

ADOLESCENCIA Y PROCESOS PARTICIPATIVOS EN EL CAMPO DE LA SALUD DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES. DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE LA PARTICIPACIÓN EN LOS NIVELES PERSONAL, FAMILIAR, INSTITUCIONAL Y COMUNITARIO

YOUTH AND PARTICIPATION PROCESS IN HEALTH FIELD OF CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES. DESCRIPTION OF PARTICIPATION SPECIFIC CHARACTERISTICS IN PERSONAL, FAMILY, INSTITUTIONAL AND COMMUNITY LEVELS

Grippo, Leticia¹

RESUMEN

En este artículo presentamos los resultados preliminares del proyecto "Representaciones de participación en el campo de la salud de adolescentes usuarios del sistema público de salud de la CABA". Los datos indican que las representaciones de participación en el campo de la salud de los/as usuarios/as adolescentes se encuentran en proceso de construcción porque la participación en salud es todavía un objeto de difícil acceso y poco relevante para los/as adolescentes debido a su posición periférica en tanto agentes del campo.

La participación relacionada con los procesos de salud / enfermedad tiene lugar en los niveles personal, familiar e institucional del campo de la salud. Mientras que la participación en el nivel comunitario depende de las organizaciones populares y genera en los/as adolescentes sentimientos de pertenencia a nivel territorial y afectivo hacia sus pares y hacia los mayores que funcionan como guías en el proceso participativo. No encontramos casos de participación real basada en las necesidades sentidas de los/as adolescentes.

Palabras clave:

Representaciones - Participación - Campo de la salud - Adolescentes

ABSTRACT

In this article we present the preliminary results from the project named "Representations of participation in health field of teenager users of health public system of CABA". Results show that representations of participation in health field of teenager users are still in process of construction because participation in health is an object that is difficult to apprehend and also worthless for teenagers according to their peripheral position as agents in health field.

Participation related to health/illness process takes place in personal, familiar and institutional levels of health field. Participation in community level relies on popular organizations which make the teenagers feel that they are part of their community and therefore they generate feelings towards their partners and to the adults that guide them through the participation process. We did not find cases of real participation based on teenagers needs.

Key words:

Representations - Participation - Health field - Teenagers

¹ Lic. en Psicología, UBA. Becaria de Maestría UBACyT 2006-2008, Proyecto "Representaciones de participación en el campo de la salud de adolescentes usuarios del sistema público de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires", Directora: Dra. María Cristina Chardón, Codirectora: Lic. Ma. Marcela Bottinelli, Facultad de Psicología, UBA.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. El sistema público de salud argentino y la crisis del estado de bienestar

Hasta mediados de la década del 80, subsistió en nuestro país un estado de bienestar que se caracterizaba por la ejecución de políticas sociales universalistas, pero para la segunda mitad de la década, se produjo un cambio en las políticas estatales a partir de la crisis del estado de bienestar, crisis que se acentuó en la década del 90 y que aún en la actualidad no se ha revertido.

“La crisis del estado de bienestar implicó la pérdida de roles y recursos por parte del estado, en el marco de las políticas neoliberales, los ajustes presupuestarios... y las denominadas “reformas del estado”, que implicaron fundamentalmente su achicamiento y la reasignación de sus anteriores roles principales... Como consecuencia, y desde la perspectiva de la ciudadanía, perdió legitimidad su tradicional papel como proveedor de protección social y como protagonista de las políticas sociales... Perdido aquel rol central del estado y caídas las políticas que implicaban servicios “universales”, las políticas sociales se orientaron cada vez más a “compensar” la situación de los cada vez más numerosos grupos afectados por el aumento de la pobreza y la desocupación... una lógica de implementación de políticas sociales acotadas y segmentadas” (Nirenberg, 2006).

La crisis del estado de bienestar en Argentina se manifestó en forma más dramática en el sistema de la salud, donde ya existía una debilidad política y una profunda fragmentación institucional. A finales de los ochenta, el gobierno nacional sólo controlaba una parte muy pequeña del gasto público en salud, de hecho, los organismos nacionales de salud tenían escaso poder económico y no contaban con los instrumentos técnico-administrativos necesarios para orientar las acciones de los diferentes niveles del sistema hacia de metas nacionales de salud (Isuani y Tenti, 1989). La evaluación del sistema de salud mostraba que el sector público atendía fundamentalmente a los ciudadanos más pobres. Entre los principales problemas del sistema de salud argentino, Irigoyen menciona la debilidad del gobierno nacional para conducir el sistema. La falta de una organización coherente tenía como resultado la transformación del pluralismo del sistema en fragmentación. El sistema de salud argentino era profundamente inequitativo, producto de la estratificación en el acceso a la atención, estratificación basada en nivel socioeconómico de la población. Mientras que los sectores de la población de mayores ingresos eran los usuarios de la medicina privada, la mayoría de los asalariados de clase media empleaban la seguridad social, estrechamente relacionada con el sector privado y los usuarios de menores recursos se atendían en el sistema público de salud.

En cuanto al modelo de atención argentino, el autor menciona que “La acción médica tiende a monopolizar las

prácticas de producción de la salud... De este modo no se tienen mayormente en cuenta las determinaciones ambientales y económico-sociales que la provocan y se evita el debate que genere un abordaje del tema de salud como un problema social (Irigoyen y otros, 1989).

Como vemos a partir de los autores citados, para finales de los 80 el sector salud requería de medidas estructurales que articularan las políticas económicas con las políticas sociales para solucionar los problemas de salud de la población. Sin embargo, en la década del noventa, en lugar de implementarse medidas tendientes a la inclusión de las mayorías, se profundizaron las medidas de ajuste que redujeron el estado y en consecuencia se produjo un achicamiento del sector salud. A partir de la crisis, el sistema de salud continuó atendiendo a los sectores más desfavorecidos de la población pero con recursos aún más escasos y políticas compensatorias.

1.2. La participación en salud como una política social

La participación en salud puede definirse “como un proceso de intervención de los actores de la sociedad civil en la formulación de las políticas, planes y programas y en la gestión de los servicios de salud, en forma continua, a través de canales e instancias estructurales en los niveles institucionales y locales, ya sea para proponer líneas de acción, influir en las decisiones, llevar a cabo actividades, ratificar/respaldar las acciones que se consideren positivas o bien para influir en las correcciones o reencauzamientos de las que se consideren mejores o negativas...” (Nirenberg, 2003).

Desde esta perspectiva, la participación en salud operaría a nivel de los servicios de atención primaria, de los servicios de atención secundaria y en el tercer nivel o nivel de alta complejidad. Si bien la participación en salud no es un concepto nuevo en el campo de la salud, hasta el momento, dado que el sector salud es un sector que se ha conformado con un fuerte impronta estatal y con una jerarquía de saber y poder basada en la figura central del médico, los intentos de implementar la participación sólo se han sostenido a nivel discursivo y han resultado poco operativos. Las experiencias realizadas se han limitado a la incorporación de promotores de salud y en la creación de Consejos de Salud “participativos”, cuya existencia y funcionamiento dependen de la buena voluntad de las autoridades de los establecimientos sanitarios. Y si bien en los programas se comenzó a hablar de participación en salud, la misma era entendida como parte de las políticas focalizadas y de compensación que puso en acción el estado nacional. La política estatal en salud no ha cambiado en sus pilares centrales y siguen siendo los sectores más desfavorecidos quienes hacen uso del sistema sanitario público.

Dado que las experiencias de participación en salud en el sistema público de salud argentino son escasas, es mayor el camino que queda por recorrer que el efectiva-

mente realizado. Para lograr la efectiva implementación de la participación en el campo de la salud, el estado tendría que desarrollar acciones con los usuarios y con los actores institucionales, a la vez que tendría que ajustar las acciones según los niveles de intervención y promover el desarrollo de estrategias que faciliten la instalación de procesos participativos.

La participación implica para los/as usuarios/as el aprendizaje de una manera distinta de relación con las instituciones sanitarias y asumir tanto derechos como responsabilidades nuevas. En consecuencia, si el objetivo de la política social es la participación ciudadana en cuestiones de salud, el estado deberá poner en marcha acciones de fortalecimiento de las capacidades de los usuarios reales de los servicios y encontrar la manera de incluir a los usuarios potenciales con miras a la construcción progresiva de ciudadanía.

Asimismo, también es importante recabar información sobre experiencias previas de participación para evitar la repetición de errores pasados y aprovechar los conocimientos que los usuarios tienen sobre los procesos participativos basados en su experiencia.

Por otro lado, en base a otras experiencias sabemos que para lograr la construcción de espacios participativos en el campo de la salud no alcanza con el trabajo con los usuarios, se requiere “realizar en paralelo actividades orientadas a promover los cambios de actitudes requeridos en los actores institucionales para que adhieran a esos procesos, facilitando la apertura de espacios en las instituciones de modo de incidir en mejoramientos de la prestación de los servicios, así como facilitando la sustentabilidad de los procesos participativos” (Nirenberg, 2003).

1.3. El campo de la salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Bourdieu define el campo como “todo sistema de relaciones sociales que funciona de acuerdo con una lógica que le es propia y que se debe tener en cuenta para explicar su evolución” (Bourdieu en Boschetti, 1990). El surgimiento de un campo específico es siempre histórico y en el devenir de su historia, el campo desarrolla leyes de funcionamiento propias, establece las posiciones de los agentes y las relaciones entre dichas posiciones (Bourdieu, 2003).

El campo de la salud tradicionalmente se ha organizado en base a un modelo médico hegemónico en salud, que se corresponde con el predominio en el sector salud de la medicina llamada “científica”, que se caracteriza por una mirada biologicista y supuestamente objetiva que tienen preeminencia sobre aquellas representaciones que consideran a la salud como un bien colectivo y un derecho a ser conquistado por los usuarios (Menéndez, 1990, 1994).

En el caso específico de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el campo de salud se organiza en torno a la

Ley Básica de Salud 153/99. Dado que en nuestra investigación nos focalizamos en adolescentes usuarios/as del sistema estatal de salud, sólo haremos mención a la organización de este último. La ley establece en su Art. 15º que “El subsector estatal de salud se organiza y desarrolla conforme a la estrategia de atención primaria, con la constitución de redes y niveles de atención”. La organización se basa en tres niveles de atención categorizados por capacidades de resolución: primer, segundo y tercer nivel (Art. 16º).

“El primer nivel de atención comprende todas las acciones y servicios destinados a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación... El segundo nivel de atención comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquéllas que requieran internación.... El tercer nivel de atención comprende todas las acciones y servicios que por su alta complejidad médica y tecnológica son el último nivel de referencia de la red asistencial” (Art. 18º, 20 y 22).

La ley de salud considera efectores a “los hospitales generales de agudos, hospitales generales de niños, hospitales especializados, centros de salud polivalentes y monovalentes, médicos de cabecera, y toda otra sede del subsector estatal en la que se realizan acciones de salud” (Art. 24º). Dentro de los efectores se incluyen a todo el personal sanitario.

Los efectores y los usuarios tienen una larga historia de relación en el campo de la salud, existe una historia de prácticas y representaciones basadas en un modelo de salud médico hegemónico asistencialista, que pauta las relaciones entre usuarios y efectores, quedando los primeros en una posición pasiva dependiente y los segundos en una posición paternalista (Güida y otros, 1999).

En esta estructura de relaciones entre los agentes del campo de la salud, la participación es una incorporación reciente. Si bien la Ley Básica de Salud 153/99 establece “la participación de la población en los niveles de decisión, acción y control, como medio para promover, potenciar y fortalecer las capacidades de la comunidad con respecto a su vida y su desarrollo” (Art. 3º); la mayoría de los efectores desconoce la participación en términos teóricos y prácticos (Güida y otros, 1999). También reciente es el reconocimiento de los/as adolescentes como sujetos de derechos civiles, sociales y políticos con capacidad real de participar en cuestiones públicas (Sidicaro, 1998).

Basándonos en la noción de campo de Bourdieu, consideramos que el campo de la salud no puede quedar acotado a los efectores (hospitales y centros de salud), personal sanitario y usuarios/as, sino que además es necesario considerar como parte del campo a instituciones públicas tales como las escuelas y a las organizaciones de la comunidad (comedores, asambleas, centros comunitarios, radios, sociedades de fomento, etc). Podemos agrupar a los agentes que desarrollan sus prácticas en el campo de la salud por niveles: personal,

familiar, institucional y comunitario. En consecuencia, la participación en el campo de la salud no estaría acotada a los procesos participativos que tienen lugar en los servicios de salud sino que incluiría todos aquellos procesos participativos que tienen lugar en los diferentes niveles del campo.

Hasta aquí hemos realizado una descripción del campo de la salud de la ciudad en el cual desarrollamos nuestra investigación sobre la participación los/as usuarios/as adolescentes. Nos pareció imprescindible antes de presentar los resultados de la investigación contextualizar las prácticas de participación en salud en la adolescencia, debido a que los/as adolescentes entrevistados desarrollan sus prácticas en varios niveles del campo en forma simultánea y las modalidades de participación, los factores favorecedores e inhibitorios y las representaciones sobre la participación tienen características específicas en cada uno de los niveles del campo de la salud.

2. METODOLOGÍA

2.1. Objetivos:

El objetivo general del proyecto es indagar acerca de las representaciones de participación en el campo de la salud de adolescentes usuarios del sistema público de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Los objetivos específicos buscan describir las instancias del proceso participativo que atraviesan los/as usuarios/as adolescentes en los niveles personal, familiar, institucional y comunitario del campo de la salud, identificar los factores favorecedores y/o inhibitorios de la participación y describir la estructura de participación alrededor de la cual se organizan las actividades que realizan los/as usuarios/as adolescentes en el campo de la salud.

2.2. Diseño de investigación:

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

2.3. Muestra:

En relación con la muestra, se seleccionaron en forma intencional y por la técnica de “bola de nieve” a adolescentes usuarios/as del sistema público de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires teniendo como criterio de inclusión la accesibilidad.

Se planificó que la muestra fuera heterogénea en lo referente a sexo y edad y homogénea en relación a que los adolescentes fueran usuarios del sistema público de salud. El número de casos de la muestra estará sujeto a la saturación conceptual (Córdova 1990).

Tuvimos acceso a adolescentes que utilizan el sistema público de salud (hospitales y centros de salud) y si bien se planificó que la muestra fuera variada en cuanto a género, edad y clase social, no tuvimos acceso a un número significativo de varones y la mayor parte de los entrevistados son mujeres. En cuanto a la clase social, todos los entrevistados se encuentran en situación de pobreza estructural y provienen de barrios de la zona sudoeste de la ciudad. En relación con las edades, tuvimos acceso a adolescentes cuyas edades oscilan entre 13 y 19 años.

2.4. Instrumentos de recolección:

Se planificó la toma de entrevistas en profundidad, grupos focales y observación simple y participante. Este informe se basa en los datos obtenidos a partir de las entrevistas en profundidad, las cuales se componen de preguntas no estructuradas organizadas según ejes temáticos.

El análisis de los datos se realizó desde la perspectiva de la Teoría Emergente que propone “la conjunta recolección teórica, codificación y análisis de los datos para posibilitar que el investigador esté atento a la emergencia de categorías” (Glasser y Strauss, 1967). Este modo de análisis nos ha llevado a modificar algunas preguntas de la entrevista y a modificar total o parcialmente algunos de los ejes temáticos planteados en el proyecto inicial en función de la emergencia de nuevas categorías de análisis y la ausencia de categorías planteadas en el proyecto inicial.

Una vez finalizada la etapa de recolección con la toma de los grupos focales y las observaciones simple/participante, se triangulará la información obtenida a partir de los instrumentos de recolección mencionados. Para el análisis de los datos estamos utilizando el software de análisis de datos cualitativos Atlas Ti.

3. RESULTADOS PRELIMINARES

Los resultados que se presentan a continuación corresponden a los datos que surgen de las entrevistas en profundidad tomadas a adolescentes varones y mujeres cuyas edades oscilan entre los 13 y los 15 años, siendo mujeres la mayor parte de los entrevistados, debido a que en los hospitales y centros de salud encontramos un número muy reducido de usuarios varones. Esta característica de la muestra coincide con otras investigaciones realizadas con adolescentes que utilizan el sistema público de salud, en las cuales puede verse coincidentemente con nuestra investigación, que existe una feminización en el uso del sistema público de salud y la reticencia de los varones a utilizar el sistema sanitario (Kornblit, 2005; Zaldúa y otros, 2006).

Los/as entrevistados/as se encuentran en situación de pobreza estructural y provienen de barrios de la zona sudoeste de la ciudad. La mayor parte vive solamente con uno de sus progenitores, generalmente la madre, y varios hermanos/as. Las madres generalmente trabajan

como empleadas domésticas, costureras o peluqueras. Y en caso de vivir también con los padres, estos trabajan en la construcción o tienen trabajos a destajo.

En relación con la educación, todos se encuentran escolarizados, pero a pesar de que sus edades oscilan entre 13 y 15 años, todavía no han terminado la escuela primaria. Ninguno de los adolescentes trabaja, pero las mujeres realizan actividades domésticas y cuidan a sus hermanos/as menores.

Los procesos participativos en el campo de la salud de los usuarios/as adolescentes no son uniformes y la participación adquiere características diferenciales en cada uno de los niveles del campo. A continuación analizamos los procesos participativos de los/as adolescentes en los niveles personal, familiar, institucional y comunitario del campo de la salud. Debemos aclarar que en el proyecto habíamos identificado tres niveles: personal, institucional y comunitario; y que el análisis de los datos desde la teoría emergente, nos llevó a construir un cuarto nivel de análisis: el familiar.

3.1. Participación en el nivel personal:

En este nivel incluimos las representaciones de salud / enfermedad de las/los adolescentes, sus necesidades sentidas en salud, las enfermedades que consideran más relevantes y las prácticas de cuidado de la salud. Las representaciones sociales "son una manera de interpretar y de pensar nuestra realidad cotidiana, una forma de conocimiento social. Las representaciones conforman el pensamiento de sentido común y constituyen la forma en que los sujetos aprehenden los sucesos de la vida cotidiana, las características del entorno, las informaciones y a las personas con las que se relacionan (Jodelet, 1986).

Se dan en dos niveles: el de los discursos y el de las prácticas (Chardon y otros, 2005). La importancia de las representaciones radica fundamentalmente en su aspecto social-funcional porque "orientan en la manera de designar y definir conjuntamente los diferentes aspectos de nuestra realidad diaria, en la manera de interpretarlos, influir sobre ellos y, en caso contrario, tomar una posición ante ellos y defenderla" (Jodelet, 1991).

Las/os usuarios/as adolescentes conciben la salud como un estado biofisiológico, es decir, para ellos la salud está exclusivamente relacionada con aspectos orgánicos y no tiene relación alguna con aspectos psicosociológicos y/o culturales. De hecho, cuando se les pregunta sobre el cuidado de su salud, solamente mencionan actividades relacionadas con su cuerpo o directamente mencionan que no hacen nada para el cuidado de su salud, tal como puede verse en las respuestas de los/as usuarios/as adolescentes:

1. "Como bien y duermo" (Varón, 14 años).
2. "Nada, no tomo nada. Espero hasta que me muera.. (risas)" (Mujer, 14 años).
3. "Por el momento me enfermé pero no fui a ningún centro

de salud, no fui ni al hospital. Nada" (Varón, 14 años).

En relación con los problemas de salud que los/as usuarios/as adolescentes consideran relevantes, todas las respuestas hacen referencia a enfermedades orgánicas de carácter individual. Los problemas más citados son los estados gripales y los dolores de cabeza tal como puede observarse en los fragmentos de entrevistas realizadas:

1. "Yo siempre me enfermo de la tos y de la fiebre" (Mujer, 13 años).
2. "Un poco de la cabeza, o sea tengo tipo dolores de cabeza que son... me agarra escalofríos y todo y después se me pasa" (Varón, 14 años).

Llama la atención que los/as adolescentes no mencionen ninguna de las problemáticas de salud características de la adolescencia en la actualidad que surgen de estudios epidemiológicos.

Las descripciones de los problemas de salud que hacen los entrevistados concuerdan con las representaciones de salud/ enfermedad predominantes en el campo de la salud en cuanto a su componente central. El campo de la salud se caracteriza por la existencia de representaciones sociales hegemónicas sobre salud/ enfermedad que hacen referencia a fenómenos exclusivamente biofisiológicos. Estas representaciones de la salud como "algo esencialmente endógeno y de atribución individual" reducen las cuestiones de "salud al campo de la acción del individuo" (De Souza Minayo, 1997).

Podemos afirmar que en el nivel personal de participación en el campo de la salud aparece un primer obstáculo para la participación a nivel representacional, ya que al concebirse la salud y la enfermedad como problemas físicos e individuales, los/as adolescentes no pueden pensar en problemas que se relacionan con aspectos psicológicos o sociales y en consecuencia, es más difícil que la salud sea considerada como un problema colectivo susceptible de modificación por los actores sociales.

3.2. Participación en el nivel familiar:

Este nivel se refiere a actividades de autocuidado necesarias para la reproducción biopsicosocial que se dan al interior de la familia. Indagamos acerca de las formas de cuidado de la salud al interior de la familia, a quiénes recurren los/as adolescentes cuando tienen un problema de salud y sobre los temas que consultan con padres, madres y hermanos/as.

Cuando se preguntó a los/as usuarios/as adolescentes sobre las estrategias que implementaban cuando tenían problemas de salud, las respuestas indicaron que lo primero que hacen los/as adolescentes es "no hacer nada y aguantar", pero si el problema no puede solucionarse en forma individual, recurren a su familia, más específicamente a las madres y en segundo término a los hermanos y hermanas mayores si la madre no se encuentra presente.

1. "Yo le pregunto a mi mamá que puedo tener" (Mujer, 13 años).
2. "A mis hermanos, en este caso a mis hermanos porque mi mamá no está" (Varón, 14 años).

Por lo general, los problemas de salud se resuelven por medio de la toma de medicamentos no prescriptos por indicación médica o con cuidados tradicionales. Como puede verse en los siguientes fragmentos de entrevistas:

1. E: *¿Hace mucho que estás con eso? ¿Qué hacés para que no te duela tanto?*
"Sí, sí. Me compro una aspirina y se pasa" (Varón, 14 años).
2. E: *¿Y tu mamá qué te dice?*
"Y me pone un trapo en la cabeza mojado y me pone el termómetro" (Varón, 14 años).
3. E: *¿Vas a la farmacia, al quiosco cuando tenés gripe o vas directo al hospital o al centro de salud?*
"A la farmacia, y le digo qué pastilla puedo tomar para que se me vaya la gripe" (Mujer, 15 años).

Los datos de las entrevistas coinciden con lo planteado por Menéndez en base a investigaciones sobre la participación en salud en América Latina, que indican que la mayor parte de las actividades referidas al proceso salud/enfermedad/atención se realizan a nivel del grupo doméstico y de microgrupos. Se trata de actividades que conforman la estructura básica para el proceso de reproducción (Menéndez, 2002).

Sólo en los casos en que el problema de salud no puede ser resuelto a nivel doméstico y es grave, los/as adolescentes se acercan al sistema público de salud.

Son las mujeres las que utilizan los hospitales y centros de salud con mayor frecuencia y los varones se acercan casi exclusivamente ante la urgencia, datos coincidentes con otras investigaciones (Kornblit, 2005) como puede verse en los fragmentos de entrevistas que siguen:

1. E: *¿Por ejemplo, cuándo fuiste al centro de salud?*
"Cuando estaba internado acá en el hospital XX por que una vez me rompí la cabeza" (Varón, 14 años).
2. "Ese mismo día íbamos a trabajar con el carro y mi hermano se tiró para adelante y yo me tropecé con el cordón y me caí y se me trabó mi pierna en una chapa y me corté. Y me hice un tajo re profundo".
E: *Y ahí te fuiste al hospital...*
"Claro, me fui al hospital con mi mamá..." (Varón, 14 años).
3. E- *¿Pensás ir al centro de salud en algún momento?*
"Sí, cuando estoy grave, grave, sí voy" (Varón, 14 años).

Los datos indican que son las madres las que acompañan a los/as adolescentes a los hospitales y centros de salud como puede verse en los fragmentos de entrevistas que siguen:

1. "Mi mamá me dijo que vaya y yo le dije que yo sola no quería ir. Y fui con ella" (Mujer, 14 años).
2. "Tenía una infección en la muela y me dolía un montón, y me llevó mi mamá a la salita y me curaron, me la sacaron y después me fui a mi casa" (Varón, 14 años).

El cuidado de la salud en la adolescencia en el nivel familiar parece estar a cargo de las madres, los/as adolescentes les preguntan cuando tienen algún problema de salud y son ellas quienes hacen que los/as usuarios/as adolescentes entablen los primeros contactos con el sistema público de salud de la ciudad.

3.3. Participación en el nivel institucional:

En este nivel incluimos los contactos de los/as usuarios/as con los hospitales y centros de salud y el modo de relación que entablan con los efectores de las instituciones públicas.

Las representaciones sobre un objeto se relacionan siempre con las condiciones y contextos en el que las mismas surgen, las representaciones sobre la participación circulan en el campo de la salud de la CABA y de hecho, la participación es uno de los aspectos que tiene en cuenta la Ley Básica de Salud 153/99. Sin embargo, el objeto no es accesible para los/as adolescentes por su posición periférica en tanto agentes: desconocen la ley de salud y la información que tienen sobre la participación es escasa (Jodelet, 1986; Bourdieu, 2003).

Podemos decir que cuando los adolescentes acceden al sistema público de salud, sólo pueden participar acorde a una "estructura de participación" ya pautada de antemano y que es producto de la historia de las prácticas del campo de la salud y especialmente del modo de relación predominante entre usuarios y efectores.

La "estructura de participación" es un dispositivo que permite el estudio de los discursos y las prácticas, por medio de la identificación de "quiénes interactúan y de qué manera lo hacen". El sistema de actividades referido al campo de la salud conlleva situaciones de comunicación donde está en juego quién/es tiene el poder de expresarse y quien/es no, lo cual está íntimamente relacionado con la "tensión en la ubicación del conocimiento". El que tiene el conocimiento decide lo que se dice y lo que se oculta, quiénes hablan o callan, lo permitido y lo prohibido, quiénes interrogan o son interrogados (Chardon y otros, 2005).

Esto puede verse en los relatos de los/as adolescentes:

1. E: *¿Y vos le preguntaste algo al médico?*
"No, le preguntaba mi mamá".
E: *¿Qué le preguntó tu mamá?*
"No sé. Mientras yo me vacunaba ellos hablaban (risas)" (Mujer, 14 años).
2. E: *¿Y quién te atendió?*
"Como tres personas".
E: *¿Qué te dijeron? ¿Vos les preguntas, hablaste, les dijiste qué te pasaba?*
"No, no hablé nada. Agarraron, sacaron un frasquito y una jeringa, lo pincharon, lo pusieron en la pierna y me agarraron entre dos personas, una de una pierna y la otra de otra, y de los brazos, así. Y me empezaron a coser. Y después agarré y vino mi cuñada con mi herma-

no y con el auto, y ahí me llevaron” (Varón, 14 años).

Los datos muestran que cuando los/as usuarios/as adolescentes ingresan al consultorio médico prácticamente no hablan, salvo ante una pregunta del efector del hospital o del centro de salud que es quien posee el conocimiento sobre la situación. Sin embargo, la mayoría de las veces los efectores dirigen las preguntas a las madres que son quienes están habilitadas para responder. La práctica consiste en una revisión médica de rutina que efectúa el efector y finaliza con la prescripción correspondiente. Esta estructura de participación deja a los/as adolescentes en un lugar pasivo sin siquiera estar legitimados para hablar de lo que les sucede y menos aún habilitados para preguntar.

3.4. Participación en el nivel comunitario:

En este nivel nos referimos a actividades de índole colectiva que se desarrollan en la comunidad o el barrio en el que viven los/as adolescentes. Incluimos todas aquellas actividades que se dan en el marco de organizaciones populares tales como asambleas, comedores, radios comunitarias, etc; así como aquellas actividades realizadas por medio de la co-gestión entre las organizaciones barriales y las escuelas o entre las organizaciones barriales y los centros de salud.

Los datos indican que la mayoría de estas actividades tienen un contenido fundamentalmente recreativo y tienen como finalidad la cohesión social y la contención de los/as adolescentes (Sánchez Vidal, 1991). Las actividades son variadas, entre las cuales podemos mencionar programas de radios comunitarias y talleres de panadería, electricidad, etc.

Entre los/as adolescentes entrevistados varios participan de un programa de la radio comunitaria, espacio gestionado por las docentes de la escuela y los vecinos. A continuación presentamos la descripción de la actividad que hacen los entrevistados:

1. C- *Ahí hacemos un programa, estamos de 5 a 6 de la tarde...*

E- *¿Quiénes van?*

C- *Van los tres centros por semana: Itatí, La hormiguita y Mate cocido. Los tres centros que quedan en la manzana 1. Esta es la Itatí. La Hormiguita viajera queda allá de la radio del bajo Flores (88.1), te bajás como dos o tres cuadras y está ahí nomás.*

E- *¿Vos lo conocés a los chicos de los otros centros?*

C- *Sí, sí. Todos los viernes no vamos a la radio (Varón, 14 años).*

2. J: *Los viernes nos juntamos para ir a la radio.*

E: *¿Cuénteme un poquito cómo es lo de la radio?*

J: *Hacemos algo que sea distinto del estudio... (Mujer, 13 años).*

3. E: *¿Van ahí y qué hacen?*

D: *Ponemos chistes, trabalenguas, poemas, música, adivinanzas (Mujer, 14 años).*

Los/as adolescentes participan de esta actividad funda-

mentalmente porque les resulta un espacio interesante y divertido como podemos ver en los extractos de entrevistas:

1. D: *Porque ahí nos escuchan, en la radio nos escuchan (Mujer, 14 años).*

2. J: *Porque me divierto (Mujer, 13 años).*

El hecho de que las actividades respondan a intereses y expectativas de los/as adolescentes constituye un factor favorecedor de la participación a nivel comunitario.

La participación que los/as adolescentes desarrollan en la comunidad o en el barrio puede categorizarse como “guiada” porque los adultos de la comunidad aportan el significado de la actividad a los/as adolescentes, quienes se apropian del mismo en forma participativa. El enfoque sociocultural de la actividad aborda el modo en que los sujetos participan en actividades culturalmente organizadas. Plantea que la participación es central y universal en la actividad comunitaria, la cual supone individuos activos que participan con otros con el propósito de desarrollar una participación madura de sus miembros menos experimentados que progresan en su destreza y comprensión a través de la participación. La participación se considera “guiada” porque los miembros de la comunidad ofrecen dirección sobre el significado de la actividad a los nuevos integrantes, en tanto que la actividad desarrollada es siempre culturalmente significativa. Como contrapartida a la guía ofrecida por el grupo, los individuos cambian y “transforman su comprensión de y su responsabilidad en el grupo a través de su propia participación”, es decir, se apropian en forma participativa y “a partir del proceso de participación se preparan para su ulterior participación en situaciones semejantes” (Rogoff, 1993; 2000; Lacasa, 1997).

Las actividades comunitarias llevan a los/as adolescentes a desarrollar sentimientos de pertenencia tanto a nivel territorial como afectivo con otros miembros de la comunidad de su misma edad y también con los mayores que funcionan como guías en el proceso participativo. No hemos encontrado casos de participación real basada en las necesidades sentidas de los/as adolescentes. Los/as adolescentes que participan de actividades comunitarias no plantean intenciones de cambiar la realidad en la que viven y tampoco tienen posibilidad de incidir en la planificación de las actividades ni en la toma de decisiones (Montero, 2003; 2006).

4. CONCLUSIONES

Los resultados de la investigación indican que las representaciones de participación en el campo de la salud de los/as usuarios/as adolescentes se encuentran en proceso de construcción. Las representaciones sobre la participación circulan en el campo de la salud de la CABA, sin embargo, la participación es un objeto de difícil acceso y poco relevante para los/as adolescentes debido a su posición periférica en tanto agentes: desconocen la ley y la información sobre la participación es

escasa en todos los niveles del campo de la salud. Los datos muestran que el proceso participativo adquiere características diferenciales en cada nivel del campo de la salud.

En el nivel personal, encontramos que las descripciones de los problemas de salud que hacen los entrevistados concuerdan con las representaciones de salud/enfermedad predominantes en el campo de la salud en cuanto a su componente central: representaciones que hacen referencia a fenómenos exclusivamente biofisiológicos que reducen las cuestiones de salud al campo de la acción del individuo. Las representaciones de salud de los/as usuarios adolescentes centradas en aspectos orgánicos individuales funcionan como obstaculizadoras de la participación en el campo de la salud.

En el nivel familiar, que se refiere a actividades de autocuidado necesarias para la reproducción biopsicosocial, encontramos que los/as adolescentes recurren en primer lugar a la madres y en segundo término a los hermanos/as si la madre no se encuentra presente. La madre es quien establece el primer contacto de los/as adolescentes con el sistema público de salud. Los datos de las entrevistas coinciden con otras investigaciones sobre la participación en salud en que la mayor parte de las actividades referidas al proceso salud/enfermedad / atención se realizan a nivel del grupo doméstico.

En el nivel institucional, que incluye los contactos de los/as usuarios/as con los hospitales y centros de salud y la “estructura de participación” que el sistema pauta para la relación con los/as usuarios/as adolescentes, los datos muestran que al ingresar al consultorio médico, los/as adolescentes generalmente no hablan, salvo ante una pregunta del profesional que es “quien posee el conocimiento sobre la situación”. La mayoría de las veces los efectores preguntan a las madres, quienes son las habilitadas para responder. La práctica consiste en una revisión médica de rutina que finaliza con la prescripción correspondiente. Esta estructura de participación deja a los/as adolescentes en un lugar pasivo constituye un factor inhibitorio de la participación en el nivel institucional.

En el nivel comunitario, referido a actividades colectivas que se realizan en los espacios barriales, encontramos que las actividades desarrolladas por las organizaciones populares dirigidas a los/as adolescentes son de contenido fundamentalmente recreativo y tienen como finalidad la cohesión social y la contención. Estas actividades promueven en los/as adolescentes sentimientos de pertenencia tanto a nivel territorial como afectivo con otros miembros de la comunidad de su misma edad y también hacia los mayores que son guías en el proceso participativo. Esta participación “guiada” se caracteriza porque los adultos de la comunidad aportan el significado de la actividad a los/as adolescentes.

No encontramos por el momento casos de participación real basada en las necesidades sentidas de los/as ado-

lescentes. Los/as adolescentes que participan de actividades comunitarias no plantean intenciones de cambiar la realidad en la que viven y tampoco tienen posibilidad de incidir en la planificación de las actividades ni en la toma de decisiones. Sin embargo, el análisis del nivel comunitario permite revelar fuerzas generadoras de sentimientos de pertenencia y de construcción de espacios democratizantes y participativos. Se trata de prácticas cotidianas de índole cultural que incorporan a los/as adolescentes como aprendices.

Los resultados preliminares de la investigación dan cuenta de que la participación no “brota” por generación espontánea de la población sino que es una necesidad y un derecho y que requiere de procesos de aprendizaje social para hacerse realidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Boschetti, A. (1990). *Sartre y Les Temps Modernes*. Ediciones Nueva Visión. Bs. As.
- Bourdieu, P. (2003). *Creencia artística y bienes simbólicos. Elementos para una sociología de la cultura*. Grupo editorial Aurelia Rivera. Buenos Aires.
- Chardon, M.; Bottinelli, M.; Ferreyra, M.; Cruz Mayol, J.; García Lavandal, L. (2005). *Prácticas de cuidado en educación para la salud*. XII Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología. Avances, nuevos desarrollos e integración regional. UBA.
- Chardon, M.; Bottinelli, M.; Ferreira, M.; De la Cruz Mayol, J.; Nakache, D.; Scavino, C.; García Lavandal, L. (2003). *Escuela, salud y prácticas cotidianas: las concepciones de cuidado de los padres*. Proyecto UBACYT PS019. Memorias de las X Jornadas de Investigación. Salud, Educación, Justicia y Trabajo. Facultad de Psicología. UBA.
- Córdova, V. (1990). *Historias de vida. Una metodología alternativa para las Ciencias Sociales*. Fondo Ed. Topykos. FACES/U.C.V. Caracas, Venezuela.
- De Souza Minayo, M.C. (1997). *El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud*. Lugar Editorial. Buenos Aires.
- Glasser; Strauss (1967). *El descubrimiento de la teoría emergente*. Ed. Aldine. Nueva York, Estados Unidos.
- Güida, C.; Perea y otros. (1999). *Participación Comunitaria en el 1er Nivel de Atención en Salud*. Universidad de la República. Intendencia Montevideo.
- Irigoyen, C. (1989). "Política pública y salud" en Isuani, Ernesto; Tenti, Emilio (1989). *Estado democrático y política social*. Editorial Universitaria de Buenos Aires. Bs. As.
- Isuani, E.; Tenti, E. (1989). *Estado democrático y política social*. Editorial Universitaria de Buenos Aires. Buenos Aires.
- Jodelet, D. (1986). "La representación social: fenómenos, concepto y teoría" en Moscovici, S; *Psicología Social*, tomo II. Paidós. Barcelona.
- Jodelet, D. (1991). "Representaciones sociales: un área en expansión" en Paez, D; *Sida: imagen y prevención*. Editorial Fundamentos. Madrid.
- Kornblit, A.; Mendes Diz; A. (2005). Documento de Trabajo nº 45. *Salud y enfermedad desde la perspectiva de los jóvenes*. Instituto de Investigaciones Gino Germani, UBA, Argentina.
- Lacasa, P. (1997). *Familias y escuelas. Caminos de la orientación educativa*.
- Ley Básica de Salud 153/99. www.buenosaires.gov.ar.
- Menéndez, E. (1990). *Antropología Médica, Orientaciones, Desigualdades y Transacciones*. Cuadernos Chata 179. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. México, DF.
- Menéndez, E (1994). *La enfermedad y la curación ¿qué es medicina tradicional?* ALTERIDADES.
- Menéndez, E. (2002). *Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social*. Cuadernos Médicos Sociales, 73: 5-22, Seminario de Tesis. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.
- Montero, M. (1994). *Psicología Social Comunitaria. Teoría, método y experiencia*. Universidad de Guadalajara. México.
- Montero, M. (2003). *Teoría y práctica de la Psicología Comunitaria. La tensión entre comunidad y sociedad*. Paidós. Buenos Aires.
- Montero, M. (2005). *Teoría y práctica de la psicología comunitaria. La tensión entre comunidad y sociedad*. Paidós. Buenos Aires.
- Montero, M. (2006). *Hacer para transformar. El método en la psicología comunitaria*. Paidós. Buenos Aires.
- Nirenberg, O. (2006). *Participación de adolescentes en proyectos sociales. Aportes conceptuales y pautas para su evaluación*. Paidós. Bs. As.
- Nirenberg, O. (2003). *El rol del estado para la participación social en la evaluación: el caso del sector salud*. CLAD. Buenos Aires. Argentina.
- Sánchez, A.; Vidal (1991). *Psicología Comunitaria. Bases conceptuales y operativas, métodos de intervención*. Universidad de Guadalajara. México.
- Sidicaro, R. (1998). *La Argentina de los jóvenes*. UNICEF. Losada.
- Rogoff, B. (1993). *Aprendices del pensamiento. El desarrollo cognitivo en el contexto social*. Paidós. Barcelona.
- Rogoff, B. (2000). "Los tres planos de la actividad sociocultural: apropiación participativa, participación guiada y aprendizaje" en Wertsch et al. *La mente sociocultural. Aproximaciones teóricas y aplicadas*. Fundación Infancia y Aprendizaje.
- Zaldúa, G.; Bottinelli, M.M.; Pawlowicz, M.P.; Nabergoi, M.; Gambetta, M.; Ceraso, M.E.; Koloditsky, D.; Grippo, L. (2006). *Situaciones y oportunidades en un espacio de salud*.

Fecha de recepción: 25 de marzo de 2008

Fecha de aceptación: 14 de julio de 2008