

## Concepciones y saberes educativos y comunicacionales en prácticas comunitarias de prevención y promoción de equipos de Salud

Lomagno, Claudia M.; Laura I. Lonardi; Diego H. Zanetti

Autores; Facultad de Bromatología. Universidad Nacional de Entre Ríos. (2820) Gualeguaychú, Entre Ríos, Argentina  
Contacto: [claumarl@hotmail.com](mailto:claumarl@hotmail.com)

ARK: <http://id.caicyt.gov.ar/ark:/s22504559/kimkovb8i>

### Resumen:

Se desarrolló un proyecto de Investigación Acción Participativa (IAP) orientado a indagar concepciones y saberes educativos y comunicacionales sobre prácticas comunitarias de prevención y promoción de la salud. Se focalizó en las orientaciones, características y finalidades que los profesionales y equipos de salud le atribuyen a las diversas intervenciones que realizan, destinadas a jóvenes y adultos, a fin de generar conocimientos que nos permitan describirlas, comprenderlas e interpretarlas más profundamente en el universo seleccionado (CAPS-CIC de la ciudad de Gualeguaychú). Las instancias participativas tuvieron como objetivo devolver la información sistematizada, buscando repensar estas prácticas comunitarias.

Se diseñaron prácticas de investigación y extensión integradas al currículo universitario, desde la cátedra de Educación y Comunicación Alimentario Nutricional (ECAN), Licenciatura en Nutrición, Facultad de Bromatología, UNER.

**Palabras clave:** Integralidad de funciones; Investigación-acción participativa; prácticas comunitarias de prevención y promoción de la salud.

## ¿En qué consistió el proyecto?

El proyecto de investigación se orientó a indagar las concepciones y saberes educativos y comunicacionales sobre las prácticas de salud comunitarias de prevención y promoción, que den cuenta de las orientaciones, características y finalidades que lxs profesionales y equipos de salud le atribuyen a las diversas intervenciones que realizan, destinadas a jóvenes y adultxs, a fin de generar conocimientos que nos permitan comprenderlas más profundamente en el universo seleccionado: profesionales y equipos de Salud de los Centros de Atención Primaria de la Salud municipales San Isidro, San Francisco, La Cuchilla y el Centro de Integración Comunitaria municipal Néstor Kirchner (en adelante CAPS-CIC) de la localidad de Gualeguaychú.

Nos propusimos generar categorías que permitan describir, comprender e interpretar las concepciones y los saberes educativos y comunicacionales sobre las prácticas comunitarias de prevención y promoción de la salud dirigidas a jóvenes y adultos que sustentan los profesionales y los equipos de Salud.

Dada la naturaleza del objeto de estudio y las preguntas generales que se realizaron al objeto, la estrategia general se orientó hacia un estudio cualitativo, siguiendo una lógica inductiva, produciendo hallazgos a través de información empírica recogida, con técnicas que permitieron captar expresiones intencionadas verbales y escritas, de lxs profesionales y equipos incorporados mediante un muestreo intencionado.

También se incluyeron instancias participativas, sesiones de retroalimentación a lo largo del proceso de la investigación para “devolver” la información sistematizada, recolectar información empírica referida a las categorías identificadas al iniciar un proceso de construcción colectiva de conocimiento y aportar a la confiabilidad y validez de los resultados obtenidos a través de esta “triangulación in situ” (1).

Se obtuvo como resultado nuevos conocimientos en un área de vacancia, que esperamos aporten a repensar las prácticas comunitarias de prevención y promoción destinadas a jóvenes y adultxs, e identificar contenidos comunicacionales y educativos susceptibles de ser potenciados o fortalecidos en la formación de lxs trabajadores de la salud, aportando herramientas para responder a las demandas y necesidades comunitarias.

Como parte de las tareas de extensión compartimos con los decisores de la Secretaría de Desarrollo Social y Salud del Municipio los resultados y posibles líneas de acción para el acompañamiento del trabajo de los equipos de salud del primer nivel de atención, con el intento que el conocimiento sistematizado sea un aporte a la gestión.

## Conclusiones

Como resultado del proceso de investigación seguido y con apoyo en la evidencia empírica construida hasta el momento se plantean los ejes que se han identificado como conclusiones.

## Sobre las prácticas comunitarias

Entendemos a los procesos de atención de la salud como prácticas sociales complejas y, como tales, inscriptas en una trama de relaciones determinadas y condicionadas por múltiples factores cambiantes, en cada momento histórico dado. Estas prácticas

están fundamentadas siempre en concepciones que las sostienen, que funcionan como marcos explicativos de la realidad, y que responden a múltiples intereses e ideologías. Son las prácticas entendidas como modos de intervención y, a la vez, como lugares de inscripción de las funciones, las que darán las claves para reflexionar acerca de las relaciones que se establecen entre el trabajador de la salud y la población. En la especificidad propia del primer nivel de atención el abordaje de una heterogeneidad de problemas de la realidad socio-sanitaria y la comprensión de la complejidad social.

Las prácticas comunitarias tienen su especificidad. Si bien en todas las prácticas en salud, la identificación de la necesidad de una intervención, como la toma de decisiones técnicas y metodológicas para su operacionalización, exigen fundamentarse en el conocimiento de los fenómenos, hechos y circunstancias del contexto social más amplio, así como en el reconocimiento de las ideologías que subyacen a ellos, en el trabajo que se realiza en el primer nivel de atención, en el trabajo con la comunidad, estos saberes son imprescindibles: Las decisiones sobre el “qué hacer” se sostienen en concepciones acerca de la naturaleza del ser humano, de la cultura, la familia, la sociedad, la ciencia, la tecnología, la medicina, la cura, la salud, la enfermedad; expresan las relaciones de poder entre los diferentes grupos en una sociedad determinada.

En las prácticas comunitarias de prevención y promoción de la salud se producen relaciones discursivas entre la comunicación y la educación que aparecen entrelazadas, superpuestas, aunque pueden reconocerse ciertas especificidades de los procesos. Asimismo, en estas prácticas subyacen concepciones de promoción y prevención que se expresan de manera más o menos consciente, y le dan sentido en el hacer.

Hasta aquí el contexto de descubrimiento. Pero cómo lo significan lxs entrevistadxs?

La mayoría de lxs entrevistadxs de los CAPS-CIC no realiza una distinción entre las actividades de promoción y prevención, sino que las denominan como un conjunto. Quienes sí las distinguen, asocian a la prevención con la idea de evitar complicaciones frente a una enfermedad, mientras que la promoción se asocia con abordajes “desde el lado positivo”, y con las salidas a terreno.

Cuando se consulta a lxs entrevistadxs por qué consideran que las actividades mencionadas son de promoción y prevención, aparecen diversas explicaciones que dan cuenta que hay claridad respecto al marco institucional donde se desempeñan, haciendo referencia a diferentes aspectos: el lugar que ocupa el primer nivel de atención (2) en el sistema de salud; la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) que persigue (3), y las actividades que se intentan priorizar, actividades de promoción y prevención de la salud.

También se explica que las actividades que se desarrollan en los CAPS-CIC, tienen como finalidad mejorar la salud, detectar problemas de salud a tiempo, evitar que los problemas de salud aparezcan, y/o prevenir complicaciones de una enfermedad, haciendo mención claramente a los tres niveles de prevención, según el momento de la historia natural de la enfermedad en el que se realicen las actividades preventivas: primaria, secundaria y terciaria.

Sólo una minoría asocia a la promoción y prevención con una mirada social y comunitaria, y otra mención que asocia a la promoción con la perspectiva de derecho.

En cuanto a la finalidad de las actividades de promoción y prevención, lxs entrevistadxs mencionan:

- Lograr la autonomía de lxs vecinxs (perspectiva de derecho).
- Generar espacios de escucha y acompañamiento.
- Aprender desde la acción.

Las prácticas comunitarias en salud, propias del primer nivel de atención, implican tareas asistenciales, preventivas y promocionales. En las entrevistas queda claro que lxs profesionales poseen distintas visiones al respecto: mientras que la gran mayoría menciona que la principal función de los CAPS-CIC es realizar tareas preventivas y promocionales, con una fuerte asociación con la actividad educativa, una minoría no está de acuerdo, pudiendo interpretarse que considera que su rol tiene que ver más con lo asistencial.

De manera general, denominamos espacios educativos a aquellas instancias con distinto grado de intencionalidad educativa en los que podemos identificar la presencia del “triángulo educativo”, en el que interjuegan tres componentes: un sujeto que enseña, un sujeto que aprende y un contenido. (Lomagno, C y S. Llosa, 1998.2012)

Los entrevistadxs refieren que en los CAPS-CIC en los que trabajan, los espacios educativos y comunicacionales se desarrollan mediante diversos dispositivos, siendo los más mencionados los talleres, operativos sanitarios, charlas en salas de espera, charlas informativas y consultoría.

En referencia al dispositivo “taller”, los mismos abordan diversas temáticas y son coordinados por diferentes profesionales. Incluso lxs entrevistadxs destacan las ventajas de utilizar el taller como herramienta para enseñar y comunicar (en lugar de realizar por ejemplo una charla), por ser más participativo, dinámico y permitir entrar en confianza de manera más rápida.

Con respecto a los criterios de selección de los recursos que se utilizan en estos espacios educativos, lxs entrevistadxs mencionaron tener en cuenta al grupo etario a quien va dirigida la actividad. Señalan que cuando trabajan con niñxs se prioriza el uso de recursos de carácter lúdico como títeres, juegos, obras de teatro, etc. También señalan que toman el nivel educativo de lxs destinatarixs, utilizando por ejemplo en población analfabeta o con bajo nivel de alfabetización, herramientas como imágenes, y material concreto que ayude a la comprensión.

### **Sobre las concepciones educativas y comunicacionales en Promoción y Prevención**

En este aspecto aparecen diversas visiones, que se aproximan a los diferentes modelos de prevención y la promoción de la salud, y están imbricados con modelos comunicacionales y educativos. Hay una predominancia de la idea de educación en promoción y prevención ligada al modelo de salud bio-psico-social, donde la promoción y prevención de la salud está pensada como el acto de “educar para el cambio de hábitos”. Así, muchxs de lxs entrevistadxs piensan que la finalidad de educar radica en lograr cambios de hábitos y así prevenir complicaciones. Asimismo consideran que enseñar permite que las personas tengan un mayor autocuidado.

En cuanto a los modelos educativos y comunicacionales, en las entrevistas aparece una fuerte referencia al modelo de transmisión, donde educar se expresa como sinónimo de transmitir información. Esta idea de transmitir información, o como otrx entrevistadx la menciona, de “bajar línea”, es una concepción muy arraigada desde el deber ser, a pesar de que lxs mismxs entrevistadxs reconocen que en la práctica, se dan otros procesos que distan mucho de esta idea de bajar línea, como por ejemplo se transforman en espacios de escucha:

En minoría, aparece una concepción de la educación en promoción y prevención más ligada a la construcción de saberes, a la experiencia de enseñanza y aprendizaje mutuo.

Por último, en referencia al trabajo educativo con niñxs en salud, hay quienes sostienen la postura que lxs niñxs actúan como multiplicadores en sus hogares, sin embargo otrxs señalan que esto no basta, sino que es necesario trabajar con lxs padres, pero reconocen que es una tarea que aún está pendiente.

### **Sobre la participación comunitaria**

La Participación Comunitaria se puede definir como un “proceso que incorpora todos los valores y costumbres de un pueblo o comunidad y que promueve la formación de ciudadanos y de sujetos activos, solidarios y responsables y con verdadero protagonismo ciudadano, necesario para lograr transformación social” (<http://iah.salud.gov.ar/doc/Documento175.pdf>). En términos psicosociales implica sentido de pertenencia a un todo como espacio, en el cual se da lugar y se tiene presente a cada participante.

Desde las entrevistas llevadas a cabo lxs profesionales identificaron instancias en las que se favorece la participación comunitaria:

- En las mesas de gestión de los diferentes Centros de Salud (CS) existe la generación de proyectos y actividades desde diferentes Instituciones y referentes barriales con alto grado de participación.
- Se destinan fondos municipales a proyectos de interés comunitario (presupuesto participativo).

Destacan que los CS tienen que “dar participación” o delegar tareas y que para que esto suceda remarcan la importancia de establecer y fortalecer un vínculo con la comunidad para que la misma sea más activa y otorgar un rol activo a la comunidad para involucrarlos como protagonistas de los procesos de salud.

Esta visión cercana a la participación real (Sirvent, 1987) se contrapone a otras que asimilaban al concepto participación el de concurrencia, siendo un punto de debate en algunos espacios de retroalimentación, abriendo la reflexión a cuál era el objetivo de los espacios comunitarios.

Con respecto a la concurrencia, en las entrevistas realizadas a lxs diferentes profesionales y en los talleres que se llevaron a cabo surgió la preocupación por la poca concurrencia de lxs vecinxs a las actividades de los CS, principalmente aquellos talleres de promoción y prevención. Los grupos etáreos que menos concurren son los adolescentes, jóvenes y adultos de género masculino, vecinxs con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y embarazadas. Lxs entrevistadxs refieren que esto sucede ya que muchas veces no se trabaja con los intereses de lxs vecinxs sino con “la bajada de línea” desde secretaría de salud. Según la visión de lxs profesionales, la poca concurrencia además se debe a: falla en la difusión por parte de lxs profesionales de los CS, ubicación geográfica de la población (área programática), época del año u horario, vergüenza, falta de interés.

Se destaca la buena concurrencia por parte de lxs vecinxs a las actividades llevadas a cabo en conjunto con otras Instituciones, así como también actividades relacionadas a talleres de oficio, encuentros maternos, talleres saludables, taller de huerta. A su vez se menciona que muchas de las estrategias que utiliza el CS para convocar a lxs vecinxs a las diferentes actividades surgen desde la mesa de gestión.

La prevención de enfermedades y promoción de la salud junto con el abordaje de problemáticas a través de la participación ciudadana, forman parte de los lineamientos generales de las políticas en salud a nivel municipal. Un ejemplo es el fortalecimiento Institucional desde las Mesas de Trabajo y Gestión de los CIC y CAPS. (Plan Multiplicar,

## Municipalidad de Gualeguaychú)

Según Gotti (2010) la mesa de gestión es un “dispositivo de construcción de un espacio colectivo formado por múltiples y diversos actores, es un lugar privilegiado para la transformación de la vida cotidiana, a partir de un enfoque de derechos, de identidad y desarrollo humano con base en el territorio”. Según Baró, (2014) la mesa de gestión es un espacio de encuentro, diálogo y reflexión, en el que participan diferentes actores y sectores de la comunidad que están involucrados en la construcción de salud de la comunidad. Permite conocer las necesidades de la población, brindar un espacio de participación y posibles soluciones a sus problemáticas.

En los espacios de mesa de gestión, lxs profesionales de salud mencionaron que hay participación de la comunidad y de otros actores, como instituciones y referentes barriales. Cada área programática tiene su mesa de gestión y desde lxs dichos de lxs entrevistadxs detectamos que existen diferencias en el grado de participación. Surgió que el dispositivo “mesa de gestión” debe mejorarse.

Asimismo destacaron que es un espacio muy productivo y que surgen diversas ideas y proyectos, y que dicha participación es principalmente de mujeres, siendo difícil convocar a hombres y jóvenes adultos. Resaltan que las actividades que surgen de la comunidad tienen la particularidad de que presentan gran participación por parte de la misma.

Algunas de las actividades que se desarrollaron, y que surgieron de la comunidad en las mesas de gestión, fueron las siguientes: fiesta de disfraces al aire libre, pintar murales, talleres de carpintería, electricidad, de barbería, entre otros.

Enmarcando las actividades que demanda la comunidad en el paradigma de la educación permanente, que comprende a la educación como una necesidad y un derecho durante toda la vida (Sirvent, Toubes, Santos, Llosa y Lomagno, 2007), es oportuno preguntarse ¿quiénes son los que demandan ciertos tipo de actividades como por ejemplo de talleres de carpintería, de electricidad, de barbería?, ¿serán jóvenes de 15 años o más que asistieron y ya no asisten a la escuela?, ¿por qué hombres, jóvenes y adultos no participan de estos encuentros de mesa de gestión?

En el documento “Mesa de Trabajo Intersectorial” llevado a cabo por el Programa Nacional de Municipios y Comunidades Saludables del Ministerio de Salud, se presentan algunos argumentos que pueden dificultar el sostenimiento de las mesas intersectoriales como lo son la falta de tiempo, espacio o compromiso, cambios en la gestión o los representantes de los diferentes sectores, una agenda débil o la incapacidad de la Mesa de generar acciones que respondan a las necesidades de la comunidad, demora a la hora de concretar avances, entre otras. Por ello, se hace necesario pensar distintas estrategias para lograr la continuidad de las reuniones de la mesa. Entre ellas se plantean: organizar y optimizar el trabajo, concretar objetivos, informar logros, priorizar el bien común y el sentido de solidaridad, y tener en cuenta la importancia de trabajar juntos por el bien de la comunidad. Cabe recordar que este tipo de instancias intersectoriales son fundamentales como espacios de participación que permiten potenciar las capacidades de las personas para enfrentar determinadas condiciones de vida que aumentan la vulnerabilidad de las personas y le permitan actuar sobre ellas (Gotti, 2010). Los espacios de participación dentro de las instituciones, no solo son espacios de empoderamiento comunitario, “Que la gente quede empoderada y que pueda participar y pedir un proyecto me parece que esta genial, más que nada la mesa de gestión”,

sino también son instancias claves para que los procesos de construcción/producción subjetiva, desarrollo humano y ciudadanía sean efectivos (Gotti, 2010).

Como conclusión: ¿La comunidad no participa o la institución, los equipos, no estamos preparados para la participación comunitaria?, en este sentido existen bases dentro de los diferentes CS como lo son los diferentes espacios gestados, el empoderamiento por parte de lxs vecinxs, instituciones barriales y actores sociales potenciales y los canales de comunicación creados.

### **Sobre el abordaje de la demanda**

En el proceso de participación, la población identifica sus necesidades y expresa sus demandas. Según Llosa (1999) el reconocimiento de las necesidades “no tan obvias” se relaciona con la construcción de conocimientos que el grupo pueda hacer en relación del proceso salud-enfermedad y los aspectos del cuidado de su salud. En base a esto se creó en nuestra investigación una categoría denominada “abordaje sobre la demanda”, la misma hace referencia a cómo lxs profesionales identifican las necesidades de vecinos e instituciones y cómo receptionan las demandas y qué lugar consideran que deben tener los sujetos en su abordaje. Las necesidades subjetivas al ser expresadas en demandas, nos proporcionan una fuente de información valiosa sobre la interpretación que realiza la población sobre sus necesidades y sobre los satisfactores, es decir aquello que consideran necesario para obtener una mejora en su situación social.

Se puede observar que algunxs profesionales entrevistadxs tienen en claro que lxs vecinxs tienen que ser protagonistas del proceso de identificación y abordaje de las problemáticas. Sin embargo, no aparecen incidentes que den cuenta de que exista una construcción colectiva de la demanda como tal. Consideramos este aspecto como central para abordar en los espacios de reflexión de la tarea de los equipos.

### **Líneas de acción sugeridas**

Se confirma la heterogeneidad habitual de perspectivas en los equipos de salud, en este caso en relación con los modos de intervención en las relaciones que se establece entre el trabajador de la salud y la población. Sólo una minoría asocia a la promoción y prevención con una mirada social y comunitaria y con la perspectiva de derecho.

- Se recomienda hacer más explícitas las concepciones que sostienen las políticas que implementa el municipio y que funcionan como marcos explicativos de la realidad que se quiere transformar.
- Podría ser facilitador **conformar espacios de reflexión/capacitación en servicio** cuando se indican las tareas que se solicitan en torno al trabajo comunitario. Sería importante explicitar objetivos, tareas, metodologías y responsables en forma escrita y favorecer el debate. La inscripción de las funciones propia del primer nivel de atención, el abordaje de una heterogeneidad de problemas de la realidad socio-sanitaria y la comprensión de la complejidad social, la intencionalidad de conformar sujetxs polítcs en salud no suele estar dado en la totalidad del equipo de salud, como surgió en este estudio. Lograr acuerdos y mística en este aspecto es un camino necesario.
- En este sentido se sugiere darle mayor densidad a las actividades de las mesas de salud. Podría ser de utilidad implementar una **capacitación específica sobre construcción de demanda social en salud**.

Otro de los aspectos que nos parece importante abordar con los equipos de los CAPs

es problematizar la visión de la educación para la salud. Como decimos en las conclusiones: *Como señalamos en las conclusiones, en lxs entrevistadxs predomina una visión más cercana al modelo transmisional, a "la bajada de línea", a lograr "el cambio de hábitos". Trabajar en problematizar esta visión y profundizar en la propuesta de construcción de saberes puede ser más sinérgica con objetivos que este colectivo manifiesta perseguir como aumentar la participación comunitaria y el empoderamiento de la población.*

- Abordar una **capacitación específica sobre estrategias educativas y comunicacionales en salud**, podría potenciar las metodologías para el trabajo comunitario, fundamentalmente para trabajar con jóvenes y adultos

### Notas:

1) La estrategia metodológica conducente a la construcción de la evidencia empírica, se sostuvo en la combinación de los siguientes modos de hacer ciencia de lo social: el modo de generación de conceptos (tradición hermenéutica) y el modo de praxis participativa (tradición de la teoría social crítica). El proceso metodológico buscó la convergencia (triangulación) de epistemologías, de lógicas y modos de investigación para el abordaje de la complejidad del objeto-problema.

2) El primer nivel es el más cercano a la población, o sea, el nivel de "el primer contacto". Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atenciones básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de complejidad adecuada como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz.

3) La APS es una estrategia definida en la conferencia de Alma Ata en 1978, donde se estableció un avance para superar los modelos biomédicos, centrados en la enfermedad que privilegian servicios curativos, caros, basados en establecimientos de segundo y tercer nivel por modelos basados en la promoción de salud y preventivos de la enfermedad a costos razonables para la población. La APS fue definida como: "la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación". (OMS. Conferencia de Alma Ata, 1978)



**PID 9100 Denominación del Proyecto**

Concepciones y saberes educativos y comunicacionales sobre las prácticas comunitarias de prevención y promoción de la salud, destinada a jóvenes y adultos, de los/as profesionales y equipos de salud de la ciudad de Gualeguaychú

**Directora**

Claudia Marcela LOMAGNO

**Codirectora:**

Laura Inés LONARDI

**Unidad de Ejecución**

Universidad Nacional de Entre Ríos

**Dependencia**

Facultad de Bromatología

**Contacto**

[claumarl@hotmail.com](mailto:claumarl@hotmail.com)

**Cátedra/s, área o disciplina científica**

Cátedra de Educación y Comunicación Alimentario Nutricional de la Licenciatura en Nutrición

**Integrantes del proyecto**

Docente: Diego Hernán Zanetti, Élica Alicia García (Cátedra de Salud Pública en Nutrición)

Colaboradoras estudiantes: Amalia Elena Cáceres, María Agustina de la Fuente, María Sol Telis

Becaria: Karen Florencia Irigoytia

**Fechas de iniciación y de finalización efectivas**

02/10/2018 y 4/08/2021

Aprobación del Informe Final por Resolución C.S. N° 374/23 (19-10-2023)