

ARTÍCULO ORIGINAL

Las representaciones acerca de la salud en profesionales latinoamericanos. Un estudio comparado

Representations of health in Latin American professionals: A comparative study

Dr. Ramón Rivero Pino

Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX)

ramonrp@infomed.sld.cu

Licenciado en Ciencias Políticas, doctor en Ciencias Filosóficas, presidente de la Sección Masculinidades de la Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad, miembro del Polo de Ciencias Sociales de Cuba y jefe del Departamento de Docencia e Investigaciones del CENESEX.

RESUMEN

Análisis de un asunto de gran relevancia para la sociedad mundial: la necesidad de la producción de formas más revolucionarias y adecuadas de pensar y actuar la intervención profesional en salud. La idea científica que se desarrolla en el mismo está asociada a la indagación sobre cuáles son las pautas culturales que están en la base de las representaciones que tienen los profesionales acerca de la salud y cómo modificarlas en función de la emancipación humana y la dignificación personal-social. El objetivo general apunta a la búsqueda desde lo teórico y metodológico de un enfoque científico crítico y revolucionario en el estudio de las prácticas de intervención en salud, que facilite la potenciación de las capacidades y habilidades de los profesionales y técnicos, su crecimiento personal-profesional, así como el de los destinatarios de su actividad, lo que tendría un efecto positivo en el proceso de socialización de las nuevas generaciones. La metodología empleada fue la del autodesarrollo comunitario, elaborada en el Centro de Estudios Comunitarios de la Universidad Central Marta Abreu de Las Villas, Cuba. Los resultados evidencian la insuficiente conciencia crítica de los profesionales de la muestra seleccionada en relación con los enfoques tradicionales de salud, la existencia de un conjunto de malestares asociados a la salud que expresan, por una parte, déficits en los servicios de salud que se ofrecen en los diferentes países y, por otra, malestares cotidianos que sufren las personas. La investigación permitió develar algunas propuestas.

Palabras claves: salud, representaciones acerca de la salud, intervención profesional en salud.

ABSTRACT

Analysis of an issue of particular relevance for the global society: the need to find more adequate and revolutionary ways to think and implement health professional practices. The scientific idea developed in the article is to find the cultural norms at the root of the representations that professionals have about health and how to modify them for the purpose of human emancipation, and personal and social dignifiedness. The general objective is to search for a critical and revolutionary scientific approach—from a theoretical and methodological perspective—in the study of health practices, which will foster the capabilities and skills of health professionals and personnel, their personal and professional development, as well as that of those who benefit from their activity, having a positive impact in the socialization process of new generations. The methodology used was community self-development, developed at the Community Study Center of the Marta Abreu Central University of Las Villas in Cuba. Results show insufficient critical awareness in the professionals of the selected sample, regarding traditional health approaches, the existence of a set of health-related discomfort expressing, on the one hand, shortages of health services provided in different countries and, on the other, daily problems people face. As a result of the research, some proposals were put forward.

Key words: *health, health concepts, health professional intervention*

Introducción

Los estudios emprendidos por muchos científicos sociales sobre los razonamientos que hacen las personas en su vida cotidiana y sobre las categorías que utilizan espontáneamente para dar cuenta de la realidad, han permitido ir conociendo poco a poco las leyes y la lógica del pensamiento social, es decir, del tipo de pensamiento que utilizamos como miembros de una sociedad y de una cultura para forjar nuestra visión de las personas, las cosas, las realidades y los acontecimientos que constituyen nuestro mundo.

La importancia de esos estudios es evidente: desciframos las condiciones de formación del pensamiento social que le es propio a los seres humanos, así como los mecanismos de su funcionamiento y la estructura que adopta, y conseguimos explicar sus reacciones, conductas y psicología.

La preocupación por entender esas formas del pensamiento «cotidiano», calificativo que se le ha otorgado para diferenciarlo, por ejemplo, del pensamiento científico o

religioso, no es nueva; son varias las teorías que se han acercado a este. Sin embargo, el enfoque de la teoría de las representaciones sociales presenta la ventaja de situarse en un punto que conjuga por igual la consideración de las dimensiones cognitivas y las dimensiones sociales de la construcción de la realidad.

El concepto de representación colectiva originalmente postulado por E. Durkheim en 1951 (1) fue reformulado en 1961 por Sergue Moscovici (2) en su estudio sobre la inserción de la teoría psicoanalítica en la opinión pública. A través de este trabajo Moscovici demuestra cuál proceso seguimos para lograr familiarizarnos con el universo de temas, sucesos y hechos nuevos que constantemente se producen en el mundo contemporáneo y que nos son transmitidos a través de los medios de comunicación, las conversaciones informales y los encuentros casuales, y que terminan convirtiéndose en objetos de nuestro conocimiento y de nuestra realidad.

Las representaciones sociales constituyen una parcela del conocimiento social, una parte del conocimiento de sentido común.

A nivel de contenido, la representación social incluye conceptos de legitimación de primer orden, es decir, conocimientos que hablan sobre todo de lo que existe (¿qué es?) y explican cómo actuar (¿qué hacer?). Incorpora en un nivel muy simple las legitimaciones de segundo orden (el porqué). Se trata de modelos explicativos, muy simples, y de cara sobre todo a la acción social. Legitiman sobre todo el qué hacer con un porqué muy simple, siendo esencial el primer aspecto. La representación social no es un simple reflejo de las ideologías, sino una reproducción y una activación de los útiles del conocimiento de sentido común, aplicados a una situación concreta, con una visión estratégica de acción social (3).

El estudio de las representaciones sociales nos permite conocer cómo las legitimaciones de la ideología y de la ciencia en particular se difuminan y modelan en las legitimaciones del saber cotidiano mayoritario; es decir, en la formación de las representaciones sociales desempeña un papel importante la difusión y la reinterpretación del conocimiento ideológico y científico especialmente.

Las representaciones sociales son una expresión del pensamiento no formalizado ni institucionalizado. Sin embargo, no toda creencia constituye una representación social. Las representaciones sociales se centran en objetos sociales (grupos, roles, instituciones); son compartidas y elaboradas por un grupo; sirven para la comunicación intra e intergrupala; funcionalmente clasifican, explican y evalúan los objetos sociales a partir del discurso y las creencias de sentido común, conocimiento que sirve para guiar las interacciones.

En este proceso predomina la dimensión evaluativa, lo que se asocia a una dimensión afectiva. De ahí que lo que distingue esencialmente a la representación social de la cognición sea la evaluación afectiva intergrupal. Esta evaluación afectiva que realiza la representación social, es bastante estable y permanece aun cuando cambien las cogniciones sobre el objeto social. Se trata de un elemento central en las representaciones sociales.

En específico, en relación con el estudio de las representaciones sociales sobre la salud, se puede señalar lo siguiente.

Teóricamente el uso de las representaciones sociales permite conocer los modos y procesos de constitución del pensamiento social a través del cual construimos nuestra realidad, y en el caso que nos ocupa, atendiendo a su contenido, recoger las formas de ver la salud dentro de nuestra sociedad por parte de grupos particulares. Las representaciones sociales son creadas en grupos reflexivos (4), cuyos miembros elaboran colectivamente, en su práctica sistemática, las reglas, justificaciones, creencias y conductas que son pertinentes para el grupo. Su estudio puede realizarse en diferentes dimensiones: para conocer el campo que abarcan las representaciones en estudio y su núcleo central, denominado «núcleo figurativo», así como el plano de la información que manejan los sujetos, lo que nos brinda la posibilidad de conocer la procedencia de esa información, su calidad y cantidad; y en la dimensión actitudinal, para saber la disposición que manifiestan las personas hacia los objetos representados. Esta última dimensión es la que más salida ofrece en un estudio aplicado, ya que a través de su conocimiento no solo podemos comprender lo que se refleja, sino la actitud hacia ello.

Desde el punto de vista práctico, la aplicación de esos estudios tiene gran utilidad. En las representaciones se materializan contenidos ideológicos que sirven para encubrir la realidad, de manera que si queremos desenmascarar el rol ideologizante de creencias compartidas sobre la salud, podemos hacerlo brindando elementos de análisis que posibiliten la construcción colectiva de un nuevo saber.

En relación con nuestro objeto de análisis, ello es posible y necesario; recordemos cómo ha evolucionado la conceptualización de salud y sus funciones en la medida en que se han ido transformando las condiciones económicas. Al ser la ideología reflejo de la base económica, no resulta difícil comprender que la visión que ha tenido la sociedad en cada momento histórico sobre la salud ha estado mediatizada por los intereses y condicionamientos socioeconómicos imperantes.

La vía que proponemos, puede utilizarse con la finalidad de lograr una mejor integración de los profesionales de la salud, pues la manera en que los mismos se

representen sus roles va a tener una incidencia directa en su identificación, comportamiento y satisfacción individual y colectiva.

El tema de la salud ha sido desarrollado por los estudiosos de las representaciones sociales. Este enfoque teórico-metodológico se ha convertido en una de las principales herramientas para entender los referidos procesos. La ciencia tiende a estar cada vez más cerca de la gente; en este sentido, los aportes de las representaciones sociales pueden ser muy valiosos, por una parte, para conocer ese pensamiento de sentido común y, por otra, como mecanismo de orientación de los profesionales del sector en esa relación necesaria entre el prestador de servicio y el usuario.

Uwe Flick fue el primero en dar pistas acerca de la importancia de este marco conceptual para el análisis de los procesos de salud pública. Al reconocer su importancia, Flick expresó:

[...] la relevancia específica de las representaciones sociales como un enfoque sobre salud y enfermedad hoy en día se deriva del desarrollo general de una conceptualización y entendimiento de la salud no solo como un asunto individual. Los conceptos de salud pública y promoción de la salud para grupos sociales específicos necesitan una concepción de las ideas de la gente sobre salud y enfermedad, capaz de tomar en consideración la influencia social sobre ellas, entendiendo el conocimiento cotidiano como socialmente construido [5].

Sin embargo, una valoración actual sobre el tema permite afirmar, coincidiendo con Daniel Gonzalo Eslava Albarracín y María Cecilia Puntel de Almeida (6), que el panorama general de producción respecto al objeto del presente artículo en revistas indexadas de reconocimiento científico internacional, muestra que, a pesar de ser esta temática un elemento importante para la comprensión de ciertos fenómenos (procesos de demanda y atención de los servicios de salud, permanencia de prácticas y creencias populares, e interacción de diferentes formas culturales en el proceso de cura y/o tratamiento), la producción y el desarrollo es aún limitado, por lo menos en lo que respecta a trabajos indexados en bases académicas de reconocimiento internacional. Se evidencia un predominio de la producción en lengua inglesa con escasa producción en lengua española. Los Estados Unidos es el país que mantiene la hegemonía en relación con la publicación; el área de conocimiento de mayor producción es la psicología; y la temática de énfasis se relaciona directamente con los aspectos sociales, siendo los trabajos de tipo

cuantitativo los que representan casi la totalidad de la producción, y los estudios descriptivos los más referenciados dentro de estos. Temáticas o áreas particulares como el sida, la geriatría, la pediatría y, dentro de estas, la comprensión del significado de algunas de sus patologías o la experiencia de convivir con estas, son los aspectos que más se destacan.

Lo anterior da cuenta de lo insuficientemente tratado que ha sido el tema de las representaciones sociales acerca de la salud en grupos de profesionales y la inexistencia de estudios comparados en nuestra región.

Estudio comparado

Entre los años 2004 y 2011 el autor del presente artículo realizó una investigación postdoctoral acerca de los temas de familia, género y salud, para lo cual sostuvo intercambios con profesionales argentinos de las provincias de Santiago del Estero y Rosario (2004), mexicanos de Ciudad Juárez (2006 y 2007), ecuatorianos pertenecientes a las provincias de Loja, Zamora Chinchipe y Guayaquil (2009, 2010 y 2011) y cubanos de las provincias de Villa Clara, Matanzas, Santiago de Cuba, Ciego de Ávila y La Habana (2008-2011). Todos desarrollaban su actividad con familias y entre ellos se encontraban médicos, psicólogos, maestros y trabajadores sociales. La información recopilada fue objeto de comparación. Se trata de un estudio comparado de las representaciones sociales de los profesionales de esos países respecto a las temáticas referidas anteriormente, que permitió conocer regularidades de las reflexiones de los participantes en los procesos grupales realizados.

Metodología

En su conjunto la selección muestral quedó conformada por 13 grupos reflexivos: tres argentinos (dos de Santiago del Estero y uno de Rosario), dos de México, tres de Ecuador (uno de cada provincia) y cinco de Cuba (uno por provincia). Los grupos se constituyeron al azar, a partir de una convocatoria libre para la reflexión sobre los contenidos anteriormente referidos. En total participaron 360 profesionales (207 mujeres y 153 hombres).

Los procesos grupales formaron parte de una estrategia general (7) de trabajo comunitario, la cual contó con cinco etapas.

La *primera etapa* se denomina *intercambio inicial con el sujeto necesitado de la acción profesional*. Los objetivos de la misma son: a) conocer la percepción del sujeto demandante sobre sus características generales, los problemas que requieren solución priorizada y los escenarios particulares más afectados; b)

formular hipotéticamente el sistema de contradicciones subyacentes a la problemática planteada por el demandante; c) acordar el plan inicial para la acción profesional.

En esta etapa es clave lograr una adecuada comunicación entre el profesional y el sujeto necesitado de su acción, lo que implica que fluyan los mensajes claros, se legalicen los conflictos y comience un proceso de elaboración de frustraciones. Es de suma importancia también que el profesional tenga claro la diferencia entre demanda y necesidad, en el sentido de que no toda demanda constituye una necesidad real, ya que en ocasiones, por desconocimiento de las causas reales de sus malestares, los sujetos explicitan demandas que encubren los elementos esenciales que motivan su malestar: las contradicciones base de tales situaciones. Por tanto, el momento de hipotetización de la demanda es muy importante en el proceso, ya que contribuye desde el mismo inicio del trabajo social a la potenciación de la conciencia crítica del demandante sobre las causas reales de su demanda.

La *segunda etapa* de este proceso ha sido designada como *exploración del escenario*. El objetivo central es captar datos empíricos relacionados con la problemática del demandante y confrontarlos con la demanda formulada, para de esta forma contar con elementos que permitan organizar y planificar los pasos o etapas posteriores de la intervención. Las técnicas que se privilegian para la captación de datos empíricos son el análisis de documentos, la observación participante y las entrevistas individuales y grupales. Ello no quiere decir que sean las únicas que se deben utilizar, pues se conoce que según el nivel de intervención y las características particulares del objeto, así deben ser las técnicas a utilizar.

Un elemento de mucha importancia a tener en cuenta en esta etapa del proceso son los referentes teóricos de partida, pues con estos es necesario también confrontar los datos empíricos obtenidos. Precisamente ello permite al profesional construir los indicadores teóricos con los que, según su apreciación, se organizará la propuesta metodológica de intervención. A partir de los mismos se elabora entonces la matriz para el diagnóstico participativo.

Esta matriz es algo así como el esquema que sintetiza, a partir de cierta organización, la información con que cuenta hasta ese momento el profesional para continuar llevando adelante el proceso de intervención. Sus elementos constituyentes son: *problemas* (situaciones negativas que afectan directamente al demandante), *prioridades* (el criterio para definir las es analizar cada problema en

relación con los efectos e impactos futuros), *factores condicionantes* (caracterización e identificación de elementos claves asociados al origen de los problemas), *posibles acciones* (actividades concretas que contribuyan a las soluciones; pueden ser acciones inmediatas, como asistencia técnica, gestión política, convenios de trabajo comunitario y campañas con población, o ideas de proyectos o estudios como decisión política y acuerdos interinstitucionales), *recursos* (medios que pueden ayudar a mejorar o solucionar la problemática planteada), *aportes del municipio y la comunidad* (identificación de los aportes que la organización comunitaria y las instituciones municipales puedan realizar), *responsables* (definición del encargado de la coordinación de las acciones), *período de ejecución* (fechas de inicio y terminación de las actividades).

La *tercera etapa* es el *proceso en sí de diagnóstico y búsqueda de soluciones*. Como su nombre lo indica, los objetivos fundamentales son realizar el diagnóstico de la problemática a resolver por parte del demandante y facilitar el proceso corrector. Ello ocurre al unísono a través de diferentes vías, pero, especialmente, a través de los espacios grupales de reflexión.

Esta particularidad otorga al proceso de diagnóstico y búsqueda de soluciones un gran realismo y fuerza transformadora, pues las situaciones objeto de análisis y reflexión en los espacios correctores están relacionadas directamente con las causas fundamentales de los malestares que sufre el demandante y sobre las que no tiene conciencia crítica. Como resultado del mismo, se potencia la autonomía, la inteligencia, el protagonismo y la participación real del demandante en la superación de las contradicciones propias y de su entorno.

La *cuarta etapa* es la *evaluación* y la *quinta etapa* consiste en la *sistematización*.

Programa de intervención

El programa de intervención desarrollado contó con título, objetivos, contenidos y técnicas. Los contenidos dieron respuesta a los indicadores seleccionados. Estos fueron indicadores verificados en prácticas de intervención, que podían o no expresarse en los grupos, pero que constituyeron un referente a considerar. Lo importante es que el contenido del programa de intervención facilitó las reflexiones y los aprendizajes acerca de cuestiones desconocidas por los participantes y que, sin embargo, constituían causas esenciales de sus malestares y conflictos.

Las técnicas empleadas en el programa de intervención tenían la capacidad de facilitar la reflexión crítica. En este sentido, privilegiamos las técnicas vivenciales, como las dramatizaciones.

El programa contuvo tantas sesiones de trabajo como indicadores fueron seleccionados, tres en total. Las sesiones no excedieron las dos horas de trabajo, y el máximo de participantes en los grupos fue de 25.

Durante el proceso de trabajo, los grupos con los que se trabajó fueron elaborando sus *proyectos de vida* en relación con los problemas analizados, lo que se considera, a los efectos de esta metodología, el *producto tangible* de los procesos de intervención profesional llevados a cabo. Los proyectos de autodesarrollo o de transformación social constituyen las acciones definidas por los grupos para alcanzar objetivos que den respuesta a necesidades. Ellos se materializan en un tiempo y un espacio determinados, y *la cualidad comunitaria los debe distinguir*.

Los temas básicos tratados en los grupos con los que se trabajó, fueron:

- las representaciones sociales acerca de la salud,
- los malestares más frecuentes que afloraban por parte de los prestadores de salud,
- las posibles soluciones identificadas por los grupos.

Con los elementos obtenidos se procedió al procesamiento de datos, que fueron procesados de la siguiente forma. Los elementos aportados por los *grupos de reflexión* se llevaron a un registro, el cual contenía el discurso textual (silencios, intervenciones reiterativas), preverbal (lo que hacían los participantes cuando el coordinador o los demás hablaban), los emergentes principales (momentos de tensión, confusión y roles de boicot a la tarea, tanto en lo temático como en lo dinámico, ordenados por momentos de la sesión), las anotaciones temáticas (temas que surgen) y la transferencia y contratransferencia (depositar en la coordinación un tipo de demanda e introyección de lo proyectado respectivamente). Estos datos sirvieron para el análisis de los procesos grupales tanto en los aspectos temáticos como dinámicos.

El análisis de los datos de estos registros se realizó a través de su codificación (descomposición de las unidades de registro o temas en unidades de sentido y la búsqueda en estas de los indicadores que interesaba analizar), procediéndose posteriormente a su categorización e interpretación.

Resultados

Los malestares de vida cotidiana expresados en las dramatizaciones realizadas en los grupos de argentinos, mexicanos y ecuatorianos que sirvieron de base

exploratoria respecto a las representaciones sociales de la salud, contenían, como elementos esenciales, las contradicciones entre las actitudes de los profesionales de la salud y las necesidades de la población, las carencias económicas como obstáculo de la gestión de salud de los más necesitados y el enfoque asistencialista de la atención en salud, entre otros, mientras que los cubanos prestaban mayor atención a problemáticas de otra naturaleza, como la falta de educación formal de las personas en los espacios públicos, el desconocimiento de madres y padres sobre situaciones cotidianas de la vida de sus hijos, conflictos de relación entre profesionales (de cualquier área) y sujetos individuales y colectivos que necesitan de sus servicios.

En tal sentido, en el caso de los argentinos, mexicanos y ecuatorianos, entre las explicaciones que encontraban a esos malestares estaban: la falta de educación sanitaria; la insuficiente planificación y organización de los servicios de salud; el individualismo en la búsqueda de soluciones; el incumplimiento del rol de las unidades primarias de atención (asistencialismo); la inexistencia del trabajo interdisciplinario en los equipos de salud; un deficiente o nulo trabajo en redes — lo que genera falta de esfuerzo—; la toma de conciencia de lo que es salud solo cuando se padece una enfermedad; el rol hegemónico y omnipotente de los médicos; las presiones externas, políticas e institucionales que dañan el buen servicio; el escaso salario de los profesionales y técnicos de la salud; el sostenimiento del sistema debido al silencio de la gente; y una cultura de sobreconsumo de medicamentos.

Los profesionales cubanos centraron el análisis en situaciones que sufren las personas en el proceso de desempeño de los diferentes roles sociales, y las principales preocupaciones se relacionaban con las carencias económicas y los déficits en la efectividad funcional de los institutos socializadores de la personalidad; o sea, por una parte, la reflexión se centró en que las condiciones de subdesarrollo limitaban los procesos de salud y, por otra, en la incapacidad de los medios institucionales para proveer de salud a la población.

Resaltan en estas reflexiones tanto de profesionales cubanos como de extranjeros dos cuestiones: la crítica al statu quo establecido y una ciudadanía pasiva en términos de solución.

Desde la coordinación se estimuló el pensamiento crítico de los asistentes a través de la siguiente interrogante: ¿se deben considerar personas enfermas a los personajes de las dramatizaciones? Una parte considerable de los presentes respondía afirmativamente; otros manifestaban dudas y comenzaban a reelaborar

sus argumentos con una mirada distinta.

Las creencias compartidas por todos los grupos tenían un núcleo figurativo bien configurado. Los que respondieron afirmativamente, planteaban que esas personas no eran enfermos biológicos sino sociales, lo que se asociaba, en el caso de los argentinos, mexicanos y ecuatorianos, a la búsqueda de soluciones exteriores, en el Estado. En los grupos cubanos lo más marcado eran las dificultades económicas; el funcionamiento de las instituciones y su repercusión en la vida cultural-espiritual de las personas, en términos del limitado desarrollo de valores cívicos y morales; la existencia de doble moral; la negligencia o la incapacidad para encontrar respuestas, por ejemplo, a las dificultades que emanan del funcionamiento familiar.

Como es de notar, si bien es cierto que los profesionales consideran aspectos biológicos, psicológicos y sociales al analizar el estado de salud de una comunidad o grupo social, no sitúan la mirada en las capacidades humanas como solución y en los aspectos potenciales de desarrollo, a los cuales de manera sistemática recurre la población en mayor o menor escala para organizar su vida y encontrar las claves que les permita vivir o sobrevivir. Desde lo profesional, no se tienen en cuenta las capacidades de la población como recurso más importante para planificar, organizar, controlar y evaluar los procesos de salud. La mirada la sitúan en los aspectos negativos para entonces trabajar con lo patológico, desde la enfermedad y con enfoque asistencialista.

El campo y núcleo esencial de las representaciones sociales constatadas, aunque no contenía elementos del enfoque biologicista tradicional de salud porque tenía en cuenta los aspectos sociales, presentaba de manera dicotómica la relación salud-enfermedad. También el razonamiento acerca de la salud, entendida como completo estado de bienestar bio-psico-social, era un elemento configurador de ese conjunto de ideas compartidas en los grupos.

La concepción de salud ha evolucionado de un enfoque biologicista a un enfoque más social, lo cual es un avance significativo. A ello ha contribuido sustancialmente la conceptualización de los determinantes sociales de la salud (DSS), que eliminan la tradicional articulación causa-efecto de la epidemiología clásica. No obstante, a pesar de constituir un adelanto, esta posición tiene un marcado problema epistemológico que consiste en asumir la existencia de un consenso universal sobre lo que significan los términos claves de la definición, a saber: salud, bienestar y población. Esta universalidad es apolítica y ahistórica, porque evita el tema de

quién define cada uno de esos términos; por tanto, evita, en esencia, el problema epistemológico del poder.

Otro problema asociado a las representaciones constatadas consiste en que, a pesar del reconocimiento atribuido en la actualidad a la importancia de la responsabilidad de la persona en el cuidado de la salud, el papel activo en este asunto, a partir de las prácticas institucionales de salud, continúa centrado en los profesionales de la salud y no en la ciudadanía. Es evidente que esta postura epistemológica no tiene en cuenta a la comunidad como sujeto de salud ni a la salud como construcción social.

Un aspecto importante relacionado con el tema es la situación de impotencia y frustración en que queda situado el profesional o técnico de la salud cuando opera con la idea de salud como completo estado de bienestar, lo que reconocieron los participantes de los distintos grupos de los cuatro países.

En la medida en que las reflexiones grupales avanzaban, aparecían nuevos e importantes elementos que formaban parte significativa de la construcción colectiva de un nuevo enfoque de salud: la comprensión del carácter estático de la definición tradicional de salud; el valor de la cultura y la educación en la formación y el desarrollo de capacidades humanas para la emancipación; la necesidad de superar el enfoque sanitarista y prevencionista de la salud e ir hacia niveles superiores de gestión en salud; reconocer y legitimar la capacidad de autogestión de las comunidades sobre su salud; superar el sectorialismo en el gerenciamiento de la salud; y avanzar en el vínculo de los diferentes subsistemas dentro del Sistema Nacional de Salud. De manera puntual en los grupos argentinos, mexicanos y ecuatorianos, se compartieron criterios como: la necesidad de desentrañar el contenido ideologizante del uso de la salud y sus recursos humanos y materiales como caballito de batalla en función de los intereses de los políticos; definir una política sanitaria coherente que plantee claramente metas, mecanismos y recursos; lograr una mejor acción de los equipos de salud; e incentivar el patriotismo y la educación de los derechos ciudadanos como vía para el desarrollo de capacidades de autogestión.

Finalmente, sobre esta problemática, los grupos profundizaron en el análisis de la participación comunitaria como un elemento clave para potenciar la autogestión en salud de la población, y al respecto, en el caso de los grupos argentinos, mexicanos y ecuatorianos, visualizaron como obstáculos esenciales para lograr la real participación popular: a) altos niveles de analfabetismo, sobre todo en las zonas más rurales; b) la existencia de costumbres y tradiciones en contra de los

preceptos elementales de los cuidados básicos de salud, como el uso de hierbas para tratar dolencias cuando su aplicación es contraproducente; c) el alcoholismo, la drogadicción y el individualismo, que se expresa en que los que tienen recursos no expresan su disposición al trabajo colectivo y solidario; d) la omnipotencia y el elitismo que caracteriza la actividad de algunos médicos y técnicos del sector de la salud y de otros; e) la lucha política que enajena y divide; f) la actividad de los agentes sanitarios como agentes políticos; g) el clientelismo político; h) la inaccesibilidad a los centros de salud por dificultades de los caminos; i) la falta de insumos; j) la falta de control por parte de los estamentos de salud; k) los escasos recursos humanos para el trabajo de salud.

Por la parte cubana, la atención se concentró en a) la necesidad de perfeccionar la estructura, los procesos y los resultados de la atención médica integral que se brinda en el área de salud; b) el aumento de la competencia y el desempeño del personal de atención primaria de salud (APS) mediante la asesoría técnica a través de la capacitación y el perfeccionamiento; c) el desarrollo de investigaciones en la APS acorde con los problemas identificados en el análisis de la situación de salud; d) la consolidación del sistema de transferencia y contratransferencia entre los tres niveles de atención; e) la elevación de la satisfacción de la población con los servicios que se le brindan, lo que contribuye al desarrollo humano local y sostenible, e identifica y soluciona de forma integral, con el concurso de los diferentes actores sociales; f) el incremento de la satisfacción de los trabajadores de la salud.

Asimismo, los profesionales de los cuatro países reconocieron las potencialidades existentes en los contextos para impulsar los procesos de APS, entre los que fueron señalados, por la parte argentina, mexicana y ecuatoriana, la presencia de los agentes sanitarios y las enfermeras en las comunidades; las buenas relaciones existentes entre los agentes de salud y las personas del lugar; la solidaridad entre vecinos; la educación sanitaria de una parte de la población; la realización de eventos sociales como vía para obtener recursos; la autoridad, la credibilidad y la preparación del personal de salud; los satisfactorios resultados alcanzados en aquellos lugares donde existe una buena atención y predisposición de los equipos de salud; la incorporación a la cultura popular del espíritu del autocuidado; y las experiencias positivas existentes en relación con el vínculo de trabajo entre médico y curandero.

En relación con la experiencia cubana, fueron reconocidos como potencialidades el alto nivel de instrucción y educación de la población; la existencia de una

infraestructura y una salud comunitaria en capacidad de dar respuestas a las necesidades reales; y la voluntad gubernamental de respaldar los intereses del pueblo.

El momento final de cada uno de los procesos grupales se caracterizó por el lanzamiento de un conjunto de propuestas por parte de los participantes. Es de destacar el nivel de implicación alcanzado en el proceso por todos los profesionales.

Conclusiones

La investigación facilitó un diagnóstico sobre las representaciones sociales relacionadas con la salud de los grupos que participaron en el proceso indagativo, el cual permite afirmar que prevalece entre ellos una concepción ahistórica, asistencialista y que dicotomiza los procesos de salud y enfermedad.

Como resultado del proceso de trabajo, los grupos lograron avanzar en las siguientes direcciones:

- La comprensión de la salud a partir de un enfoque más integral y asociada a la participación y cooperación de la población en dicha gestión.
- El reconocimiento de que en la vida cotidiana se opera con patrones rígidos que se inculcan desde un orden determinado y socialmente establecido, los cuales se transmiten de generación en generación sin la conciencia del daño que puedan causar en la formación de las nuevas generaciones.
- La visualización de factores sociales de expansión de representaciones sociales del rol profesional en el ámbito de la salud, que en nuestra sociedad legitiman estereotipos tradicionales de ejercicio de dicho rol.
- La comprensión de los elementos que deben formar parte de una estrategia de intervención (en salud comunitaria) con enfoque de autodesarrollo.

El estudio permitió comprender además la importancia de ampliar el tratamiento del tema en la literatura científica internacional y cubana en particular.

Referencias

1. Durkeim E. Representaciones individuales y representaciones colectivas. En Sociología y filosofía. Buenos Aires: Miño y Dávila; 2000.
2. Moscovici S. La psicología social en los umbrales del siglo XXI. *Alélon* 1991; 3 (número especial).

3. Páez D, *et al.* Pensamiento, individuo y sociedad. Madrid: Editorial Fundamentos; 1987.
4. Elejabarrieta F, Wagner W. Representaciones sociales. Manual de psicología social. Barcelona; 1993.
5. Flick U. Social representations of health-illness. [Editorial]. *Papers of Social Representations* 1995; 4(1):1.
6. Eslava Albarracín DG, Puntel de Almeida MC. Representaciones sociales de salud y enfermedad: investigando el estado del arte. *Cienc. Enferm* 2002; 8(2), doi:10.4067/S0717-95532002000200007.
7. Rivero Pino R, *et al.* El autodesarrollo comunitario. Crítica a las mediaciones sociales recurrentes para la emancipación humana. Santa Clara: Editorial Feijoo; 2004.

FECHA DE RECEPCIÓN DE ORIGINAL: 1 de mayo 2013

FECHA DE APROBACIÓN PARA SU PUBLICACIÓN: 7 de junio 2013