad (ver a modo de ejemplos indicadores básicos de salud para el año 2012)⁶, o en las tasas de morbilidad de las enfermedades que el Estado vigila a través de su Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (listado de enfermedades de notificación obligatoria). La identificación y determinación de necesidades y prioridades al interior del sistema, entre comunidades y poblaciones diversas, requiere de una amplia reflexión y revisión, ya que es a partir de ellas que se justifican la puesta en marcha de las acciones que se llevan a cabo en materia de política sanitaria pública. Estas consideraciones tienen especial impacto en los grupos minoritarios o con menor capacidad de expresar sus necesidades (aún sin

2 Declaraciones y tratados incorporados a la Constitución Nacional Argentina que reconocen explícitamente el Derecho a la Salud: Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre (1948), Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC, 1966), Convención Americana sobre Derechos Humanos (1969), Convención sobre los Derechos del Niño (1989), la Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979) y la Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (1984).

3 Para una profundización de este tema, se sugiere la lectura de: Ase I., Buriyovich J. (2009) La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? Salud Colectiva. Buenos Aires, 5(1):27-47.

4 Altimir O., Beccaria L. 2000. La distribución del ingreso y el nuevo orden económico. *Socialis* 2:53-81.

5 Un interesante estudio de caso de la Provincia de Córdoba puede leerse en: Ase I., Buriyovich J. La estrategia de atención primaria de la salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? Salud Colectiva. Buenos Aires, 5(1):27-47, enero-abril, 2009.

6 Indicadores básicos de salud, año 2012. Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: www.msal.gov.ar/images/stories/pdf/indicadores-basicos-2012.pdf

ser minoritarios, como podría ser el caso de los adultos mayores); no debe desconocerse que los datos agregados enmascaran o simplemente desconocen las particularidades y diferencias locales. La Provincia de Córdoba presenta un escenario similar al que se expresa a nivel nacional, con grandes inequidades entre departamentos y regiones sanitarias, las cuales se manifiestan no sólo en indicadores económicos, de pobreza y en la carga de morbilidad y mortalidad que soporta la población, sino también en la infraestructura sanitaria instalada entre regiones.

En términos de la Epidemiología Comunitaria, partimos de la premisa de que las comunidades son el archivo vivo de las necesidades de salud y de derechos respetados y vulnerados. El relato de diferentes actores que han participado del Seminario Permanente EPICOM permite reflejar una mirada del sistema construida desde las vivencias de las prácticas, generando así su contexto. Se evidencia que en muchos casos las experiencias surgen como respuesta al corrimiento del Estado del lugar de garante de los derechos. A partir de la sanción de la Constitución Provincial de 1987, se logra el marco legal para llevar a cabo esta reforma, promoviendo procesos de descentralización de los sistemas de salud públicos y apertura de la salud a la participación comunitaria como uno de sus objetivos prioritarios, sosteniendo que la aplicación de estas políticas mejorarían la eficacia y la eficiencia de los sistemas de salud, y por otro la promoción de la figura de los hospitales públicos de autogestión; en su origen la descentralización perseguía llevar adelante un “proceso a través del cual la autoridad se sitúa lo más próximo a donde se sitúan los problemas o situaciones que amerita algún tipo de decisión y que por ello implica la transferencia de responsabilidades, capacidades y recursos desde un nivel superior de gobierno, a otro inferior” (Repetto, 2001).

Este escenario de redefinición del Estado como efector de políticas públicas se desarrolla en un contexto de priorización del ajuste fiscal, que “implicó, en la mayoría de los casos, una fuerte pérdida en la calidad de los servicios, y ha acentuado la heterogeneidad en las respuestas sanitarias que cada jurisdicción elabora, profundizando las desigualdades regionales y provocando enormes costos en términos de eficiencia y equidad” (Ase, 2006), en detrimento del modelo de salud basado en los derechos, y de esta forma se va instalando progresivamente la naturalización de la desigualdad. El ser ciudadano va cediendo su lugar de sujeto de derecho al ser “consumidor”.

Como ya se ha mencionado, el sistema de salud en la Provincia de Córdoba está organizado en regiones sanitarias; aquellas que concentran los mayores índices de pobreza son también las que presentan la menor infraestructura sanitaria para dar respuesta a las necesidades que se presentan en salud (Chuit, 2004). Por caso, en la Región Sanitaria III, (en la cual se desarrollan las experiencias que se exponen más adelante, cubre departamentos Sobremonte, Tulumba, Ischilín, Totoral, Río Seco), siendo una amplia región, prácticamente no existe infraestructura sanitaria del sistema público o privado con la complejidad suficiente para resolver un

conflicto que requiera de alguna terapia intensiva o una cirugía, motivo por el cual obliga a que gran parte de la gente deba movilizarse hasta la Ciudad de Córdoba para recibir la atención necesaria.

En este marco de crisis, comenzaron a surgir experiencias participativas de la mano de comunidades organizadas, para dar respuesta a diversas necesidades, con ayuda de técnicos y el apoyo de diversas instituciones. Las experiencias que se exponen más adelante dan cuenta de este proceso.

Las concepciones de salud que subyacen a las prácticas, o cómo avanzar en escenarios de transformación

A lo largo de los muchos encuentros del Seminario Permanente de EPICOM, se ha discutido acerca de las concepciones de salud que subyacen a las prácticas, o dicho de otro modo, qué es lo que produce salud, y por lo tanto debe ser promovido, y qué es lo que produce enfermedad, y por lo tanto debe ser identificado, evitado, transformado. La epidemiología nos puede mostrar quién, dónde y cuándo está, o podría estar, más involucrado en situaciones de riesgo para la salud. Pero para comprender porqué y trazar caminos para intervenir sobre ese proceso resultan necesarios, además y por sobre todo, saberes mediadores, construidos en los escenarios de vida de las comunidades, síntesis en las cuales los aspectos políticos, éticos, culturales y psico-afectivos puedan mostrarse en la concreción de su complejidad social. Cualquier intento de aprehender una situación-problema desde una perspectiva que no incluya de algún modo a los participantes de la situación-problema, estará produciendo un saber dirigido hacia la abstracción, requiriendo saberes que lo reconduzcan a síntesis más pragmáticas (Cereznia, 2006).

Ya desde la década del 70', se instalaron algunos interrogantes, aún vigentes, en la agenda de la llamada nueva salud pública, que diversos autores de la corriente de la salud colectiva han enunciado; Firpo Porto y Pivetta (2009) los sintetizan así: ¿Cuáles son los principales determinantes o condicionantes del proceso salud enfermedad en una sociedad dada? ¿Qué es salud y calidad de vida desde una perspectiva que supere el paradigma biomédico centrado en la enfermedad? ¿Cómo enfrentar la crisis de los sistemas de salud, expresada en los países pobres por la ausencia de recursos y organización y en los países ricos por la creciente demanda de procedimientos caros relacionados con las enfermedades crónicas, en parte debido al creciente aumento de la expectativa de vida de la población? Y más allá de las acciones asistenciales, ¿Cómo promover condiciones que permitan el florecimiento de la vida humana y no humana, individual y colectiva?, ¿Cómo articular la agenda de la salud pública con las agendas sociales y ambientales en creciente expansión?

En respuesta a algunos de estos interrogantes, surge a nivel internacional el movimiento por la Promoción de la

Salud⁷, que propone un importante cambio conceptual en torno a la salud, connotándola de su sentido positivo (y no sólo como prevención de la enfermedad). Uno de los ejes básicos del discurso de la promoción de la salud es fortalecer la idea de autonomía de los sujetos y grupos sociales, en torno a acciones que fomenten estilos de vida saludables, que contemplan el control individual de cuestiones tales como la dieta, la actividad física, la conducta sexual, etc. Sin embargo, resulta necesario discutir con qué concepción de autonomía es que se han construido estas propuestas, ya que se ha señalado una tendencia a asimilar la promoción de la salud con una disminución de las responsabilidades del Estado, delegando, progresivamente, a los individuos, la tarea de tomar el cuidado de sí mismos. Marchiori Buss (2006:43), distingue actividades de prevención de aquellas de promoción:

“...una buena parte de la confusión entre promoción y prevención proviene del gran énfasis en modificaciones de comportamiento individual y de la base, casi exclusiva, en factores de riesgo para determinadas enfermedades, dominantes en ciertos programas de promoción de salud. Esta convergencia sobre el individuo y su comportamiento tiene su origen en la tradición de intervención clínica y en el paradigma biomédico. En ese caso, el locus de responsabilidad y la unidad de análisis son el individuo, que es visto como último responsable (si no el único) de su estado de salud. En cualquier caso la promoción de la salud se presenta como una estrategia de mediación entre las personas y su ambiente, combinando elecciones individuales con responsabilidad social por la salud (las llamadas políticas públicas saludables). En ese sentido, las estrategias de promoción de salud son más integradas e intersectoriales, de la misma forma que suponen una efectiva participación de la población desde su formulación hasta su puesta en práctica.”

Posteriormente, discusiones y conferencias internacionales ampliaron el espectro individualista de la promoción de salud hacia visiones más amplias y críticas, con foco en políticas públicas intersectoriales, en su articulación con los movimientos sociales, preocupados por el desarrollo local, los procesos participativos comunitarios orientados hacia la equidad, la democracia y el acceso a los bienes y servicios públicos. Aún así, la promoción de la salud sigue siendo un concepto abierto y controversial, que sigue planteando interrogantes acerca de qué es salud y cómo promoverla en contextos concretos, particularmente si se pretende implementar programas diseñados internacionalmente en contextos locales, sin profundizar en las causas y contextos de inequidad y vulnerabilidad socioambiental en las cuales se pretenden aplicar tales acciones (Firpo, Porto y Pivetta, 2009). Al respecto, señala un integrante del Seminario:

“Alcanzar autonomía es aumentar la percepción

7 El movimiento de Promoción de la Salud nace en Canadá en 1974, con el Relatorio de Lalonde (entonces ministro de salud); estas ideas son tomadas por la OMS y formalizadas por la Carta de Ottawa en 1986 y las conferencias que siguieron.

comunitaria de la salud, pensando en la diversidad de factores que están presentes en la vida cotidiana y hacen a la salud y a la posibilidad de plantear estrategias participativas de exigibilidad de derechos”

Asimismo, a lo largo del Seminario de EPICOM 2012 se han discutido los conceptos de individualidad e individualismo, siendo éste último asimilado a una construcción de salud a tono con una idea de salud “mercancía” vigente en las sociedades capitalistas. Se vincula la idea de individuo con libertad, individual y colectiva, cuestionando:

“¿La libertad se consigue individualmente?, ¿y qué pasa con las formas de obtener libertad?, ¿y con los grupos cuando obtienen poder? ... a veces no se ejerce la solidaridad entre los grupos; otras puede verse cómo diferentes grupos con diferentes necesidades van haciendo una construcción más colectiva”.

“La generación de los 90’ ha sido marcada por diferentes prácticas que tienen que ver con el individualismo, el sálvese quien pueda. Necesitamos fortalecer lo colectivo, uno vive y ve el individualismo en todas las comunidades, entonces debemos tratar de hacerlo consciente. Reflexionarlo con otros nos interpela como personas. En los 90 era un individuo, hoy puedo decir que, después de haber hecho un proceso, me siento una persona.”

Indicadores útiles para reconocer y ampliar derechos

Durante 2012 se ha desarrollado una intensa discusión acerca de los indicadores de salud que sirven a las comunidades, continuando desarrollos previos⁸.

EPICOM concibe salud como indicador de vida y derechos de una comunidad. En función de ello, los indicadores de salud deben estar acorde a las necesidades de las comunidades, aportar conocimientos de la vida de las comunidades para que ellas mismas puedan reconocerlos, apoyando acciones de control social, y servir para avanzar en transformaciones políticas. La organización de las comunidades en torno a su salud representa un avance en términos de derecho a la salud y es desde esta perspectiva que pensamos la prevención, promoción y la vigilancia de la salud, como un proyecto de transformación. Así entendida, la participación de la comunidad también aporta al fortalecimiento del sistema de salud, en tanto se constituye en una participación política.

Al respecto dice Tognoni (2012):

“Quien trabaja pensando que vale la pena, como expresión de respeto por la dignidad humana, por mantener

8 En el informe “El Derecho a la participación en salud” (2011), que expone resultados previos del relevamiento de experiencias de salud, se puede leer una discusión acerca de algunos conceptos transversales a los indicadores, redefiniendo tiempo, lugar, persona, dato y resultado desde la perspectiva de epidemiología comunitaria – derechos. Disponible en: <http://www.extension.unc.edu.ar/vinculacion/observatorio-ddhh/Derecho-a-la-salud/Derechoala%20ParticipacionenSalud.pdf>

raíces en la vida real de la gente, debe intentar identificar indicadores que permitan sostener una memoria de la coincidencia entre derechos humanos y derechos de salud. Esta es una primera manera de pensar los indicadores. De este modo, no sólo se hace un trabajo local, sino que se sostiene una capacidad de lenguaje cotidiano, que construye una continuidad.”

“Los derechos de vida practicables deben coincidir con relaciones reales de las personas. Por ejemplo, la autonomía de vida lograda a través de un trabajo en red con adultos mayores es el indicador del presente posible, no prevé lo que pasará mañana. Las desigualdades deben aparecer como protagonistas (...) para asumir las responsabilidades.”

Se requieren desde esta perspectiva indicadores para comprender porqué y cómo se hace, en un diálogo con otros indicadores de democracia, para aportar a una cultura democrática de visibilización de las personas en su vida cotidiana, sin partir de la pre-definición de quienes son los actores centrales (tal como los define clásicamente el sistema de salud), sino proponiendo una co-autoría que construye el relato de lo que está pasando en una comunidad desde el punto de vista de salud, con lenguajes (culturas) propios.

El relevamiento de experiencias de salud comunitaria en la Provincia de Córdoba

Retomamos la idea de hacernos preguntas: ¿Con qué concepción de vigilancia trabajamos / trabaja el sistema? ¿Dónde están los sujetos que sufren? ¿Y los agentes que operan las prácticas? ¿Y los gestores cómo se responsabilizan? ¿Cómo desviar el foco de una gestión de enfermedades y sus riesgos hacia una política de salud? Tal como venimos enunciando, la Epidemiología Comunitaria (EC) se reconoce como una herramienta de visibilización de las comunidades, posicionando las mismas como actores activos y críticos, desarrollando estrategias que les permitan lograr una mayor equidad en salud. Postula que la participación es una herramienta de democracia, de “toma de la palabra” de las comunidades⁹, como protagonistas de su salud traducidos en el hacer de la vida cotidiana. Se pretende abordar las relaciones entre vida cotidiana, salud, derechos, contexto social, así como también los niveles de participación, protagonismo e involucramiento por parte de las comunidades en las acciones relativas a las experiencias.

El enfoque de Derecho que las experiencias adoptan es considerado el dispositivo que permite visibilizar situaciones de derechos vulnerados. Propone reunir conocimientos y saberes producidos participativamente por las comunidades señalando logros-éxitos-beneficios o en su defecto barreras-brechas-distancias entre los derechos reales de las personas y el cumplimiento-ejercicio propiamente de los mismo.

9 Tognoni, Gianni (editor) (1997), Manual de Epidemiología Comunitaria. Ecuador: Edición CECOMET. A-.

En una breve reseña de la **metodología con la que se llevó adelante este proceso**, se distinguen dos instancias significativas y simultáneas:

a) Por un lado, desde los espacios de formación, reflexiones y debate del **Seminario de Epidemiología Comunitaria** durante los años 2008 a 2012, se han recuperado definiciones teóricas de conceptos referidos a la salud como derecho y al mismo tiempo, a través de relatos compartidos en este espacio, se facilitó un anclaje de esta teoría en hechos concretos de las comunidades que se fueron entrelazando con el devenir del Relevamiento¹⁰.

b) El **Relevamiento de experiencias de salud comunitaria**. Iniciado en 2009, tuvo hasta el año 2011 como objetivo el inicio de un diálogo a través del reconocimiento mutuo, a fin de visibilizar las comunidades/experiencias existentes y realizar una amplia convocatoria a integrar una red investigativa de experiencias en salud, a través de un encuentro y una entrevista estructurada. Si bien permitió cumplir con esos objetivos, proporcionando datos descriptivos y un primer contacto, tuvo limitaciones en cuanto a las posibilidades de comprender los sentidos otorgados a la participación por los diferentes actores involucrados¹¹. Se acordó que sería elegible toda experiencia vinculada con salud, una comunidad y alguna forma de participación.

Aún cuando fue un proceso muy enriquecedor, en reconocimiento de lo antes mencionado, se rediseñó tanto el instrumento de indagación (elaborando uno con un formato más abierto), como el abordaje, articulando la tarea de los miembros técnicos del Relevamiento con promotores/as de salud vinculados con la red de PAMI, para participar del mismo acordando las líneas de trabajo y el modo de organizar la tarea. Se determinó asimismo como área geográfica para la tarea la región de los departamentos Colón, Cruz del Eje, San Justo, Tulumba, Ischilín y Totoral.

No existe un “padrón” de “experiencias de salud comunitaria” o de “experiencias de participación en salud” que permitiera entonces/ahora comenzar y continuar el recorrido. Por ello se tomó la decisión de iniciar por el listado de Centros de Jubilados y Pensionados (CJyP)¹² de la ciudad e interior provincial que cumplieran con este requisito, y a partir de allí tomar contacto con otras experiencias. Se recurrió también a las redes de contacto de todos los miembros del Seminario EPICOM participantes del Relevamiento.

Durante el proceso de trabajo se llevaron a cabo las siguientes acciones:

10 En el apartado donde se detallan las experiencias de salud comunitaria relevadas se comparten algunos de estos relatos.

11 En el informe “El Derecho a la participación en salud” (2011), se pueden leer los resultados previos del relevamiento de experiencias de salud. Disponible en: <http://www.extension.unc.edu.ar/vinculacion/observatorio-ddhh/Derecho-a-la-salud/Derechoa-la%20ParticipacionenSalud.pdf>

12 Nota: siendo PAMI parte de este proceso, se pudo acceder al listado completo de CJyP de la provincia.

Realización de instancias de intercambio y formación con las promotoras comunitarias vinculadas actualmente al proyecto sobre enfoque teórico del instrumento y la metodología de aplicación del mismo.

Identificación, con las promotoras, de las experiencias de salud comunitaria de la zona y sus respectivos informantes claves.

Realización de encuentros en la zona para la socialización y puesta en común de las experiencias vivenciadas por las promotoras al momento de relevar, para luego dar lugar a la sistematización y análisis de dichos datos de la zona.

Devolución de los datos a la comunidad involucrando a las promotoras comunitarias, instituciones formales y no formales de la zona, referentes de las experiencias relevadas, miembros de la Universidad y otros vecinos interesados en la temática.

Las modificaciones implementadas permitieron nuevos aprendizajes: captando diferentes voces de las comunidades, las diversas perspectivas de los actores involucrados en cada caso; recuperando de este modo información vivencial provista por metodologías cualitativas. Así también, la presencia de los/as promotores de salud imprimió un anclaje territorial a la tarea; siendo vecinas/os de la zona, fueron las/os encargadas de detectar, contactar, relevar, articular y analizar la situación regional en la cual están insertas/os trabajando cotidianamente, facilitando el conocimiento de la zona y de las organizaciones que allí intervienen. El concepto de territorio cobró un nuevo sentido: pudo ser pensado desde la determinación concreta de la salud en el lugar habitado por la gente y a la vez como espacio en disputa política permanente. Cabe señalar que las/os promotoras/es de Salud reconocieron que esta modalidad de trabajo les proporcionó herramientas metodológicas para su tarea cotidiana, como así también una valoración de su rol en la comunidad. Al mismo tiempo el relevamiento propiamente dicho les permitió identificar elementos/intereses/problemáticas comunes con otras organizaciones, agrupaciones o individuos que se encuentran trabajando en pos de garantizar el cumplimiento de sus derechos.

“Las promotoras rescatan que a través del relevamiento pudieron ver que no estaban solas, que hay otras/os organizados que también están tratando de resolver las diferentes problemáticas de las comunidades. Hay organizaciones y redes. Todos/as teniendo el mismo norte, los mismos objetivos de mejorar la calidad de vida de las comunidades. Eso hay que fortalecer.” (Miembro del Seminario EPICOM, encuentro en Dean Funes, Noviembre 2012.)

Experiencias relevadas en el territorio de la Provincia de Córdoba, organizaciones que las sostienen, acciones desarrolladas y sentidos asignados a la participación

Desde el inicio del Relevamiento, en 2009, se han relevado 234 experiencias en toda la Provincia de Córdoba, 102 en Capital y 132 en el interior Provincial. En la Figura 1 se presentan los departamentos (identificados con un círculo en rojo) donde se ha relevado al menos una experiencia desde el inicio del Relevamiento. De ellas, 125 (53%) son correspondientes a Centros de Jubilados y Pensionados (CJyP) de PAMI, 55 (24%) corresponden a Organizaciones del Estado y 54 (23%) responden a otro tipo de Organización de la Sociedad Civil (diferentes de los CJyP)¹³. En adelante, nos referiremos sólo a las experiencias relevadas durante 2012, (ver Figura 2 y Tabla 1) Como ya se mencionó, se trata de experiencias asentadas en el Norte Provincial. En las Tabla 3 y Figura 3 se puede observar la distribución de las mismas según tipo de organización en la que se asientan y Departamento de origen, respectivamente.

Los sentidos de la participación

Compartimos algunos de los relatos recuperados de los protagonistas de las experiencias relevadas y las discusiones del Seminario EPICOM en torno a las mismas:

“La participación ha sido el motivo y el motor de estos lugareños para dar los primeros pasos en el reconocimiento de sus derechos, invisibilizados por la municipalidad. Entendida ésta como un derecho para el ejercicio de democracia.” (Relato de un miembro de una experiencia de salud comunitaria)

“La participación con alegría de la gente es lo que permite que este espacio exista y sobreviva en el tiempo, es la energía de este lugar, sino no tendría sentido estar.” (Relato de un miembro de una experiencia de salud comunitaria)

“La participación entendida como encuentro que permite la co-construcción de saberes en el intercambio con Otros, pensando en sujetos históricos, con sentimientos, racionales.” (Relato de un miembro del seminario permanente de epidemiología comunitaria)

“La participación tiene que ver con la lectura que hagamos de cada circunstancia porque la participación no es igual en todos lados, no hay algo homogéneo, cada lugar, cada pueblo, cada barrio tiene características propias que determinarán la forma de participación.” (Relato de un miembro del seminario permanente de epidemiología comunitaria)

“La participación va de la mano de la organización en un proyecto común. Un indicador de la misma podría

13 Para la clasificación de las experiencias según el tipo de organización en la que se asientan se ha seguido la propuesta (adaptada) de Delgado y De Piero (2001), en Organizaciones de la Sociedad Civil y las Organizaciones del Estado. Se separó a los CJyP del resto de las Organizaciones de base territorial en reconocimiento a sus características diferenciales, atendiendo a que siendo la mayoría de las organizaciones presentes en la muestra relevada, estas características podían ser puestas de relieve.

ser el grado de participación de cada actor en el territorio. ¿Cuáles son los espacios de la comunidad? La infraestructura de salud no está pensada en abordajes colectivos, sino individuales.” (Relato de un miembro del seminario permanente de epidemiología comunitaria)

“La discusión da idea de participación, si no se traduce en algo concreto, sólo es una palabra trampa de la democracia. Por eso esto se convierte en un indicador esencial, el poder hacer.” (Tognoni participando del seminario permanente de epidemiología).

Algunas de las modalidades de participación identificadas por los miembros de las experiencias de salud comunitaria relevadas han sido:

- Participación momentánea en alguna actividad.
- Participación en la toma de decisiones.
- Participación en la organización de actividades.
- Participación en la visibilización de problemas.
- Participación en la toma de la palabra.
- Participación en procesos de autonomía.
- Participación en alguna red.

Los relatos acerca de la participación comunitaria recuperados de las experiencias de salud señalan la posibilidad de avanzar en la resolución de los problemas, brindando en ocasiones a la comunidad autosuficiencia e independencia, aumentando su nivel de autonomía, elevando los niveles de organización y conciencia. En algunos casos, como se ha visto, el proceso de participación se produce a partir de hechos socio-políticos, reconocidos como situaciones de crisis que exponen a las comunidades, y las deja fuera de un sistema regido por las leyes del mercado. La participación considerada como medio de construcción de ciudadanía, implica el ejercicio concreto de derechos a partir de la construcción de representaciones y saberes acerca del derecho a la salud. Su aplicación práctica ha oscilado entre la participación como medio para obtener objetivos comunes, como fin en sí misma, o como proceso democrático.

Temáticas abordadas y actividades que se llevan a cabo: aportes para una agenda de prioridades en salud

Las temáticas priorizadas en la tarea de las organizaciones/experiencias relevadas da cuenta de una mirada integral de la salud, centrada en los determinantes sociales. Marca una agenda de problemáticas generalmente ausente de las preocupaciones tradicionales del sistema de salud, sin las cuales, sin embargo, es imposible pensar en salud como derecho (Tabla 4).

Acorde a ello, las acciones implementadas para abordarlas son múltiples y se llevan a cabo en diversos ámbitos: espacios de atención a la salud, acompañando a personas en domicilios particulares, en espacios públicos, al interior de espacios organizativos, etc., dando cuenta de procesos de acción colectiva, organización y exigibilidad

de derechos (Tabla 5). A los fines de graficar las acciones desde la perspectiva que se viene planteando, se han clasificado según sean de Prevención o Promoción de salud (Tabla 6 y Figura 4). La mayoría de las experiencias desarrolla acciones de prevención, más de la mitad de las mismas implementa actividades de promoción, existiendo también actividades de asistencia a la salud. Resalta la alta proporción de experiencias que realizan acciones de promoción de salud. Acompañado del relato de los actores, este análisis deja evidenciado que, en muchos casos, las experiencias han surgido en respuesta a alguna problemática puntual y que luego han reorientando sus objetivos hacia temáticas que involucren a la comunidad y representen situaciones de vulnerabilidad de derechos, planteando temas y actividades que marcan avances importantes en materia de goce de Derechos Humanos y prácticas de ciudadanía. El recorrido por las experiencias relevadas permite visualizar que hay una agenda de temas emergentes que están siendo señalados y abordados desde los espacios territoriales, marcando un camino a seguir a quienes tienen la responsabilidad de garantizar el acceso al derecho a la salud.

En el camino de la conformación de redes: articulación con otras organizaciones de la comunidad

Recuperando uno de los propósitos del Seminario EpiCom, el de “conformar una red colaborativa de proyectos investigativos en salud”, se indagó si las experiencias trabajan con otras organizaciones y, en caso afirmativo, con cuáles de ellas, con el sentido de contribuir en el fortalecimiento de esos vínculos en vista de construir una red de contacto. La Figura 5 expresa la idea de que las instituciones ubicadas a la izquierda son con las que mayor frecuencia articulan las experiencias. Por el contrario, las que se encuentran sobre la derecha representan las que menos se articulan y, por último, las que se encuentran ubicadas por debajo de la balanza responden a las instituciones que solo han sido nombradas en una oportunidad. Se intenta así una aproximación a los principales puntos de contacto y vinculación entre los diferentes actores de una comunidad, reflejando el trazado de una red aún invisibilizada. Las tablas 7 y 8 exponen la proporción en que se relevaron articulaciones y el tipo de organización que las sostiene.

Finalmente, en las tablas 9 y figura 6 se evidencia que estas experiencias se dirigen a amplios grupos de población, tal como es posible de imaginar acorde a las temáticas que abordan y las acciones que desarrollan.

A modo de conclusiones provisionarias

Como ya se mencionó, EPICOM pretende ser una expresión de autonomía y democracia, a través de la participación ciudadana organizada en salud, para detectar prioridades, definir estrategias de lucha y reconocer derechos vulnerados. Tal participación tiene la intención de generar

puntos de encuentro e intercambio por todos quienes compartan los mismos objetivos, construir caminos solidarios que promuevan transformaciones en aquellas situaciones que determinan desfavorablemente la vida de las personas. Asimismo, esta participación incorpora la idea de vigilancia de la realidad operando a través del monitoreo de los “eventos centinelas” (muchas veces naturalizados) como los cruces de los factores de riesgo y vulnerabilidad a los cuales una comunidad está expuesto; o dicho de otra manera detectar los determinantes de los derechos de salud y de sus violaciones. El desafío planteado es el de traducir el/los problema/s en acciones que pueden tener continuidad, proyectos que se pueden compartir entre los actores involucrados (la agenda se debe construir sobre proyectos en vez de declaraciones generales). Hemos estado trabajando sobre mapas–escenarios de participación; para cerrar estas reflexiones, tomamos nuevamente palabras de Gianni Tognoni que invitan y esperan:

“Habría que hacer un mapa de la participación, las ausencias de derechos de participación, las distintas maneras de participación; dan la idea de que siempre se puede hacer algo. No condenarse al pesimismo presente en eso de “participa–no participa. Todas las denuncias de no participación confirman la no participación. No se trata de hacerse cargo de las áreas de no participación, sino de identificar las áreas de participación necesarias y posibles. Los derechos sólo pueden proclamarse si se da la idea de hacerse cargo” (Tognoni, 2012)

BIBLIOGRAFÍA

- ASE, IVÁN. La Descentralización de Servicios de Salud en Córdoba (Argentina): Entre la Confianza Democrática y el Desencanto Neoliberal. Salud colectiva [online]. 2006, vol.2, n.2, pp. 199-218. ISSN 1851-8265
- CHUIT R, IGLESIAS M. Modelos Provinciales de Salud. Series Seminarios Salud y Políticas Públicas. CEDES. 2004. Buenos Aires.
- CZERESNIA, D. “El concepto de salud y la diferencia entre promoción y prevención”, en: Czeresnia D. y Machado de Freitas C. (org.), Promoción de la Salud. Conceptos, reflexiones, tendencias. 2006. Buenos Aires: Lugar Editorial, p. 47-64.
- FIRPO PORTO M., PIVETTA F. Por uma promoção da saúde emancipatória nos territórios urbanos: a proposta do laboratório territorial de Manguinhos. En: Czeresnia, DINA; FREITAS CARLOS MACHADO DE. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2009, 2ª edición: 207-229.
- GARCÍA DELGADO D., DE PIERO S. (2001), Articulación y relación Estado–Organizaciones de la Sociedad Civil. Modelos y prácticas en la Argentina de las reformas de segunda generación. . FLACSO. Buenos Aires: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- MARCHIORI BUSS P. Una introducción al concepto de promoción de la salud, en Czeresnia D. y Machado de Freitas C. (org.), Promoción de la Salud. Conceptos, reflexiones, tendencias. 2006. Buenos Aires: Lugar Editorial, p. 19-46.
- REPETTO, F. Descentralización de la salud pública en los noventa. Una reforma a mitad de camino. Documento 55 Octubre de 2001
- TOGNONI G. “Epidemiología Comunitaria”, en Salud y Sociedad. Movimiento por un Sistema Integral de Salud, 1991(8), Nº 21. Córdoba.
- (editor), Manual de Epidemiología Comunitaria. 1997. Ecuador: Edición CECOMET.
- Epidemiología Comunitaria: Herramienta para la democracia, en: Cuadernos para la Emancipación Salud y Educación. 2009:48-55. Disponible en: <http://www.emancipacionsye.com.ar/epidemiologia-comunitaria-herramienta-para-la-democracia-gianni-tognoni-616> (En línea, abril 2009).
- Entrevista realizada en el Observatorio de Prácticas en Derechos Humanos. 2011, Mayo. <http://observatoriodepracticasenddh.seu.unc.edu.ar/>
- Conferencia: ¿Cómo incide la situación mundial actual en la construcción de indicadores de Epidemiología Comunitaria? Pabellón Argentina. Córdoba, Argentina. Noviembre de 2012. Mimeo.

EL DERECHO A LA SALUD EN LA PROVINCIA DE CÓRDOBA: UNA MIRADA COLECTIVA CONSTRUIDA DESDE LA PARTICIPACIÓN.

Figura 1: Relevamiento de experiencias de salud comunitaria en la Provincia de Córdoba: Departamentos en los que se ha relevado al menos una experiencia, 2009-2012.



Tabla 1: Relevamiento de experiencias de salud comunitaria en la Provincia de Córdoba: Departamentos y localidades de origen de las experiencias relevadas durante 2012 (norte provincial)

Departamento	Localidades	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Colón	Jesús María, Colonia Caroya	2	4,9	4,9
Cruz del Eje	Cruz del Eje, Villa del Soto, San Marco Sierras	8	19,5	19,5
Ischilín	Dean Funes, Ischilín, Los Pozos, Quilino	15	36,6	36,6
San Justo	San Francisco, Freyre, Porteña	9	22,0	22,0
Totoral	La Cañada, Sarmiento	2	4,9	4,9
Tulumba	Villa Tulumba, San José de las Salinas	3	7,3	7,3
Sin Datos		2	4,9	4,9
Total		41	100,0	100,0

Figura 2: Relevamiento de experiencias de salud comunitaria en la Provincia de Córdoba: experiencias relevadas durante 2012 según localidad y departamento en que se asientan.

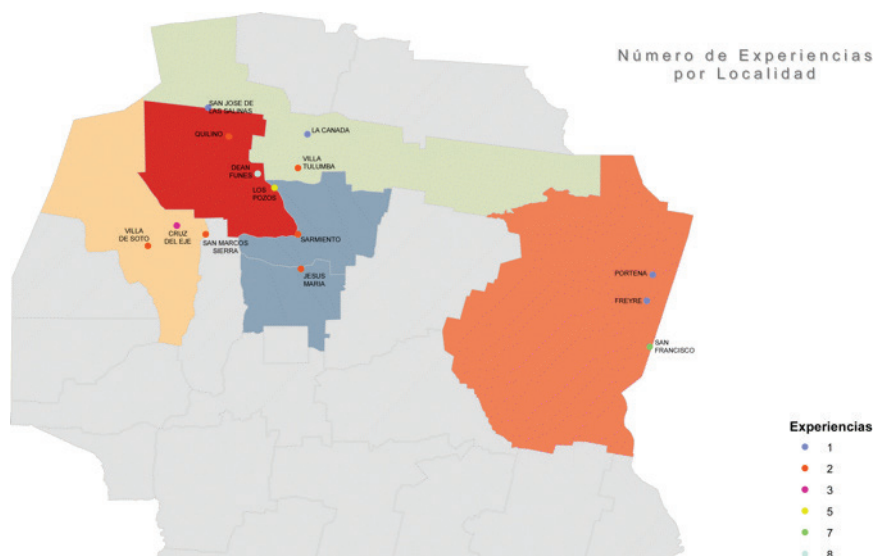


Tabla 3: Relevamiento de experiencias de salud comunitaria en la Provincia de Córdoba: tipo de organización que sostiene las experiencias relevadas durante 2012 (norte provincial)

Tipo de Organización				
<i>Tipo de Organización</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje válido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
CJyP	21	51,2	51,2	51,2
OE	7	17,1	17,1	68,3
OSC	13	31,7	31,7	100,0
Total	41	100,0	100,0	

Figura 3: Relevamiento de experiencias de salud comunitaria en la Provincia de Córdoba: distribución de las experiencias relevadas durante 2012 según tipo de organización que sostiene las experiencias y Departamentos de origen.

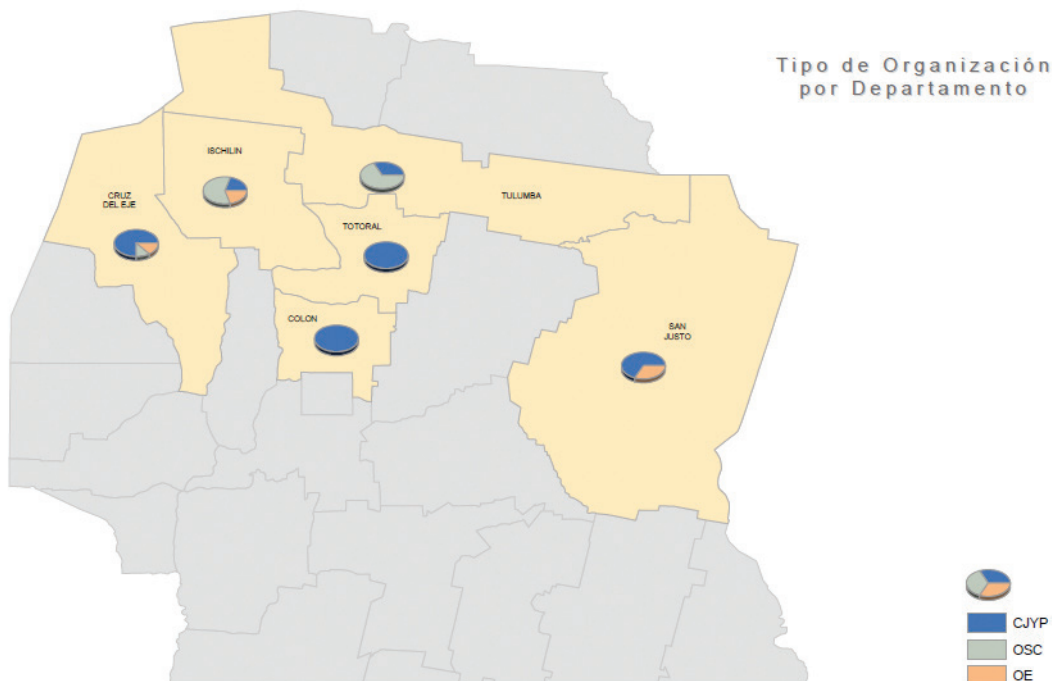


Tabla 4: Relevamiento de experiencias de salud comunitaria en la Provincia de Córdoba, año 2012: temas problemas abordados.

<i>Temas / problemas trabajados</i>	<i>Número de experiencias que abordan este tema*</i>
Prevención de patologías emergente-reemergentes prevalentes, cáncer	22
Salud mental, autoestima,	21
Alimentación- nutrición	27
Desocupación y trabajo	12
Problemas ambientales	10
Problemas de zonas rurales	11
Derechos sexuales y reproductivos	11
Alfabetización	12
Violencia	8
Consumo problemático de sustancias	9
Salud bucal	8
Problemáticas de Género	7
En menor proporción, se han trabajado también: derecho de los niños/as; producción, huerta y microemprendimiento, cultura, arte; recuperación de la salud; ciudadanía; primeros auxilios	

Nota: Cada experiencia aborda diversas temáticas.

Tabla 5: Relevamiento de experiencias de salud comunitaria en la Provincia de Córdoba, año 2012: acciones implementadas

<i>Acciones implementadas</i>	<i>Número de experiencias que implementan esta acción*</i>
Consejería, espacios de acompañamientos, asesoramiento en diversas temáticas (salud sexual y reproductiva, violencia, consumo problemático de sustancias)	13
Actividades de seguimiento en salud (control de niño sano, control de embarazo, vacunación, control nutricional, etc.):	23
Actividades recreativas (caminatas actividades deportivas festivas, etc.):	29
Actividades de prevención (tales como charlas informativas, talleres, salas de espera en acción, campañas, etc.)	27
Acciones de intervención en el espacio público (plaza, calle, barrio, escuela, centro de salud, etc.)	12
Acciones tendientes a exigir derechos básicos (tales como agua, transporte, educación, salud infraestructura etc.)	12
Conformación de espacios socio organizativos (grupo de promotores, asambleas comunitarias, copa de leche, comedores, etc.)	14

Nota: Cada experiencia implementa diversas acciones.

Tabla 6: Relevamiento de experiencias de salud comunitaria en la Provincia de Córdoba, año 2012: clasificación de las acciones implementadas según sean de prevención o promoción de salud.

Tipo de Actividad (Respuestas Múltiples)				
		<i>Respuestas</i>		<i>Porcentaje de casos</i>
		<i>Nº</i>	<i>Porcentaje</i>	
Actividad	Prevención	25	54%	75%
	Promoción	21	46%	63%
Total		46	100%	139%

Tabla 7: Relevamiento de experiencias de salud comunitaria en la Provincia de Córdoba, año 2012: articulación con otras experiencias / instituciones.

¿Articula con otras Instituciones?		
	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje válido</i>
Si	68,3	77,8
No	19,5	22,2
Total	87,8	100,0
Sin Datos	12,2	
Total	100,0	

Figura 4: Relevamiento de experiencias de salud comunitaria en la Provincia de Córdoba: distribución de las experiencias relevadas durante 2012 según tipo de actividad que realizan (promoción – prevención)

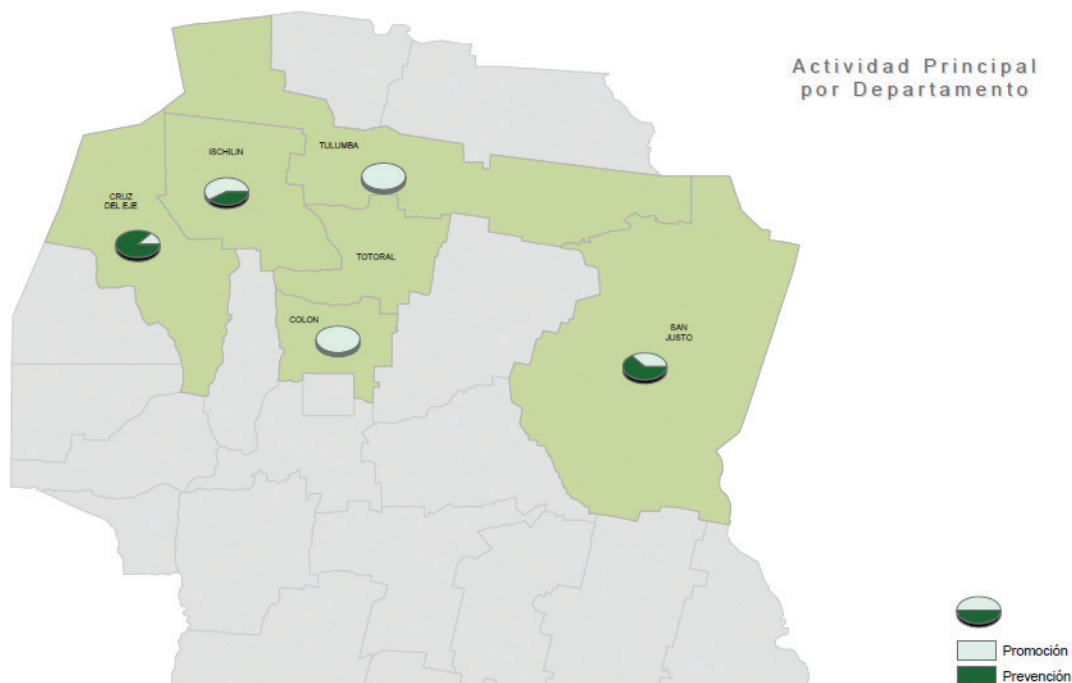


Figura 5: Relevamiento de experiencias de salud comunitaria en la Provincia de Córdoba, año 2012: imagen de la articulación entre instituciones.



Tabla 8: Relevamiento de experiencias de salud comunitaria en la Provincia de Córdoba, año 2012: articulación con otras experiencias / instituciones según tipo de organización que sostiene la experiencia de salud comunitaria.

Tipo de Organización según articula o no con otras						
	CJyP		OE		OSC	
	Recuento	% del N total de columna	Recuento	% del N total de columna	Recuento	% del N total de columna
Si	13	62%	6	86%	9	69%
No	6	29%	1	14%	1	8%
Total	19	100%	7	100%	10	100%

Tabla 9: Relevamiento de experiencias de salud comunitaria en la Provincia de Córdoba, año 2012: población destinataria de las actividades relevadas.

Población Objetivo		
	Porcentaje	Porcentaje válido
Población general	22,0	24,3
Adultos Mayores	31,7	35,1
Mujeres	9,8	10,8
Familias	7,3	8,1
Niños	14,6	16,2
Mujeres Embarazadas	2,4	2,7
Mujeres y Varones hasta 21 años	2,4	2,7
Total	90,2	100,0
Sin Datos	9,8	
Total	100,0	

Figura 6: Relevamiento de experiencias de salud comunitaria en la Provincia de Córdoba, año 2012: Población destinataria de las acciones implementadas.

