

X Jornadas de Sociología. FaHCE-UNLP. La Plata 5, 6 y 7 de diciembre de 2018.

La atención primaria de la salud desde la perspectiva de la OPS/OMS: consideraciones a partir de la lectura de algunos de sus documentos (1978; 1990 y 2007)

Licia Pagnamento

Introducción:

Diversos analistas (entre ellos Menéndez, 1992, 2006, 2009; Ugalde, 1985, 2002; Morgan, 1993, 2001) han señalado que la atención primaria ha constituido una estrategia que proponía respuestas a distintos problemas y que presentaba/presenta distintas limitaciones o dificultades. Se trata de una experiencia ampliamente debatida, llevada a la práctica bajo modalidades disímiles y con una persistencia temporal importante, por lo que no es de extrañar que existan distintas concepciones sobre qué es/debería ser la atención primaria ancladas en procesos sociales, políticos y económicos particulares.

Constituyó una respuesta a la crisis del modelo médico, tanto en términos de eficacia como de gasto público, complementaria a la orientación curativa del modelo (Menéndez, 1992). Surgida hacia la década del '60, impulsada por la OPS/OMS a partir de fines de los años '70, y "redescubierta" en los 80 y 90, su persistencia temporal supone algún tipo de variaciones aun cuando se reconozca que desde sus inicios ha constituido una medicina barata, simple y eficaz que permite al Estado abaratar costos. Menéndez (1994) señala que es posible identificar tres grandes líneas básicas que resumen las principales tendencias concretas que se desarrollaron en Latinoamérica. Por una parte, la *atención primaria integral* (con escaso desarrollo en el aparato médico sanitario) que buscaba dar respuesta a los daños a la salud, mejorar la calidad de vida y modificar la orientación biomédica dominante desde una aproximación que proponía incluir y ubicar en un lugar central a la sociedad civil en la toma de decisiones, reducir el protagonismo del equipo de salud y lograr una articulación entre curación y prevención que modificara el peso de práctica asistencialista. Por otra, la *atención primaria selectiva* que surge como corriente cuestionadora del anterior enfoque, al que califica de irrealizable y escasamente eficaz, y que apunta a seleccionar problemas prioritarios y actuar focalizadamente a partir de la existencia de técnicas biomédicas baratas y eficaces (esta estrategia se aplicó a través del programa GOBI-FFF apoyado por la UNICEF y el Banco Mundial). Finalmente, la *atención primaria médica*, que constituye la estrategia dominante y que no cuestiona ni la orientación curativa ni el énfasis en el segundo y tercer nivel de atención. El mayor impulso estuvo dirigido a la *atención primaria selectiva* y sobre todo a la *atención primaria médica* combinada con algunas medidas de carácter preventivo.

No obstante en discursos, presentaciones de políticas públicas y diversos documentos de divulgación, están presentes algunos de los contenidos centrales de la *atención primaria integral*. En particular uno de sus componentes centrales, la participación, emerge como elemento de tensión en todo el constructo, al poner en evidencia la discusión política que la atraviesa desde sus inicios. Este trabajo invita a revisar algunas de las definiciones más emblemáticas sobre este tema, producidas por la Organización Mundial de la Salud. Sin duda se trata de una voz más en la policromía de sentidos construidos en torno a qué es la APS, pero es una voz que resulta de interés porque permite reabrir o retomar debates políticos e ideológicos fundamentales en la discusión sobre las intervenciones del Estado en la salud colectiva.

Se propone considerar las aproximaciones conceptuales sobre la atención primaria de la salud y en particular sobre la participación, tomando algunos documentos significativos elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Este recorrido incluye la referencia al documento inicial de 1978 (Alma Ata-URSS), una serie documental de 1990 que versa sobre los Sistemas Locales de Salud (SILOS) en la que se plantean los nudos conceptuales básicos del tema, y finalmente documentos presentados entre 2007 y 2008 en los que, a raíz del 30^a aniversario de la declaración de Alma Ata, se propuso la renovación de la atención primaria de la salud. Reparar en el primero tiene la riqueza de la lectura de un escrito al que se alude muchas veces como cita pero sin mayores referencias. El segundo es ampliamente conocido por ser aquel en el que se desarrolla la propuesta de los sistemas locales de salud (SILOS) y el tercero presenta revisiones de posturas previas postulando la centralidad del debate sobre los derechos humanos¹.

En términos metodológicos, se trata de un trabajo basado en el análisis del material documental que, siguiendo a Erlandson (Valles, 2000:120), fue tratado guardando relación con los debates y cuestionamientos aportados por científicos sociales de distintas disciplinas. El recorrido que se propone implica sumergirse en un conjunto de definiciones, que en tanto tales, forman parte de un conjunto de significados socialmente construidos. El análisis pretende realzar/recuperar sobre todo las concepciones sobre “lo social” asociadas a la salud-enfermedad-atención y sobre la participación de sujetos/grupos algo esquivos a la aprehensión analítica del organismo.

1 Para este año (2018), en el que se cumple el 40 aniversario de la declaración inicial, la OPS/OMS ha anunciado un estudio que promete analizar los logros obtenidos desde 1978.

Coincidiendo con Morgan (1993), es posible pensar que la OMS generalmente despolitiza las dimensiones políticas de la salud y prefiere, por el contrario, centrarse en las intervenciones tecnológicas. Esta despolitización lleva a formulaciones que contienen principios valorativos por un lado, y explicitaciones más “técnicas” que desplazan del debate las articulaciones entre las dimensiones política, socioeconómica y cultural de los procesos sociales, centrales en el análisis de la salud-enfermedad-atención. Pero también es posible afirmar que el redescubrimiento de la APS en variados contextos socio históricos actúa reabriendo una discusión política que se encuentra en la base del abordaje de los problemas de salud colectiva y que según los contextos de que se trate permitirán discusiones más o menos amplias.

Aproximaciones a algunos documentos clave de la OPS/OMS.

1.- La salud, la enfermedad y lo social

Interesa comenzar este recorrido con el documento inicial al que tanto se toma como referencia al hablar de APS: la *declaración de la Conferencia Internacional de Atención primaria de la salud, de Alma Ata (1978)*. En primer lugar allí se define a la salud considerando dos planos. Primero, que la salud se entiende como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo como ausencia de enfermedad. Segundo, que la salud se piensa como derecho humano fundamental. En relación a ello se plantea que el logro del nivel de salud más alto posible constituye un objetivo social prioritario en todo el mundo y su consecución implica la acción de muchos sectores sociales y económicos, además del sector salud, actuando en forma integrada. Se crítica la desigualdad en el estado de salud entre países desarrollados y en vías de desarrollo (se califica de “inaceptable” en términos políticos, sociales y económicos) y se asume como posible lograr un nivel aceptable de salud para todo el mundo en el año 2000, mediante del uso de los recursos mundiales volcados a fines pacíficos (sustrayéndolos de la producción y utilización de armamentos en conflictos militares). El desarrollo social y económico, la paz y la fraternidad emergen como condición y a la vez posibilidad de construir “un nuevo orden económico internacional”. La promoción y protección de la salud son consideradas esenciales para mantener el desarrollo económico y social, y contribuir a una mejor calidad de vida y a la paz en el mundo.

Estos primeros señalamientos que aparecen en el documento merecen algunos comentarios generales. Por un lado, hay que recordar las ya sabidas dificultades para caracterizar el “completo estado de bienestar” de cara al supuesto ahistórico y etnocéntrico en el que descansa. Pero por otro lado permitió ampliar y quebrar el reduccionismo biológico al introducir un ámbito que excede la enfermedad, y permite la

consideración (al menos potencialmente) de la dimensión social y política relativa a las condiciones de vida de los conjuntos sociales. En segundo término, hay que resaltar la mención a que la salud forma parte de los derechos humanos, un punto que retoma actualidad a la luz de las discusiones más recientes tal como apuntan Pautassi y Abramovich (2006) y que la propia OPS/OMS recupera en 2007. En todo caso, esta aproximación inicial constituyó un punto crucial en las discusiones posteriores a 1978 sobre la atención primaria de la salud, permitiendo la emergencia de miradas por fuera del ámbito técnico médico (aunque sin necesariamente excluirlo), a la vez que ponía sobre la mesa la dimensión política de la salud colectiva: la crítica a la desigualdad en el estado de salud dejó abierta la posibilidad de discutir las estrategias para mejorar la calidad de vida de las poblaciones. De más está señalar que la vinculación entre salud y desarrollo tal como se presenta opaca la relación entre los procesos productivos del mundo moderno y los procesos salud-enfermedad. La opacidad se desvela asumiendo que el “desarrollo” (o los procesos productivos del mundo moderno) no resuelve o no tiende a resolver los problemas de salud-enfermedad sino que se encuentran en su propia génesis.

Para la década de los noventa la OPS/OMS presentaba una de sus propuestas más conocidas, los Sistemas Locales de Salud (SILOS) y si bien recupera la definición inicial de Alma Ata, se introducen variaciones. Se sostiene que los fenómenos de salud son complejos e incluyen la interacción simultánea de muchas variables que van desde los procesos físicos, químicos y biológicos hasta las relaciones culturales y sociales. La teoría de sistemas es presentada y considerada como la más adecuada para garantizar un enfoque interdisciplinario e interpretativo de este tipo de fenómenos (se define sistema como un conjunto de componentes y actores relacionados entre sí con un objetivo común que en el caso de un sistema de salud consiste en producir un mejor estado de salud para el individuo o la comunidad).

En particular, el documento de 1990 dedica buena parte a dejar sentada una perspectiva conceptual para abordar la problemática de la salud y la enfermedad, incluyendo una aproximación a lo que se entiende por *social* o por *sociedad*. No sería inadecuado pensar que este detallado esfuerzo por explicitar conceptualmente un enfoque, es correlato de las discusiones impulsadas en décadas previas en las que diversas disciplinas, incluidas las ciencias sociales, aportaron argumentaciones variadas. En el documento, emerge una perspectiva que recupera la analogía orgánica y define a la comunidad como un *organismo social*. Se la concibe como “una unidad biológica, sociológica y cultural, y su estado de salud-enfermedad es resultado de un proceso dinámico de interacción entre ella y el ambiente tanto físico como

sociocultural" (OPS-OMS; 1990). Desde esta perspectiva, una comunidad, al igual que un individuo, puede estar enferma, impedida o saludable.

El peso diferencial de lo social tensiona el enfoque que pendula entre su centralidad y/o el ser una variable más dentro de un conjunto: "*el ambiente sociocultural, con sus diversos subsistemas (económico, educativo, político, cultural, etc.) es a menudo más importante que el ambiente natural -que está bajo el control humano cada vez más²- para afectar al comportamiento y los resultados con respecto a la salud, como por ejemplo, en la influencia del estilo de vida en la salud*".

Encontramos aquí una variación respecto de la posición de fines de los '70 que despliega una interpretación funcionalista que termina desplazado la idea de la salud como derecho humano presente en el documento inicial. Queda apartada entonces cualquier discusión política en torno a los derechos y se ubica en primer plano el problema de la interacción de los componentes definitorios del sistema, sus relaciones y funciones. Frente a este tipo de interpretación, cabe recordar que en el ámbito de las ciencias sociales se ha subrayado el propio carácter social del proceso salud-enfermedad: lo que se plantea es que en la relación entre lo biológico y lo social, el primero se halla subsumido al segundo, relación que se comprende cabalmente al asumir una perspectiva histórica. La tarea es analizar el contenido de los procesos sociales que transforman los procesos biológicos de un modo más complejo que el cambio de probabilidades de estar expuesto a distintos factores de riesgo (Laurell, 1986). Por supuesto es una idea que aún hoy suscita discusiones acaloradas.

En 2007 la OPS/OMS difunde el documento denominado "La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas", que propone una revisión del legado de Alma Ata³. Emerge entonces el "Enfoque de Salud y Derechos Humanos" que, tal como es presentado por la OPS/OMS, reivindica el reconocimiento de los "determinantes sociales y políticos de la salud" y acentúa que las políticas de desarrollo deberían apuntar a conseguir mejoras equitativas en materia de salud.

El documento señala que bajo este enfoque, la salud es *una capacidad humana, un requisito para que los individuos desplieguen sus proyectos de vida, un elemento indispensable para las sociedades democráticas y un derecho humano*. Considera que la renovación de la APS debe ser parte integral del desarrollo de los sistemas de salud y que los sistemas de salud basados en la APS son la mejor estrategia para promover mejoras equitativas y sostenibles en la salud.

2 El creciente control de la naturaleza a partir del proceso de trabajo acompaña la historia de la evolución del hombre, indica la interrelación esencial entre lo social y lo biológico constitutiva del proceso de hominización. Visto desde esta perspectiva, lo social "no es a menudo más importante", sino históricamente determinante.

3 El organismo explicita que esta revisión recoge iniciativas como la Carta de Ottawa para la promoción de la salud, la Declaración del Milenio (Nueva York, año 2000) y la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la OPS/OMS (OPS/OMS, 2007)

En 2007 la OPS/OMS opta por una definición de derechos, reconoce las complejas relaciones entre los determinantes de la salud y asume, además, que las mejoras en la salud suponen considerar un contexto socio-económico y político en el que es necesaria la colaboración entre múltiples sectores y actores.

En primer lugar, podríamos ubicar este “cambio” en la aproximación en un momento en que el direccionamiento de la política a nivel mundial ha dejado atrás el denominado Consenso de Washington. Siguiendo a Abramovich y Pautassi (2006) a partir de ese momento se enfocan los problemas relativos a la gobernabilidad y la necesidad de contar con “mejores instituciones” y “good practices” que permitan un mejor funcionamiento de los mercados. Asimismo se debate la débil institucionalidad de algunas intervenciones de política social, basadas en el reconocimiento de beneficios particularizados y meramente asistenciales, que excluyen el lenguaje y la lógica de los derechos. Se propone entonces una “segunda generación” de programas, que incorpore un marco de derechos aunque las vías para superar la pobreza son versiones remozadas de los conocidos programas de “combate” a la pobreza (en otras palabras, se incluye la idea de derechos pero con prácticas focalizadas, aunque de mayor cobertura, que distan de ser políticas universales). Al mismo tiempo promueven la formación del capital humano y del capital social, de tal manera que refuerzan una mayor corresponsabilidad por parte de la población destinataria. Por otra parte, el marco de derechos incluido en estrategias de desarrollo en los casos de modelos económicos frágiles como los que se consolidan a posteriori de la década de los noventa, pueden dar lugar a una suerte de “ficción ciudadana” en lugar de la consolidación de un marco de derechos en un modelo económico sólido (Abramovich y Pautassi, 2006).

Consideremos que el derecho a la salud en tanto derecho humano, supone que un conjunto más amplio de derechos también estén garantizados (principalmente los llamados “derechos sociales”) y un conjunto de condiciones materiales concretas para que esos derechos desarrollen su ejercicio pleno. Queda así planteada cierta tensión que atraviesa el documento, en tanto que junto a la mención de orden general de problemas sociales, políticos y económicos, se ubica la (retórica) apelación a los esfuerzos para garantizar esos derechos. Lo que justamente queda en un cono de sombra es la explicación sobre el porqué de esos “problemas”, que remiten a condiciones histórico-sociales de los procesos sociales de desigualdad.

2.- La integración del sistema de salud, la sociedad y el papel del Estado

El documento de Alma Ata de 1978 plantea que los gobiernos tienen la responsabilidad de la salud de sus poblaciones y pueden conseguirla con medidas

sanitarias y sociales que permitan una vida productiva (que se entiende no sólo en términos económicos). Para lograrlo se propone la atención primaria de la salud, un tipo de respuesta que se caracteriza por la integración pero en referencia dos planos. Integración entendida como a) *articulación del sector sanitario con todos los sectores vinculados al desarrollo nacional y comunitario* (agricultura, industria alimenticia, educación vivienda, servicios públicos, comunicaciones, etc.); y b) *articulación del propio sistema de sanitario*. Sobre este último punto, la atención primaria constituye el primer nivel de contacto con el sistema de salud (ese primer contacto debería vincularse a través de la interconsulta con el resto del sistema).

Es aquí donde podemos reconocer una de las tensiones en la propuesta que, como señalan Bloch y Colab. (1992) remite a divergentes formas de entender la atención primaria que no necesariamente se hallan articuladas, y que pueden manifestar como mínimo algunas contradicciones en términos de las acciones emprendidas (y que se expresarán en torno a uno de los puntos centrales en la APS como es el referido a la participación). Por un lado la propuesta remite a las condiciones de vida de la población y a las acciones emprendidas por el Estado y cualesquiera otras organizaciones sociales involucradas en el conjunto de actividades productivas de una sociedad. Por otro lado, hace referencia a la estructura organizacional del sistema de salud y la organización y articulación de las instituciones que lo conforman atendiendo a criterios de complejidad (de los problemas de salud y de las respuestas técnicas ante ellos). Esto último vincula a la APS con un cierto “trayecto terapéutico” y la ubica como puerta de entrada al sistema, lo que constituye uno de los aspectos que frecuentemente se enfatizan en detrimento del primero.

Podría decirse que el documento de 1990 profundiza el tema de la integración: presenta en extenso a los sistemas locales de salud (SILOS) que, según se indica, se encuentran articulados con otros sistemas, el mayor de los cuales se identifica como el sistema social general⁴. El encadenamiento de los distintos sistemas culmina en el sistema local y la comunidad que, se considera como un sistema social en miniatura⁵.

La definición de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), marca que deben ser entendidos como un conjunto interrelacionado de recursos de salud sectoriales y extrasectoriales, responsable por la salud de una población y un ambiente definidos en

4 En el documento se postula la interrelación de cuatro sistemas con orden descendente de alcance: el sistema social general (cierta forma de organización social y un conjunto de instituciones, sectores y relaciones políticas, económicas, educacionales y culturales, enmarcadas en valores, creencias y normas de conducta); el sistema de salud (elementos que están relacionados directa o indirectamente con la salud y no se limita al sector salud pero lo incluye); el sistema de atención de salud (actividades de atención de la salud) y el sistema popular de atención de salud; y el sistema de servicios de atención de salud (servicios institucionales que prestan servicios de salud) (OPS/OMS; 1990).

5 Subyace aquí la idea de sociedad como unidad funcional o totalidad y por tanto la unidad y la diferenciación funcionales explican la reproducción de la estructura social.

una región geográfica específica. Se señala que a través del sistema local de salud se coordinan los recursos del sector salud y de otros, se facilita la participación social y se revitaliza y reorienta el sistema nacional de salud, haciéndolo más sensible a las necesidades en materia de salud y desarrollo del país. Entre las recomendaciones para el fortalecimiento de los SILOS se combinan algunas muy en boga en la década de los 90 (como la redefinición de las funciones y características de los organismos encargados de las políticas sociales, la orientación hacia la demanda más que hacia la oferta, o la inclusión de la “participación de la comunidad”) con otras que dejan abiertos caminos no tan fácilmente alineables al neoliberalismo: así la investigación-acción participativa convive con la reorganización estructural de los sistemas de salud que para esta década supuso el cuestionamiento directo sobre todo a los sistemas universalistas y públicos.

En el documento de 2007 la OPS/OMS, se vierten referencias más específicas al ámbito de la prestación de servicios y el sistema de salud. En particular, el documento señala que la APS se centra en el sistema de salud en su conjunto aunque se subraya que la APS es algo más que la prestación de servicios de salud en sentido estricto, y se enuncia que su éxito depende de otras funciones del sistema de salud y de otros procesos sociales. Para la conformación de un sistema de salud basado en la APS se pregona una *organización integrada del propio sistema de salud a la vez que articulado con otros sectores* (lo cual superaría la sectorización de propuestas para enfrentar los problemas de salud de la población); el *acceso universal* a los servicios (garantizando el acceso de todos al sistema independientemente de su capacidad individual de pago); y marcos normativos, procesos de gestión y recursos adecuados.

Pero el documento de 2007 presenta, además, un marco conceptual que se propone como una orientación para la organización de este sistema de salud. Ese marco está compuesto por valores, principios y elementos. Según el documento los **valores** proveen una *base moral* para las políticas y programas de interés público (entre ellos el derecho al mayor nivel de salud posible, la equidad y la solidaridad). Los **principios** se identifican como la base para las políticas de salud, la legislación, los criterios de evaluación, la generación y asignación de recursos, y la operación del sistema de salud. Finalmente, los **elementos** exponen una enumeración más detallada que la presente en el documento de Alma Ata, e incluyen: *cobertura y el acceso universales; la atención primaria debe ser la puerta principal de entrada al sistema de salud y el lugar donde se resuelvan la mayoría de los problemas de salud; los servicios disponibles deben ser suficientes para responder a las necesidades de salud y requiere la coordinación entre todas las partes del sistema; la orientación familiar y comunitaria* supone que el sistema no descansa exclusivamente en una

perspectiva individual o clínica; *el énfasis en la promoción y la prevención* permite ir más allá de la orientación clínica. Los *cuidados apropiados* apuntan a superar la simple atención de una enfermedad o un órgano, centrándose en la persona como un todo y en sus necesidades sociales y de salud.

Podría marcarse que en el primer punto, relativo a los valores, sobresale la imbricación entre moral-parámetros legales-ejercicio de derechos-solidaridad. Se menciona una base moral común a la sociedad con correspondencia en marcos legales internacionales. En base a ella, se ubica la centralidad de las acciones de los ciudadanos (que deben analizar, reclamar, e incluso ser capaces de corregir situaciones) en el ejercicio de sus derechos (morales y legales), y el trabajo conjunto, en pos del bien común (denominado solidaridad). Finalmente, el mayor nivel de salud posible, asume el contenido de derecho ciudadano (que supone además ausencia de diferencias injustas en el estado de salud).

Estos señalamientos llevan a tomar en consideración la relación entre los marcos legales y el comportamiento social. Primeramente habría que acordar la naturaleza de dichos marcos legales, dado que se asumen como incuestionables. Al respecto conviene recuperar la idea de que los marcos legales (sean nacionales o internacionales), entendidos como productos generados en los Estados (es decir de instituciones específicas de una sociedad) en principio resultan de procesos de lucha, negociación, conflicto y consenso entre distintas fuerzas sociales y que por tanto implican valores e intereses diversos.

Como señala Isuani (1996) las normas jurídicas permiten regular la conducta social aunque no constituyen la única forma que permite la regularidad del comportamiento. De esta manera podemos suponer que los marcos legales pueden actuar como herramientas que pueden ser apropiadas en forma diversa por los distintos conjuntos sociales, bajo el supuesto de que las propias normas legales constituyen construcciones sociales.

Suponer una base moral común asociable a los marcos legales corre la misma suerte, sociológicamente es difícil considerar la existencia de tal cosa per se. A lo sumo, algunos desarrollos conceptuales defenderán su existencia y otros la cuestionarán. En este sentido, junto a Durkheim se podría suponer la existencia de una conciencia colectiva (el conjunto de creencias y sentimientos compartidos conjuntamente por los miembros de una sociedad). Pero también se podría suponer, junto a Gramsci, que la pretendida base moral de una sociedad no es más que parte de los intentos de construcción de hegemonía, es decir, de una dirección política y cultural de un grupo social sobre otros segmentos sociales.

Por otra parte, el ejercicio de los derechos por parte de los ciudadanos supone considerar las condiciones reales en las que los sujetos se inscriben, y los procesos de construcción y reconstrucción de la sociedad entendida como una estructura diferenciada en la que se alistan clases, grupos y los propios individuos. Abordar esas condiciones da cabida al problema de los procesos de desigualdad y diferenciación, en relación a los recursos materiales y simbólicos de los sujetos sociales para producir, reproducir y/o transformar la propia realidad. Los procesos de desigualdad y diferenciación sociales constituyen el marco estructural o general en el que los sujetos construyen y representan la realidad. Se trata de las condiciones sociales en las que las clases/grupos y los sujetos realizan elecciones, evalúan y emiten juicios (valorativos o pragmáticos), orientan sus acciones y construyen prácticas concretas.

Si nos detenemos en las apreciaciones que el documento plasma en lo que se denomina *elementos*, pueden realizarse algunos comentarios principalmente en referencia a la perspectiva de la OPS/OMS sobre la salud y la enfermedad, y en vínculo con éstas, sobre la sociedad.

En primer lugar y en relación a los cuestionamientos del predominio de la medicina como ámbito que opera principalmente sobre la enfermedad y la orientación de los servicios de salud hacia lo curativo, hay que recordar que la exclusión o la subestimación de la dimensión social no siempre fue la regla. Durante el siglo XIX, los problemas de salud pública vinculados a la Revolución Industrial y los conflictos sociales a ella asociados generaron análisis y propuestas en los que la dimensión social tenía relevancia, tal como queda expresado por ejemplo en los emblemáticos trabajos de J. Snow sobre el cólera en Inglaterra (Costa y Costa, 1989). Pero desde principios del siglo XX lo biológico adquiere un lugar central en las explicaciones al menos hasta la década de los '60. Como señala Laurell (1986) desde esos años frente al creciente deterioro de la salud colectiva resultaba cada vez más visible la gran desigualdad social ante la enfermedad y la muerte, y este fenómeno podía ser explicado en términos de su carácter de clase.

En segundo lugar, en el documento se sugiere que las condiciones de salud de la población exceden el sector de salud propiamente dicho e involucra al menos las condiciones de trabajo y los riesgos ambientales. A partir de ello, la orientación del sector salud se muestra limitada lo cual lleva a propuestas que lo excedan y que incluyan mecanismos de participación. La participación a su vez aparece asociada por un lado a actividades de gestión, regulación y control de la comunidad hacia el sector salud, pero también a la experiencia de los individuos para manejar mejor su propia salud. De allí que se mencione la necesidad de acciones individuales y colectivas encaminados a el logro de estilos de vida saludables.

En este sentido, es útil recuperar algunos alertas en torno a por un lado los determinantes de los procesos de salud-enfermedad y la capacidad de los conjuntos sociales para influir en la toma de decisiones al respecto. En primer lugar, hay que considerar que los conjuntos sociales se encuentran inmersos y son constructores de relaciones de poder específicas, de tal manera que las capacidades de impulsar, resistir o imponer acciones que impacten en las condiciones de vida de la población mucho tienen que ver con fenómenos sociales de carácter estructural, que involucran tanto a la sociedad civil como al Estado, y en particular a las relaciones de fuerza y los intereses de clase involucrados. En ese entramado de relaciones sociales es necesario ubicar las acciones de los individuos y los grupos y conjuntos sociales.

Por otra parte, el autocuidado o las acciones individuales en pos del logro de estilos de vida saludables (cuyo carácter debe reconocerse definido en términos históricos y sociales) no consisten exclusivamente en acciones racionales (relación medios-fines) por parte de los sujetos. Asimismo, lo que podríamos denominar autocuidado (individual y en relación a las interacciones más próximas) puede ser considerado desde al menos dos posiciones ideológicas: como señala Ugalde (2006), la posición conservadora que lo rescata para justificar la reducción del rol del sector público a la vez que responsabiliza a individuos, familias y comunidades de su propia salud. La posición liberal, por su parte, aboga por la educación de los ciudadanos en salud (aquí nuevamente hay una responsabilización de los individuos pero suponiendo cierta educación en salud).

Respecto de la participación hay que recordar que se puede caracterizar ubicándola en una línea que va desde las formas de participación promovidas desde “afuera”/“arriba” hasta las que se basan en el control ciudadano de decisiones y recursos en salud. En general la participación comunitaria impulsada por distintas entidades (desde “afuera”/“arriba”) asume una forma acotada (cooperación o involucramiento) (Ugalde, 2006). Estos puntos permiten pensar en más de una posibilidad abierta y que se trata simplemente de la dimensión política de un proceso social que se manifestará a nivel colectivo y de los grupos, atravesando también a los individuos. Pero, también se podría considerar junto a Menéndez (2009) que “de hecho, la experiencia de sujetos, microgrupos y movimientos sociales evidencian que una parte de sus logros se dan en términos de s-e-a [salud-enfermedad-atención], y no de la transformación social en términos políticos” y que “el trabajo participativo no debe ser pensado exclusiva y excluyentemente en términos de acción y sobre todo de acciones aplicadas, sino también en términos teóricos e ideológicos entendidos como necesariamente complementarios y no como antagónicos” (Menéndez, 2009:239). De ser así, la experiencia de la participación implica también un acervo que podrá ponerse

en juego como recurso individual y colectivo en ciertos contextos de tal manera que trasciendan el orden microgrupal. Estas experiencias “silenciosas” son potencialmente constructoras de solidaridad y ciudadanía, aunque también pueden reproducir estructuras de poder tradicionales. En todo caso, nos encontramos frente a la dinámica propia de los procesos sociales: los sujetos se construyen en relaciones sociales, de allí que las acciones y relaciones en las que se desenvuelven (reproduciéndolas o transformándolas) implicarán tanto situaciones de mayor simetría, procesos de colaboración y empatía, como situaciones de competencia, enfrentamiento y subordinación/resistencia.

3.- La participación de los conjuntos sociales

De los tres documentos a los que se hace referencia en este trabajo, es el de 1990 el que mayor espacio dedica al tema de la participación en salud, aunque conviene remarcar, en los tres queda claramente asentado que APS y participación son inseparables. Si aceptamos esta palabra clave, hay que pensar qué sujetos están involucrados en las formas de participación que se proponen y en qué planos de la “integración” de los componentes del “sistema”.

Según el documento de Alma Ata, si nos ubicamos en el nivel más próximo a la atención que provee el sistema de salud, la APS requiere profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, comadronas, asistentes sociales, médicos de cabecera) formados social y técnicamente a fin de responder a las necesidades sanitarias expresadas por la comunidad. Pero la atención primaria no solo descansa en estos actores. El documento plantea que la atención primaria requiere y promociona el autodesarrollo comunitario e individual al máximo posible, *con participación en la planificación, organización, desarrollo y control de la atención primaria sanitaria*. Se considera, además, que las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación e implementación de su atención sanitaria, y finalmente que la atención primaria sanitaria refleja las condiciones económicas y socioculturales, así como las características políticas de un país.

En referencia a los actores con formación profesional es relevante considerar las particularidades de las distintas realidades locales o regionales. Ello debido a que se pueden identificar por un lado distintos actores con distintos tipos de formación (como los mencionados en el documento pero también con otra formación) pero también hay que considerar la cantidad de profesionales y su distribución (formación de recursos humanos en distintas áreas de especialidad y problemas de concentración de recursos en áreas urbanas en detrimento de las rurales). En este sentido será

crucial comprender las características del mercado de trabajo de los profesionales de la salud en vistas al diseño y desarrollo de las políticas de APS.

Por otra parte, si bien el texto inicial solo plasma una referencia general, supone que las necesidades y actividades se construirán en la interacción con los profesionales de la salud pero allí descuida un aspecto crucial: las relaciones de poder. Es sabido que las relaciones de poder entre profesionales médicos y “legos” muestran una marcada asimetría a favor de los primeros que se justifica en términos técnicos. Es sabido también que esta característica se encuentra en otros sujetos que conforman los equipos técnicos de salud (enfermeros, auxiliares, profesionales de disciplinas afines a la medicina). De esta manera, cuando más importancia se asigne al componente técnico-médico más poder detentarán los profesionales para definir tanto los problemas como los ámbitos y maneras de actuar. Es cierto que se supone que la formación de los profesionales dedicados a la APS no es la de los médicos de otras especialidades pero aun así, hay que considerar que el componente técnico puede avanzar sobre la discusión de los problemas de salud en tanto problema de carácter público y colectivo, con mayor peligrosidad en los casos en los que la formación en APS es deficiente, no se consolidan equipos multidisciplinarios o no se articulan formas de participación activa de la comunidad en las decisiones en materia de salud.

En el documento de la OPS/OMS de 1990 se reconocen los escasos logros de la estrategia de la APS y los resultados dispares se explican por la asistematicidad de muchas actividades y la carencia de una definición clara de participación o de medios compatibles para su logro. Dado que uno de los problemas identificados remite a los significados o sentidos de la participación comunitaria o participación social en salud, el documento se explora en varias consideraciones sobre la participación. El documento reconoce un contenido que ha abarcado un sentido *manipulativo* (que apunta a que la comunidad colabore en actividades en cuya definición no participó como por ejemplo el suministro de dinero, trabajo o servicios voluntarios proporcionados por la comunidad en proyectos de salud previamente determinados), *y/o autoritario* (que concibe al usuario como pasivo y mero receptor de los servicios proporcionados por el sistema de salud). Se señala también que muy raras veces la participación comunitaria ha sido definida y puesta en práctica como la participación en las decisiones sobre políticas, prioridades y servicios de salud.

Estos sentidos coinciden con algunos de los cuestionamientos de diversos autores a las experiencias participativas que se han llevado a cabo en el marco de la implementación de distintas políticas de salud (Morgan, 1993; Ugalde, 2006; Menéndez, 2009; Belmartino y Bloch, 1984; Escurra, 1988; Fassler, 1979 y 2007; Iriart

y colab, 1995, entre otros). Pero podría afirmarse que se trata de significaciones construidas en relación con experiencias concretas y su sentido histórico es el que debe ser revisado para comprender su contenido.

Así, más allá de la apelación a la participación, podemos identificar algunas características generales de los procesos participativos en relación a distintos momentos histórico-sociales. En la década de los 50 las políticas sociales incluyeron la participación vinculada a la noción de desarrollo de la comunidad y un programa modernizador que priorizó la incorporación de los "sectores tradicionales" (principalmente campesinos, aunque también a los pobres urbanos) a la sociedad de consumo. De esta forma se justificó la remoción de actitudes de resistencia al "progreso" económico y social (Cardelli y Rosenfeld, 1998). En el campo de la salud la participación fue reivindicada por sectores que abarcaron un amplio espectro ideológico, desde los defensores del "desarrollo", a los sectores reformistas que defendían la inclusión de la comunidad en todas las instancias vinculadas a la definición e implementación de planes y programas gubernamentales, e incluso sectores radicales que ubicaban las mejoras en salud estrechamente asociadas a cambios que procuraran la igualdad social (Ugalde, 1985; Morgan, 1993). En los 70 en la mayoría de los países latinoamericanos, en un contexto de la redefinición del modelo de acumulación previo, el impulso de la APS y la participación de la comunidad permitió en parte legitimar una atención de baja calidad en contextos autoritarios o de democracias debilitadas y de creciente exclusión social. Se promovía la "contribución" (recursos o trabajo voluntario), mientras los gobiernos se desligaban de responsabilidades esenciales en lo atinente a la salud colectiva y la provisión de servicios. En la década de los '90 y en el marco de un fuerte proceso de exclusión social y empobrecimiento, se implementaron políticas focalizadas dirigidas a los grupos más afectados por las transformaciones en el aparato productivo y el mercado de trabajo. Se impulsó la retracción del accionar del Estado, apelando a la necesidad de lograr su modernización y a la necesidad de fortalecer la sociedad civil, lo cual llevó a recuperar nuevamente la idea de participación, esta vez concebida como participación ciudadana (Cardelli y Rosenfeld, 1998; Grassi et al, 1994). En el campo de la salud se discutió la reforma del sistema de salud en la mayor parte de los países latinoamericanos. En nuestro país se implementaron los hospitales autogestionados y se incorporó al menos explícitamente en ciertos documentos generados por instituciones del Estado, tanto a la APS como a la participación de la población en salud (Grassi et al, 1994). En la primera década de 2000 no puede hablarse de grandes transformaciones en el sistema de salud nacional (Alonso y Di Costa, 2013), pero sí que la APS asume importancia sobre todo a nivel local (Pagnamento, 2017).

En resumidas cuentas, cada una de las experiencias concretas, en términos históricos, involucran distintos sentidos sobre la participación o los procesos participativos. Existe entonces una polisemia (no reductible a proposiciones pretendidamente exhaustivas) inescindible de los heterogéneos procesos sociales en los que se asienta.

El otro problema identificado en el documento atañe a la estructura del sistema de servicios de atención de salud, y se remarca: a) la centralización y burocratización de los servicios de salud estatales y la organización de actividades definidas a nivel central (e incluso internacional); b) la relación jerárquica entre médico y paciente, y c) la primacía del tratamiento médico individual por encima de campañas de promoción y prevención de la salud.

En referencia al primer punto (a) la centralización y burocratización debe ser comprendida en el marco de las relaciones sociales en que se desarrollan. Como señala Menéndez (1990), sobre todo a partir de la década de 1930 el desarrollo económico político del capitalismo conduce a procesos de concentración y organización privada y estatal de las actividades médicas. Implican la emergencia de rasgos característicos del Modelo Médico Hegemónico que incluyen entre otros: la estructuración de relaciones internas y externas jerarquizadas; la tendencia hacia la centralización y la planificación; la burocratización; el dominio de los criterios de productividad; la profundización de la división técnica del trabajo; etc. Sobre todo entre los 60 y 70, la "industria de la salud" creció espectacularmente afirmando su importancia económica para el desarrollo y mantenimiento de las formaciones capitalistas. La incorporación de nuevos recursos tecnológicos implicó la reestructuración de la medicina como práctica social tanto por los altos costos de adquisición que los hacían asequibles solo a instituciones hospitalarias estatales y privadas. La propia utilización de estos nuevos recursos que implicó transformaciones en el tipo de trabajo (procedimientos, normas y rutinas para garantizar el máximo rendimiento de los equipos), el surgimiento de nuevos empleos (manejo de los equipos, o su mantenimiento), cambios en la organización institucional e incluso en la organización espacial, normas para su uso, capacitación del personal de salud en su utilización, etc. (Cordeiro, 1984). Estas transformaciones implicaron el reforzamiento de las prácticas curativas, la especialización médica, la importancia de los métodos de diagnóstico con uso de alta tecnología, la eficacia centrada en los efectos de los medicamentos y la demanda creciente por parte de la población del conjunto de prácticas características de este modelo.

En referencia al segundo punto (b), la relación de asimetría entre el médico y el paciente, las ciencias sociales han señalado que debe comprenderse como una relación social (no se trata de un mero acto técnico, objetivo y neutral). Gran parte de

la relación de subordinación se construye en torno a la ponderación de los saberes del médico, como científicos y adecuados, mientras que la palabra del paciente aparece sospechada de subjetividad y de falta de precisión. La práctica clínica, justifica la subordinación del "paciente" como necesaria para la realización del acto técnico médico, de tal manera que el paciente debe actuar según lo que el médico señale sin ningún tipo de cuestionamiento. Pero a ello se suma tanto la desvalorización de lo social en el marco conceptual utilizado para construir la explicación etiológica de la enfermedad, como el entrenamiento sobre cuerpos muertos y vivos de sujetos pertenecientes a sectores subalternos, hechos que producen y reproducen una relación de subordinación. Un cambio en este tipo de relación supone el cuestionamiento de varios de los rasgos estructurales del modelo médico hegemónico.

Finalmente, en referencia al tercer punto (c), la relación entre curación y prevención ha estado marcada históricamente por la subordinación de la segunda (Menéndez; 1990) y si bien el submodelo cooperativo público enfatiza la importancia del preventivismo aparece subordinado a lo curativo en todos los contextos. Además, la prevención no puede ser pensada exclusivamente en términos de un producto generado en el ámbito biomédico o de los organismos del Estado que se encargan de realizar acciones en pos de la salud colectiva. Como señala Menéndez (1990) todo grupo social genera y maneja criterios de prevención para los padecimientos que real o imaginariamente afectan su salud. El punto central es no considerarlos a priori como comportamientos erróneos o correctos, sino asumir que los grupos sociales producen criterios y prácticas de prevención más allá de que sean equivocados o no. Se debería reconocer que las poblaciones producen y manejan saberes preventivos que sintetiza la información procedente de diversas fuentes, incluida la biomédica (Menéndez, 1998).

El documento indica además, que el fortalecimiento de los sistemas locales de salud constituye un medio para eliminar algunos obstáculos a la participación. Se propone descentralizar el proceso decisorio mediante la transferencia de los poderes reguladores del nivel central al nivel local e incorporar a la comunidad en dicho proceso (deja de ser un objeto de la intervención) lo cual permite ajustar las medidas de salud a las necesidades y condiciones locales. Como señalan Grassi, Hintze y Neufeld (1994), generalmente la participación como mecanismo de movilización de recursos sociales es considerada posible en contextos locales, y pocas veces se escuchan voces que cuestionen este postulado. Sin embargo esta concepción entraña un conjunto de riesgos. Uno de ellos es la idealización de la descentralización como mecanismo de distribución de poder. La descentralización político-administrativa desencadenaría una transformación de las bases económicas, políticas e ideológicas

del poder logrando una sociedad más equitativa. Esto supone prestar poca o nula atención a los condicionantes estructurales que no son más que las propias bases, lo cual explicaría en gran medida una aceptación acrítica de la participación y la distribución de poder como un principio valorativo-ideológico, de orden retórico y con escasas posibilidades de sostenimiento en la práctica concreta. Pero por otra parte, es necesario reconocer al menos dos tipos de situaciones, por un lado, aun en sociedades con un alto grado de desarrollo y preocupadas por el tema de la integración, las colectividades locales se hallan sometidas a una creciente presión para seguir ciertos lineamientos, que podríamos caracterizar como hegemónicos, lo cual supone que la autonomía política necesaria para construir políticas distintas a las impulsadas nacional e internacionalmente es cuanto menos resultado de una relación de fuerzas con resultados inciertos y cambiantes. Por otra parte, considerando una situación más cercana a la realidad de los países latinoamericanos y frente a las desigualdades estructurales y la diferenciación social, es necesario considerar que la descentralización aunque esté acompañada de modalidades de participación ciudadana puede generar una acentuación de las formas de desigualdad. De hecho, la descentralización detenta una historia, y se ha asociado en tiempos no lejanos a la transferencia de funciones y obligaciones entre los distintos niveles de gobierno (nacional, provincial, zonal, etc.) con el propósito de recortar gastos en organismos de orden nacional.

El documento de 1990 desarrolla las definiciones de participación comunitaria y participación social. Esta última se presenta como la más adecuada para los sistemas locales de salud y refiere a los procesos sociales a través de los cuales los grupos (incluidos los de la comunidad), las organizaciones, las instituciones, los sectores, todos los actores sociales a todos los niveles dentro de una zona geográfica determinada, intervienen en la identificación de las cuestiones de salud u otros problemas afines y se unen para diseñar, probar y poner en práctica las soluciones.

Se señala además que la participación social se concentra en grupos organizados que actúan al unísono, en torno a intereses comunes en lugar de comportamientos individuales aislados. En relación con este planteo se menciona que *“al igual que el ser humano individual, la comunidad se puede definir como un organismo biológico, sociológico y cultural”* y que una **comunidad sana** es *“aquella que está continuamente mejorando su ambiente físico y social y desarrollando recursos que permiten a la población llevar a cabo todas las actividades cotidianas para desarrollar su potencial máximo por medio del apoyo mutuo”* (OPS/OMS, 1990:11).

En esta perspectiva opera una idealización de la comunidad cuyos rasgos más valuados se toman como parámetro para proponer una comunidad unida, sana, donde impera el bienestar común. La propia idea de grupos actuando al unísono, aglutinados por el ideal de la comunidad sana, desdibuja toda diferenciación y peca de ingenuidad. La inclusión de una perspectiva procesual (la negociación continua) no resuelve el problema de fondo: las relaciones de poder o de asimetría, de desigualdad en términos de recursos materiales y simbólicos, estarán marcando permanentemente la propia "negociación". Por otra parte, supone negar el problema de que los actores sociales construyen relaciones de fuerza. Asimismo la idea de "comunidad sana" que se presenta en el documento, pondera sobretodo el aspecto político-ideológico y toma como secundarios los aspectos estructurales asociados a las relaciones de desigualdad (el apoyo mutuo o la unidad aparecen sobreponderados). Los recursos económicos son sobradamente importantes para "el desarrollo de los recursos de la comunidad" y si bien las acciones colectivas pueden generar una redefinición de las relaciones de fuerza propias del sistema dominante, ello difícilmente se logre exclusivamente en el ámbito local y mucho menos suponiendo el mero apoyo mutuo: el principal problema de las sociedades para las cuales han sido propuestos los SILOS es el de la pobreza y esta no se genera por la falta de unidad u homogeneidad de los grupos; sus causas se hallan en las características estructurales del sistema, el problema no se encuentra meramente en una cuestión asociada a la integración sino en la desigualdad.

Por otra parte la definición de *participación comunitaria* que aparece en el documento alude a acciones individuales o microgrupales (sean familiares o de interrelaciones próximas) de carácter preventivo frente a los problemas de salud. Dos cuestiones merecen ser mencionadas respecto de este tema considerando que el documento que nos ocupa no realiza mayores precisiones. Una se refiere a las acciones preventivas desplegadas a nivel microgrupal. La otra, a la vinculación entre este nivel microgrupal y los "procesos sociales más amplios".

Respecto de las prácticas preventivas, Menéndez (1990) ha señalado que estas forman parte de la realidad de los conjuntos sociales; que es el primer nivel real de atención (lo denomina autoatención) y que es frecuentemente cuestionado negando su importancia y reduciendo la posibilidad de desplegar sus potencialidades, a la vez que las posturas más reduccionistas obturan la posibilidad de pensar en una concepción alternativa de la atención primaria. También es cierto que las posturas que reivindican la relevancia del autocuidado, pueden considerarlo solo en la faceta de reproducción de la perspectiva biomédica y consecuentemente como complemento de los sistemas de salud.

En referencia a la vinculación entre este nivel microgrupal y los "procesos sociales más amplios", los elementos incluidos en la conceptualización de la participación comunitaria a la que se alude en el documento, son constitutivos de las acciones que se despliegan frente a los padecimientos en todos los estamentos de una estructura social. En este sentido involucran prácticas sociales que se expresan a nivel de las acciones individuales o microgrupales ya sea reproduciendo, reinterpretando y/o transformando el orden social. En tanto prácticas sociales (construidas históricamente en el marco de relaciones sociales concretas) no necesariamente se restringen al ámbito privado o microgrupal, aunque frente a los padecimientos recurrentes en este frecuentemente se despliegan las primeras acciones. Pueden pensarse asimismo que como prácticas sociales pueden asumir la visibilidad del accionar en el espacio público (sería el caso de los grupos de autoayuda), aunque queda claro que lejos del supuesto de que el escenario de lo público implica el ideal de un grupo homogéneo y unido en pos de una tarea común, se trata más bien del escenario del conjunto de relaciones que se construyen entre diversos grupos que detentan distintos grados de poder, con intereses no siempre coincidentes y con diferencias en términos culturales, políticos y económicos.

Algunos comentarios podrían acotarse en relación a las perspectivas idealizadas sobre los procesos participativos en salud. En primer lugar se puede considerar que "el nivel de éxito de cualquier forma de participación comunitaria es inversamente proporcional al nivel de estratificación social de la sociedad" (Ugalde, 1985:39). En este sentido, la participación comunitaria puede ser pensada como una actividad política imbricada en los procesos de lucha y de construcción de hegemonía que se desarrollan en sociedades con estructuras sociales signadas por la desigualdad.

Ugalde (1985) plantea que el modelo de OPS/OMS y otras agencias internacionales por el cual la comunidad participa en la toma de decisión, planificación, administración y elección de comités de salud, no es realista y que estas son funciones políticas que deberían estar a cargo de cuerpos políticos con derechos y obligaciones (consejos, asambleas municipales, etc.). Sin embargo, las comunidades y los comités de salud pueden monitorear y controlar el desempeño de los funcionarios civiles de menor jerarquía pero esta es una función del sistema de administración que forma parte del proceso burocrático y no debería ser confiada a la comunidad de manera permanente. Asimismo la participación de la comunidad podría ser efectiva sobre todo en países donde los ciudadanos consideran que sus intereses y demandas de salud no son articulados adecuadamente por los partidos políticos. Finalmente señala que debería resultar claro que los servicios de atención primaria pueden ser

exitosos sin la participación comunitaria (las fallas en la provisión de la atención médica radican en la incompetencia, corrupción o mala administración, no en la falta de participación comunitaria).

Podría plantearse que Ugalde (1985) introduce una dimensión importante para la discusión sobre la participación comunitaria en salud. Se trata de la consideración de la actividad política regular en una sociedad concreta. En ella los sujetos participan a través de distintas organizaciones propias de la sociedad civil (asociaciones, ong's, partidos políticos) pero también se despliegan las funciones del sistema administrativo estatal y sus agentes, que es en general el ámbito legítimo para la toma de decisiones, planificación y administración de recursos colectivos. Obviamente el sistema administrativo estatal amalgama el ámbito propiamente burocrático (en el sentido típicamente técnico) y el de las decisiones políticas, de tal manera que las orientaciones están sujetas a redefiniciones propias de las relaciones entre distintos actores y contextos específicos. En este marco de relaciones sociales podrán encontrarse situaciones más o menos proclives a distintas formas de participación, que definen el carácter y alcance que esta asuma.

En el caso de la APS, un conjunto de acciones y funciones se despliegan dentro del sistema administrativo estatal (en ciertos casos conjuntamente con organizaciones de la sociedad civil), en especial las que competen a la provisión de servicios de salud y atención médica. Este nivel, en particular, se adjudica una aproximación "técnica" que no necesariamente requiere de mecanismos de participación, y que aun así pueden asociarse a lo que se consideran resultados positivos en la salud colectiva. Este tipo de aproximación, no constituye un nivel apolítico sino que al componer un fenómeno social detenta una dimensión política o relativa al poder. El sistema administrativo estatal diagrama, canaliza y ejecuta decisiones propiamente políticas en torno a la salud colectiva y la provisión de servicios de salud. Está constituido por diversos agentes (individuos y organizaciones) con distintos grados de control e influencia sobre los recursos colectivos acompañados por diversas justificaciones técnico-ideológicas.

En cuanto a la implementación de políticas que promuevan la participación (e incluso en referencia al criterio para definir si la participación es "exitosa" o "no exitosa"), resulta imprescindible considerar las relaciones y procesos sociales que las enmarcan y las perspectivas analíticas desde las que se interpretan (hay que recordar que existen posiciones contrapuestas -Morgan, 1993; Ugalde, 1987-). Por otra parte, algunos estudios han demostrado que en los '80 las organizaciones comunales hicieron de la participación un mecanismo de supervivencia ante un Estado que no respondía a las necesidades de la población (Morgan; 1993). Sin embargo, bien podría

plantearse que muy posiblemente dichas experiencias conjugan esa situación con tradiciones de lucha y organización social previas, reactualizadas en contextos críticos.

Una cuestión no menor radica en pensar cuál es el tipo de dinámica social que se trata de constituir o reconstituir. Morgan (1993) sugiere la necesidad de analizar las negociaciones y debates que se dan entre los grupos que compiten por el control ideológico, político y económico (incluyendo partidos políticos, representantes estatales y locales, profesionales, organizaciones e individuos que componen las comunidades locales heterogéneas). Por otra parte, ciertos sectores organizados pueden generar la exclusión de otros sectores sociales o la subordinación de una parte de los miembros del grupo, debido a la aplicación de reglas que estructuran social y culturalmente no solo la subordinación y la exclusión, sino que pueden llegar a legitimar y/o reforzar la dependencia, aunque con otra orientación y hacia otros sujetos y/o entidades (Menéndez, E. 1990).

Podría pensarse que en el fondo lo que se discute tiene relación con el tipo de transformaciones que se buscan o se esperan y los intereses de los sectores sociales representados en el escenario de lucha que se conforma. Las estrategias participativas en un contexto de explotación, desigualdad y/ o crisis de legitimidad, pueden suponer una respuesta "desde arriba" que busque el desarrollo de una "autonomía controlada" ya sea apoyando las demandas en ciertos aspectos cuestionadoras del status quo defendidas por los grupos subalternos, o apoyando el desarrollo de demandas en ciertos aspectos cuestionadoras del status quo no necesariamente defendidas por los grupos subalternos.

Tratándose de un proceso que hace a la reproducción social y considerando que una sociedad debe ser analizada en términos de relaciones de fuerza conflictivas y cambiantes, supondrá algún tipo de resistencia. En otras palabras, existe la posibilidad de que se supere la autonomía controlada en el marco de un proceso de redefinición del conjunto de las relaciones de poder. En este sentido, Belmartino y Bloch (1984) han considerado que es posible constituir una instancia movilizadora a través de la cual se puede lograr la toma de conciencia respecto de los componentes extrasectoriales de la problemática de salud. Sin duda en múltiples experiencias no es este el modelo que ha prevalecido, pero constituye una posibilidad que implica poner en discusión las relaciones de poder en la sociedad, relaciones que suponen principios culturales e ideológicos que fundamentan y legitiman la estratificación social y el control diferencial sobre los medios de producción que conduce a un acceso diferencial a los bienes y servicios.

Hay que reconocer también que la declaración de Alma Ata ofreció un referente para la discusión política (no en vano se ha recuperado para reivindicar la lucha contra

la desigualdad como base para alcanzar la salud). En este sentido se puede acordar con Menéndez (2009) en que:

“Las acciones, luchas, transacciones en salud colectiva operan constantemente, pero en forma discontinuada, de allí la necesidad de que la PS (participación social) con objetivos de transformación sea mantenida como un imaginario que por lo menos ideológicamente tienda a recuperar recurrentemente la idea y/o las aspiraciones individuales y colectivas hacia la “autogestión” o hacia la “comunidad”, para que en determinadas coyunturas se intente realizarlas” (...) “Esa calidad de imaginario es lo que conduce reiteradamente a buscar en la PS mecanismos de transformación de la realidad o por lo menos de las condiciones de salud colectiva, pese a que la experiencia evidencia también reiteradamente las limitaciones e imposibilidades de las actividades y actores para lograr la transformación significativa de la realidad social, aunque también evidencie una mayor posibilidad de modificaciones en el campo de la salud” (Menéndez, 2009:238)

Así, la participación social en salud se reactualiza en un proceso de reconocimiento/desconocimiento de la dimensión política de los problemas de salud/enfermedad/atención. Esa dimensión política es un aspecto que en forma variable se ha ocultado o realzado en distintos contextos históricos, llevándola a formar parte de reivindicaciones transformadoras o quedando en la letra de un documento fundante sin que se repare mayormente en ella.

Bibliografía citada

- Abramovich, V. Pautassi, L. (2006) “Dilemas actuales en la resolución de la pobreza. El aporte del enfoque de derechos” Jornadas Justicia y Derechos Humanos: políticas públicas para la construcción de ciudadanía, UNESCO-Secretaría de Derechos Humanos y Universidad Nacional Tres de Febrero; Buenos Aires, 12 y 13 /12
- Belmartino, S. y Bloch, C. (1984) "Reflexiones sobre participación popular en salud en Argentina". Cuadernos Médico Sociales, N° 27.
- Bloch, C., Godoy, C., Luppi, I., Quinteros, Z., Troncoso, M. (1992) Evaluación del programa de Atención primaria de la salud en la ciudad de Rosario. OPS/OMS, N° 34.
- Costa, D.C. y Costa, N.R. (1989) "Teoría del conocimiento y Epidemiología. Una invitación a la lectura de John Snow". Cuadernos Médico Sociales, N° 49-50. Rosario.
- Fassler, C. (1979) "Transformación social y planificación de salud en América Latina"; Rev. Centroamericana de Ciencias de la Salud, N° 13, mayo-agosto.
- Giddens, A. (1991) Sociología, Alianza, Madrid, cap. 10.
- Grassi, E., Hitze, S. y Neufeld, R. (1994) Políticas sociales. Crisis y ajuste estructural. Edit. Espacio. Buenos Aires.
- Iriart, C., Leone, F. Y Testa, M., (1995) "Las políticas de salud en el marco del ajuste"; Cuadernos Médico Sociales N° 71.
- Isuani, E. (1996) "Anomia social y anemia estatal. Sobre intergración social en Argentina". Rev. *Sociedad*, N° 10.
- Kohan, N. (2006) Antonio Gramsci. Edit. Ocean Press
- Laurell, A. (1986). "El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina". Cuadernos Médico Sociales, N°37. Rosario, Argentina.

- Menéndez, E. (1994) "Trabajo médico, primer nivel de atención y alcoholismo". Edit. Alianza, México.
- Menéndez, E (2009) "De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva" Edit. Lugar, Bs. As.
- Menéndez, E. (1998) "Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos y significados diferentes". Estudios Sociológicos (enero-abril). Hermeroteca Virtual ANUIES (www.hermerodigital.unam.mx)
- Morgan, L. (1993) "Participación comunitaria en salud. La política de Atención Primaria en Costa Rica". Cambridge University Press.
- OMS (1978) Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud. ALMA-ATA, URSS. En: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS_Alma_Atadecaracion-1978
- OMS (2007) "De Alma-Ata a la Declaración del Milenio. Hacia una estrategia de salud para la equidad, basada en la Atención Primaria. Declaración de Buenos Aires. Reunión de OPS/OMS; Buenos Aires-Argentina, Agosto 13-17. Disponible en: <http://www.paho.org/>
- OPS/OMS (1990) Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud.
- OPS/OMS (2007) La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010>
- OPS/OMS (2008) "Informe sobre la salud en el mundo. La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca". Disponible en: <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010>
- Sirvent, M. T. (1999) Cultura popular y participación social. Una investigación en el barrio de Mataderos. Buenos Aires-Madrid: UBA-Miño Dávila Editores.
- Ugalde y Homedes (2002) "Qué ha fallado en las reformas de salud en América Latina?"; ponencia presentada en el VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. 8-11 octubre. Lisboa, Portugal.
- Ugalde, A. (1985) "Las dimensiones ideológicas de la participación en los programas de salud en Latinoamérica". Cuadernos Médico Sociales, Nº 41. Rosario, Argentina.
- Valles, M. (2000) Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Edit. Síntesis, Madrid.