

V Jornadas de Sociología de la UNLP y I Encuentro Latinoamericano de Metodología de las Ciencias Sociales “Cambios y continuidades sociales y políticas en Argentina y la región en las últimas décadas. Desafíos para el conocimiento social”
La Plata, 10, 11 y 12 de diciembre de 2008

APS (Atención Primaria de la Salud) y participación: una mirada sobre los lineamientos de OPS/OMS en los 90

Licia Pagnamento
pagnamento@yahoo.com.ar

Introducción:

En este trabajo¹ se propone examinar algunas de las aproximaciones conceptuales sobre la atención primaria de la salud (APS) y la participación haciendo referencia a una serie documental elaborada por la OPS/OMS, publicada en 1990, sobre los Sistemas Locales de Salud (SILOS) en la que se plantean nudos conceptuales significativos sobre el tema. Se hace referencia al documento “*Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud*” (OPS-OMS; 1990), que representa una propuesta que actuó como modelo para discutir la transformación de los sistemas de salud y sigue siendo una referencia cuando se discute el tema de la atención primaria, a pesar de las críticas y cuestionados resultados obtenidos en las experiencias que intentaron desarrollar los SILOS². En este sentido, la OPS-OMS reconocía que la disparidad en los resultados se relacionaba con la asistematicidad de muchas actividades y la carencia de una definición clara de participación o de medios compatibles para su logro.

En términos generales, la APS puede considerarse como una de las principales respuestas desarrolladas entre las décadas de los 60 y 70 para enfrentar los problemas asociados tanto al cuestionamiento del modelo médico hegemónico como al "problema de gasto público"³ que se manifestaban en el sector salud. A partir de la Declaración de Alma

¹ Este trabajo forma parte de la Tesis de Maestría en Ciencias Sociales y Salud de CEDES-FLACSO (Directora: Dra Amalia Eguía) “La Atención Primaria de la Salud (APS) y la participación: tensiones entre las políticas diseñadas y las acciones concretas. Análisis de caso: el punto de vista del personal de los Centros de Salud de La Plata” (2007)

² Para 1990 la OPS/OMS reconocía que en la década de los 80 los SILOS mostraban diversos grados de éxito en Latinoamérica y el Caribe. Hacia 1983 se había realizado una serie inicial de estudios de casos y hacia fines de la década (1988) la OPS apoyó una serie más extensa de ese tipo de estudios, incorporando además la realización de talleres (1988 y 1989). La OPS promovió investigaciones para identificar la naturaleza, alcance y efectos de la participación comunitaria y la dinámica y las estructuras que la afectan, así como también patrocinó reuniones nacionales y regionales para intercambiar ideas y experiencias. De estas experiencias surgieron un conjunto de "enfoques principales" y "normas generales" para promover la participación social y fortalecer los Sistemas Locales de Salud: a) la reorganización estructural y la reorientación de políticas; b) la promoción de la salud como un elemento clave en los nuevos modelos de atención; c) la investigación-acción participativa; d) ejecución, monitoreo y evaluación de la planificación local participativa, y e) la educación y entrenamiento como apoyo a estos enfoques.

³ Como señala Menéndez "por razones de muy diversa orientación teórica y política, la atención primaria es considerada como el instrumento más viable para resolver o agudizar la crisis del MMH, entre otras cosas porque dicha estrategia ha constituido hasta ahora la principal respuesta del sector salud organizado para enfrentar su crisis tanto en eficacia como en términos de gasto público" (Menéndez, 1990:114).

Ata esas discusiones y experiencias previas se transformaron en una propuesta político técnica (Menéndez, 1994) que proponía una estrategia a la que se apelaría durante las décadas siguientes.

En los '90, se reubica en un primer plano el problema del gasto público combinado esta vez con la necesidad de introducir reformas en los sistemas de servicios de salud impulsadas por los principales organismos internacionales. De esta manera, cierta eficacia técnica (o las repuestas eficaces avaladas y sustentadas por criterios técnico epidemiológicos) y el desfinanciamiento del sistema prestador de los servicios médicos públicos se combinan para explicar, al menos parcialmente, la importancia que se le reasignó en los últimos tiempos⁴.

En referencia al problema de la definición de participación en salud, no es de extrañar que existan distintas concepciones incluidas en el tema de la atención primaria dado que abarca experiencias ampliamente debatidas, llevadas a la práctica bajo modalidades disímiles, y con una persistencia temporal importante. Al respecto cabe resaltar que las experiencias de participación, enmarcadas en la atención primaria, están firmemente ancladas en procesos sociales, políticos y económicos concretos (hecho que no pocas veces es minimizado o, directamente, ignorado). En este sentido es interesante recuperar el planteo de Menéndez (1994) quien señala que es posible identificar tres grandes líneas básicas que resumen las principales tendencias establecidas en los hechos.

Por una parte, la *atención primaria integral* que buscaba dar respuesta a los daños a la salud, mejorar la calidad de vida y modificar la orientación biomédica dominante desde una aproximación comprensiva que proponía incluir 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. La sociedad civil encuentra en esta propuesta un lugar central. Participación comunal, intercambio de saberes popular y profesional, programas que no sean verticales, que partan de las necesidades de la población, que se apoyen en las comunidades de base incorporando las diversas formas de participación comunal, incluidas las de tipo político, serían los principales contenidos de este lineamiento. Por otra, la *atención primaria selectiva* que surge como corriente cuestionadora del anterior

⁴ En 2003, la OMS y la OPS conmemoraron el 25° aniversario de la Declaración de Alma Ata, y esa oportunidad se destacó la existencia de tres conceptos clave que aún hoy contarían con dificultades en su interpretación: la salud definida como el estado de completo bienestar físico, mental y social; la salud entendida como un derecho humano fundamental y la estrategia de atención primaria de la salud par alcanzar la meta de "Salud para Todos". Se evaluaba que estas dificultades de interpretación radican en la persistencia de la concepción de salud como ausencia de enfermedad, en que los Estados no garantizan la protección de la salud, y/o que la atención primaria se ha entendido como atención básica y primitiva (www.ops.org.ar). Subrayado nuestro.

enfoque, al que califica de irrealizable y escasamente eficaz. Su propuesta consiste en 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, algo que se expresa claramente en la orientación del financiamiento centrada sobre todo en la atención curativa y en el segundo y tercer nivel de atención, y que ubica en un segundo plano a la prevención.

Considerando los hechos, la *atención primaria integral* tuvo escaso desarrollo en el aparato médico sanitario de Latinoamérica. 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. Sin embargo en los discursos, se enfatizaban (y sucede aún hoy) algunos de los contenidos centrales de la *atención primaria integral*. Esto se manifiesta particularmente en las declaraciones y documentos de la OPS, que en la década de los 80 ubica a los sistemas locales de salud (SILOS) como eje de la atención primaria (Menéndez, 1994).

Análisis de un documento de la OPS/OMS

En el documento de la OPS/OMS de 1990 "*Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud*" se plasma su perspectiva respecto de la atención primaria de la salud y la participación de la población. En él se presenta un diagnóstico y propuestas que hacen hincapié en la transformación de los sistemas nacionales de salud. Se reconocen además los escasos logros de la estrategia de la APS identificando dos tipos de obstáculos (externos⁵ e internos⁶) que permiten tanto explicar

⁵ El principal obstáculo externo mencionado en el documento alude a la recesión económica en los países de América Latina y el Caribe durante la década de los '80. Esta situación se explica en términos de la combinación de la transnacionalización de las economías y la crisis de la deuda externa, que han implicado medidas de ajuste fiscal que han provocado el aumento de desempleo y la disminución del poder adquisitivo entre grandes sectores de la población, agravando la situación de pobreza. Asimismo se menciona que la crisis económica ha restringido seriamente los recursos destinados a las instituciones dedicadas a prestar servicios sociales básicos, incluyendo la atención de la salud. A este panorama se suma otro factor que incide negativamente: la compleja situación epidemiológica que tienen que enfrentar en forma simultánea estos países. Esta situación se caracteriza por la combinación de tres perfiles distintos de enfermedades -enfermedades infecciosas, enfermedades degenerativas y problemas causados por condiciones ambientales, ocupacionales y sociales-

⁶ Los problemas internos mencionados en el documento refieren a ciertas características de los servicios de salud de la región, tales como: sistemas administrativos inadecuados y excesivamente centralizados, concentración de recursos en la infraestructura física, tecnologías de alto costo o medidas aisladas para hacer frente a sesgos específicos, y coordinación inadecuada entre los niveles de atención, con instituciones afines y otros sectores cuyas actividades afectan a las condiciones de salud. Según el documento, la forma de superar esta situación es la transformación de los sistemas nacionales de salud *para proporcionar servicios de salud a toda la población con equidad, eficacia y eficiencia*. Se pondera el fortalecimiento de los sistemas locales de salud (SILOS), considerado como un enfoque que pivotea sobre la descentralización y el desarrollo local, de tal manera que contribuye a los procesos de democratización, participación y justicia social, y permite lograr mayor

esta situación como proponer una estrategia superadora centrada en el fortalecimiento de los sistemas locales de salud (los SILOS).

En extenso el documento se dedica a la tarea de definir conceptos y dejar sentada su perspectiva. Con el problema centrado en cuestiones atinentes a definiciones, formas de organización y recursos, el organismo se muestra dispuesto a echar luz principalmente sobre los dos primeros. Su perspectiva deja de lado, sin embargo, un conjunto de problemas y dimensiones de análisis sobre las cuales vale la pena reflexionar.

La salud, la enfermedad, lo social y lo biológico.

Los postulados sobre la atención primaria presentes en el documento ameritan la consideración de los antecedentes de esta discusión. En el marco de múltiples cuestionamientos a los saberes y prácticas médicas hegemónicas, la década de los '70 vio surgir en América Latina lo que se conoce como la corriente de Medicina Social o Salud Colectiva que ha planteado la necesidad de estudiar la salud y la enfermedad colectiva como expresión de los procesos sociales.

Como señala Laurell (1986) desde fines de los años '60 se hacía evidente que los postulados desarrollistas que vaticinaban un mejoramiento de las condiciones de salud como resultado del crecimiento económico, chocaban de plano con la realidad. El creciente deterioro de la salud colectiva se expresaba en distintas dimensiones. Por una parte en el incremento de la mortalidad infantil, y en los cambios en el perfil de morbimortalidad que combinaban padecimientos asociados a "la pobreza" y a "la riqueza". Además, resultaba cada vez más visible la gran desigualdad social ante la enfermedad y la muerte, un fenómeno que sólo podía ser explicado en términos de su carácter de clase⁷. Por otra parte, se planteaba el problema del deterioro de las condiciones de salud que no podía ser explicado como resultado de falencias en las condiciones de provisión de servicios médicos (servicios que a su vez manifestaban su claro carácter de clase al comparar la precariedad de los servicios públicos frente a la sofisticación de la medicina privada). Comenzó a plantearse la insuficiencia del paradigma científico médico para explicar la problemática de la salud-enfermedad colectiva y las limitaciones de la práctica médica para transformar las condiciones de salud de la población. La autora señala un punto relevante respecto al marco político ideológico que da

equidad, efectividad y eficiencia ante una situación caracterizada por una gran demanda, una considerable diversidad de grupos en riesgo, y la disponibilidad de recursos limitados.

⁷ La desaceleración en la caída de la tasa de mortalidad general (durante los 60) pese al incremento del costo de atención de la enfermedad se relaciona con la situación de subdesarrollo dependiente y con la crisis económica que afecta negativamente los niveles de vida de los grupos subalternos: la esperanza de vida en los países centrales se duplica y hasta casi triplica respecto de algunos países africanos y asiáticos (Menéndez, 1990).

sentido a estos cuestionamientos: la revisión crítica en esta época fue posible no sólo por análisis surgidos en el ámbito científico sino que se desarrolla un impulso decisivo proveniente de los movimientos sociales.

El énfasis de la corriente de la Medicina Social en el carácter social del proceso salud-enfermedad implicaba una reformulación teórica y metodológica. Hay una diferencia esencial entre plantear el proceso biológico humano como un fenómeno natural y postular que el proceso biológico humano asume formas históricas específicas⁸. Analizar la salud-enfermedad como proceso social (destacando su articulación con los procesos económicos, políticos e ideológicos de la sociedad) subraya el papel central de las ciencias sociales y su aporte de elementos teóricos y metodológicos específicos⁹. Lo que se pone en evidencia es la necesidad de repensar por completo el problema, para ello la reflexión en torno, al menos, de cuatro cuestiones aparece como fundamental: las características y especificidad del objeto de estudio, la concepción de causalidad o la determinación, la elección de las categorías analíticas centrales y la relación sujeto-objeto en el proceso de construcción de conocimiento. Estos cuatro puntos aglutinan los principales cuestionamientos al enfoque biomédico que define el problema de la salud y la enfermedad como un fenómeno biológico individual en concordancia con la perspectiva de las ciencias naturales que domina el plano metodológico, y conceptualmente enfocado desde el estructural funcionalismo. Respecto de la concepción de causalidad, si bien el modelo monocausal ha sido crecientemente reemplazado por el multicausal, queda en pie el problema de la reducción de una realidad compleja a una serie de factores entre los que no se distinguen relaciones de jerarquía (el ejemplo paradigmático lo constituyen los "factores de riesgo") (Laurell, 1986).

La concepción respecto de la salud y la enfermedad presente en el documento que nos ocupa nos acerca a los grandes puntos de cuestionamiento formulados por la corriente de la Medicina Social. Para la OPS/OMS *"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 considerada la más adecuada para garantizar un enfoque interdisciplinario e interpretativo. Se define sistema como un conjunto de componentes y actores relacionados entre sí con un objetivo común que

⁸ El carácter histórico y social del proceso biológico humano se expresa en una serie de fenómenos constatables empíricamente: los distintos perfiles de morbi-mortalidad que difieren entre clases y de una sociedad a otra; la esperanza de vida que varía en distintas épocas históricas y entre clases sociales; los procesos de crecimiento y envejecimiento relacionados con la constitución somática pero también vinculados a las diferencias de clase (Laurell, 1986).

⁹ Como señala Laurell (1986) este planteo se enfrenta a ciertas producciones de la literatura médica que suponen que para analizar lo social basta con el "sentido común" o con herramientas conceptuales menores o básicas que permiten dar cuenta de lo "evidente".

en el caso de un sistema de salud consiste en producir un mejor estado de salud para el individuo o la comunidad. Se trata de un sistema abierto, en interacción continua y recíproca con el ambiente, donde los componentes del sistema, los actores y las prioridades están sujetos a cambios.

De esta manera el ser humano a nivel individual (como una unidad biológica, psicológica y social) interacciona con los ambientes naturales y socio-culturales. Se considera que esta interacción es conflictiva, e incluye una relación de estímulo-respuesta a nivel biológico, psicológico o social, cuyos efectos se manifiestan en todo el organismo. La salud y las enfermedades son concebidas como dos fases de un proceso que busca un equilibrio, inestable por definición.

A la luz de estas afirmaciones presentes en el documento que nos ocupa pueden plantearse algunas cuestiones. Cabe preguntarse por la definición de salud y enfermedad y la idea de causalidad que se postula. En cuanto a la definición de salud y enfermedad, se utiliza la definición de salud de la OMS: *el estado completo de bienestar físico, mental y social*. Se señala además que en la práctica se manifiestan diferentes grados de salud o enfermedad, dependiendo de las relaciones internas del sistema así como de las relaciones con el ambiente; y se reconoce que los diferentes estados de salud-enfermedad se perciben subjetivamente (por el propio individuo) u objetivamente (por el comportamiento observable que se puede medir en términos biológicos, psicológicos o sociales). En principio, recordemos que si bien la definición propuesta permitía ampliar el reduccionismo biológico al incluir lo psicológico y mencionar lo social, ha enfrentado fuertes cuestionamientos respecto de la dificultad que implica definir el "estado de completo bienestar" de cara al supuesto ahistórico y etnocéntrico en el que descansa.

Surge también la idea de una posible gradación de salud o enfermedad en un continuum que iría del completo bienestar a las situaciones de enfermedad aunque, como se indicó más arriba, la salud y la enfermedad son concebidas en términos de dos fases de un proceso caracterizado por un equilibrio inestable. Esta idea se ajusta a la concepción funcionalista de interacción entre variables (biológicas, psicológicas y sociales) y a la concepción médica de la enfermedad, pero dista del enfoque histórico social propuesto por los investigadores que desarrollaron la corriente de la medicina social o aquellos que recuperan parte de sus postulados.

Respecto de la idea de causalidad, la perspectiva del documento presenta los inconvenientes señalados por Laurell (1986) respecto del modelo multicausal. Este ha pretendido superar al modelo unicausal que ve a la enfermedad como el efecto de la actuación

de un agente, sin embargo, la multicausalidad reduce la realidad compleja a una serie de factores que no se distinguen en cuanto a peso o jerarquía (son reducidos a "factores de riesgo" que actúan de manera equivalente). Laurell en cambio propone recuperar la unidad entre la enfermedad y la salud considerándolas como momentos de un mismo proceso. La enfermedad entendida como momento en un proceso biológico general hace evidente las limitaciones de los modelos de causalidad dominantes (ya se trate de unicausalidad o de multicausalidad).

Otra cuestión importante tiene que ver con la teoría de lo social que se emplea, en este caso el estructural funcionalismo que ha sido ampliamente cuestionado (sobre todo desde la corriente del materialismo histórico) si bien la perspectiva neofuncionalista ha revisado críticamente los postulados tradicionales¹⁰.

Este tipo de enfoque teórico se hace particularmente evidente en el documento que nos ocupa, si consideramos su conceptualización de lo social. Recuperando la analogía orgánica, la comunidad aparece definida 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". Desde esta perspectiva, una comunidad, al igual que un individuo, puede estar enferma, impedida o saludable.

¿Qué es una comunidad enferma, impedida o saludable? La analogía orgánica y en paralelo, la asociación de equivalencia entre lo individual y lo colectivo, puede llevar a una visión reduccionista de lo social y a una rápida analogía con fenómenos biológicos individuales. A esto se suma el supuesto de que "la comunidad" es un grupo humano relativamente homogéneo (sus diferenciaciones se explican en términos funcionales) cuya característica es que los elementos que unen son más importantes que los que puedan marcar diferenciaciones y escisiones.

Sin embargo, en el documento se menciona cierto peso diferencial de lo social "*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 más- para afectar al comportamiento y los resultados con respecto a la*

¹⁰ Según Baert, P. (1998) desde comienzos de los '80 se ha producido un resurgimiento del funcionalismo de la mano de Niklas Luhmann, Jeffrey Alexander y Paul Colomy, Los neofuncionalistas intentan combinar los postulados de Parsons con los de otros clásicos (Durkheim y Marx) y con otras corrientes teorías (fenomenología, interaccionismo simbólico, etc.).

salud, como por ejemplo, en la influencia del estilo de vida en la salud."¹¹ Aunque con cierta importancia diferencial, queda clara la posición de lo social como una variable más en el conjunto. El creciente control de la naturaleza acompaña la historia de la evolución del hombre, indica la interrelación esencial entre lo social y lo biológico constitutiva del proceso de hominización. En el proceso de apropiación y transformación de la naturaleza mediante el trabajo (un proceso social por definición) el hombre ha modificado su propia naturaleza, constituyéndose la especie humana. No es un fenómeno reciente y "el ambiente natural" ha sido históricamente modificado para adaptarlo a necesidades sociales construidas en el marco de relaciones sociales específicas. Visto desde esta perspectiva, lo social "no es a menudo más importante", sino históricamente determinante.

Por otra parte el propio concepto de "estilo de vida" al que se apela merece algunas consideraciones. Como señala Menéndez (1998), el "estilo de vida", que parece haber tenido una amplia acogida entre los salubristas, fue aplicado inicialmente por las ciencias sociohistóricas al análisis de las características y los comportamientos socioculturales de conjuntos sociales. Sin embargo la perspectiva biomédica recortó el padecimiento del conjunto de procesos culturales y sociales en el que se desarrolla y restringió su sentido a la descripción de comportamientos relacionados con ciertas enfermedades (sobre todo las enfermedades crónicas, y no así las infectocontagiosas o la desnutrición). Asimismo esta perspectiva subraya la noción de que el sujeto actúa y elige en términos intencionales y responsables aunque lo circunscribe a ciertos padecimientos y formas de vida, de tal forma que caminar por el parque o comer grasas constituye parte de un "estilo de vida", no así el trabajo de los campesinos o los albañiles, o la desnutrición. En rigor, estos "comportamientos" son parte integrante de ciertos estilos de vida, la diferencia radica en que en algunos casos las posibilidades personales y del grupo social al que pertenecen los sujetos pueden favorecer el cambio de sus comportamientos y para otros sujetos y grupos es más difícil debido a las condiciones estructurales que limitan o impiden la propia posibilidad de elección.

En el documento se plantea además que *"la interrelación de la comunidad y el ambiente es también de naturaleza conflictiva, y el grado y tipo de resolución de conflictos determinarán el estado de salud o enfermedad de la comunidad. Del mismo modo que los individuos, estos resultados se pueden percibir de otro modo. La percepción popular a*

¹¹ El subrayado es nuestro.

menudo se basa en un concepto cultural o ideológico, o a veces en un modelo médico, mientras que la percepción científica se basa en el análisis epidemiológico."

El énfasis en la relación (conflictiva) entre lo social y el ambiente natural asociado a la noción de equilibrio/desequilibrio para explicar el estado de salud o de enfermedad de la comunidad, retrae el problema a términos de intercambio entre esferas relativamente autónomas, pero no explica la complejidad de los procesos sociales involucrados.

Como señala Laurell (1986) la corriente norteamericana de la epidemiología social intentó integrar lo social en un complejo causal asignándole una especificidad propia. Uno de los integrantes de esta corriente, J. Cassel, planteó que lo social no actúa como un agente bioquímico-físico en la generación de la enfermedad y, por lo tanto, no tiene especificidad etiológica ni obedece a la dinámica dosis-respuesta. Por ello los aspectos sociales debían investigarse en función de un conjunto de patologías y no de una enfermedad en particular. Si se asume la no especificidad etiológica de lo social se pueden dar dos tipos de respuesta a su articulación con el proceso salud-enfermedad. Por un lado, podría ubicarse a lo social como un determinante de alta jerarquía respecto de lo biológico y considerarse que los procesos sociales originan una determinada constelación de "factores de riesgo" (que a su vez explica la conformación de determinados perfiles de morbimortalidad). Esta perspectiva tiene ventajas frente a la conceptualización de multicausalidad que reduce lo social a un factor entre otros de una red causal, pero sigue ubicando a los procesos sociales como externos sin dar cuenta del carácter social del propio proceso biológico, y además sigue pensando la articulación interna en términos biológico-naturales abriendo la posibilidad de utilizar de manera tradicional el concepto de "factores de riesgo" sin cuestionarlo.

Por otro lado, lo social puede ser considerado subrayando 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. Más que hablar de factores de riesgo, 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)¹².

Finalmente, asumir que la dimensión cultural e ideológica es característica sólo de la percepción popular, supone ignorar que el conocimiento científico, en particular el epidemiológico, es también un constructo social e histórico, con diversas vertientes incluida la tradicional oposición entre el modelo positivista de ciencia y otros modelos alternativos.

¹² La perspectiva teórica en que se asienta este enfoque recupera los conceptos de clase social y proceso de trabajo en su acepción materialista histórica.

El conjunto de definiciones presentes en el documento de la OMS, dan fundamento al postulado de la interrelación de cuatro sistemas con orden descendente de alcance¹³, en cuyo marco se postula la definición de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), entendidos como *"un conjunto interrelacionado de recursos de salud sectoriales y extrasectoriales responsable por la salud de una población y un ambiente definidos en una región geográfica específica. 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 verdaderas necesidades en materia de salud y desarrollo del país. El elemento central de un sistema local de salud es la propia comunidad -la población- con sus diversos subgrupos, que constituye el núcleo y objeto de todo el sistema. La salud de la comunidad es la razón de ser del sistema"*.

El encadenamiento de los distintos sistemas culmina en el sistema local y la comunidad que, al ser considerada como un sistema social en miniatura, expresa el conjunto de articulaciones sistémicas. Subyace la idea de sociedad como unidad funcional o totalidad. En ella el conjunto de instituciones y relaciones políticas, económicas y culturales son contenidas por un conjunto de valores y normas que dan lugar a una "forma de vida específica". Por lo tanto, la unidad y la diferenciación funcional que reproduce la estructura social sobresalen como las principales características de la sociedad.

La participación social en los sistemas locales de salud

El documento señala que una gran parte de la dificultad experimentada al tratar de promover una mayor participación se relaciona con las diversas formas en que se ha definido la participación. Curiosamente se señala que si bien diversos factores hicieron que las

¹³ El documento menciona: 1) El sistema social general: es la combinación de la sociedad y la cultura, caracterizado por cierta forma de organización social y por un conjunto de instituciones, sectores y relaciones políticas, económicas, educacionales y culturales, todo enmarcado dentro de una serie de valores, creencias y normas de conducta que describen una forma de vida específica. Una comunidad es un sistema social en miniatura que ocupa un espacio geográfico dado. 2) El sistema de salud incluye los elementos o componentes del sistema social que están relacionados directa o indirectamente con la salud, no se limita al sector salud, pero lo incluye, al igual que elementos extra sectoriales que afectan a la salud, como la educación, el sistema económico (empleo e ingreso), la cultura, el sistema político y los servicios públicos o privados como agua, electricidad y transporte. 3) El sistema de atención de salud corresponde a aquellos elementos o componentes del sistema social que se han diferenciado, de manera formal o informal, para realizar actividades de atención de la salud. Está constituido por el sistema institucional de los servicios de salud públicos y privados; el sistema tradicional de atención de salud de la comunidad que existe en muchos países y que emplea parteras tradicionales, curanderos y medicinas populares; y el sistema popular de atención de salud que incluye el autocuidado, la atención familiar y la asistencia proporcionada a través de las redes de apoyo social, como grupos religiosos y laborales. 4) El sistema de servicios de atención de salud es por tanto un subsistema o componente del sistema de atención de salud, compuesto de los servicios institucionales cuya misión es proveer servicios de salud.

experiencias desde los años 50 a los '70 no produjeran los resultados esperados, entre ellos se destaca la poca comprensión de lo que "debe incluir la participación en la salud", es decir el sentido o el contenido que debe darse a la participación en la salud.

El problema está pues ubicado principalmente (aunque no únicamente) en la falta de acuerdo respecto de lo que significa participación comunitaria o participación social en salud, como si los sentidos construidos socialmente pudieran recortarse de procesos sociales y de los momentos históricos específicos. Si el problema es fundamentalmente de orden conceptual y sentidos semánticos, basta con lograr definiciones inequívocas (suficientemente universales y con fuerza de "verdad") para evitar nuevos fracasos a la vez que garantizarán una plataforma suficiente para persistir en nuevos intentos. Esta perspectiva encubre la articulación de procesos económicos, políticos, ideológicos, sociales y culturales que explican esas experiencias.

Los sentidos diversos de la participación en salud a los que se alude en el documento son los siguientes: a) considerarla en términos de suministro de dinero, trabajo o servicios voluntarios proporcionados por la comunidad en proyectos de salud previamente determinados, b) en términos de ampliación de la cobertura o la reducción del costo de los servicios, y c) a veces simplemente designa el uso que hace la comunidad de los servicios proporcionados por el sistema de salud. Estos sentidos son caracterizados como *manipulativos*, debido a que intentan que la comunidad colabore en actividades en cuya definición no participó, *y/o autoritarios*, porque conciben al usuario como pasivo en el sentido de que considera a la atención más como un favor que como un derecho. 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 hacia las experiencias participativas en salud. Podría plantearse que, en términos generales, se trata de significaciones construidas en experiencias concretas y su sentido histórico es el que debe ser revisado desde una perspectiva crítica para comprender su contenido. Así, en la década de los 50 las políticas sociales incorporaron 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. 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 reivindicaban 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. En los 70, en la mayoría de los países Latinoamericanos en un contexto de la redefinición de los modelos de acumulación, el impulso de la APS y la participación de la comunidad permitió legitimar en parte una atención de baja calidad a la vez que se promovía la "contribución" (en recursos o en 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, su modernización y la necesidad de fortalecer la sociedad civil, lo cual llevó a recuperar nuevamente la idea de participación, esta vez concebida como participación ciudadana. En nuestro país, en el campo de la salud se discutió la reforma del sistema de salud, se implementaron los hospitales autogestionados y se incorporó (al menos en ciertos documentos generados por instituciones del Estado) la ASP y la participación de la población en salud.

Queda claro entonces que los distintos sentidos que asume la participación han sido resultado de procesos histórico sociales complejos. La característica de "subordinación" de la participación no ha hecho más que acompañar funcionalmente dichos procesos. A ello se suman las propias características estructurales del modelo médico hegemónico que terminan reforzando el carácter "pasivo" de la participación que ha dominado hasta el momento, y que en cierta forma aparecen mencionadas aunque no integralmente en el segundo componente de las dificultades identificadas en el documento.

El segundo factor que se menciona en el documento que analizamos respecto de las experiencias desarrolladas entre los años 50 y 70 atañe a la estructura del sistema de servicios de atención de salud: a) la estructura centralizada y burocratizada de los servicios de salud estatales, 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 afectan seriamente las instancias participativas de la comunidad.

Pero tal como aparece aquí, nos encontramos frente a una caracterización parcial a la que podemos agregar sentido sólo si adoptamos una perspectiva histórica e intentamos poner

en relación estos ítems que aparecen simplemente enumerados y excluyendo el establecimiento de relaciones de determinación o jerarquización entre ellos.

Por una parte, la característica de centralización y burocratización debe ser comprendida en el marco de las relaciones sociales en que se desarrollan. Siguiendo a 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 en lo que propone llamar los submodelos cooperativos estatal y privado. Ambos submodelos implican la emergencia de rasgos estructurales característicos del Modelo Médico Hegemónico, como expresión de esas nuevas formas organizativas. Los rasgos que los caracterizan incluyen, entre otros, a) la estructuración de relaciones internas y externas jerarquizadas; b) la tendencia hacia la centralización y la planificación; c) la burocratización; d) la disminución y evasión de la responsabilidad; e) el dominio de los criterios de productividad; f) la profundización de la división técnica del trabajo.

Además partir de 1930, pero 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. Esto se hace evidente a partir de la Segunda Guerra Mundial, en un contexto de notable desarrollo de la industria farmacéutica y de equipos médicos (instrumentos eléctricos y electrónicos). 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 sólo a instituciones hospitalarias estatales y privadas, como por 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 segundo término, la relación de asimetría entre el médico y el paciente (un tema ampliamente estudiado por las ciencias sociales) debe ser analizada considerando que ante todo se trata de una relación social y no un mero acto técnico, objetivo y neutral. En este

sentido, 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 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 porque lo asisten fundamentos científicos. La construcción de esta relación justificada por los saberes diferenciales se inicia con la profesionalización, es algo que se aprende a lo largo de todo el proceso de formación técnica y se reproduce y refuerza en la propia práctica. La desvalorización de lo social en el marco conceptual utilizado para construir la explicación etiológica de la enfermedad, la investigación médica (cada vez más escindida de la clínica), el entrenamiento sobre cuerpos muertos y vivos de sujetos pertenecientes a sectores subalternos, se conjugan para reproducir una práctica social en la que la subordinación se asume como funcional (Menéndez, 1990). Un cambio en este tipo de relación supone el cuestionamiento de varios de los rasgos estructurales del modelo médico hegemónico.

Finalmente, la relación entre curación y prevención ha estado marcada históricamente por la subordinación de la segunda. Como señala Menéndez (1990) el submodelo corporativo público enfatizará la importancia del preventivismo (así como del "medioambiente") aunque estará subordinado a lo curativo en todos los contextos.

Pero además, la prevención no puede ser pensada exclusivamente en términos de un producto generado sólo en el ámbito biomédico o de los organismos del Estado que se encargan de realizar acciones en pos de la salud colectiva. Como se afirmó anteriormente, las representaciones y prácticas sobre la salud y la enfermedad son construcciones sociales y dentro de éstas debemos incluir también a los diversos criterios y acciones de tipo preventivo.

Es necesario señalar que todo grupo social genera y maneja criterios de prevención para los padecimientos que real o imaginariamente afectan su salud. No existen grupos que carezcan de estos saberes, porque los mismos son estructurales a toda cultura, es decir, son decisivos para la producción y reproducción de la misma. Es la biomedicina la que generalmente considera que las representaciones y prácticas de la población constituyen factores que inciden desfavorablemente sobre su salud y que por tanto deben ser modificadas. Esta perspectiva considera además explícita o implícitamente que la población no maneja criterios de prevención (Menéndez, 1998).

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. Por una parte, el reconocimiento de estos criterios y prácticas sociales por parte de la perspectiva salubrista supondría un cambio radical ya que se estaría asumiendo que los conjuntos sociales no son reacios a la prevención, sino que producen y utilizan este tipo de prácticas. En consecuencia, una de las cuestiones significativas a considerar por parte de la práctica médica debería ser la descripción y el análisis de los significados de los saberes preventivos de los grupos, para trabajar a partir de los mismos en un proceso de acción conjunta (Menéndez, 1998).

Asimismo se debería reconocer que las poblaciones producen y manejan saberes preventivos para todo el conjunto de enfermedades y padecimientos que consideran amenazantes y no sólo para las enfermedades denominadas tradicionales. El saber de los conjuntos sociales sintetiza en la vida cotidiana la información procedente de diversas fuentes, incluida la biomédica, para generar estas estrategias preventivas, que incluyen por supuesto la carencia de actividades preventivas respecto de problemáticas que no definen como amenazantes o que registran dentro de procesos que no corresponden a la salud/enfermedad (Menéndez, 1998).

Volviendo al documento que se analiza, en tercer lugar se mencionan como variables influyentes para entender los resultados de las experiencias entre los años 50 y 70, los diferentes contextos socio-políticos y las estructuras sociales, económicas y culturales en los países latinoamericanos (regímenes autocráticos, modelos de distribución de la riqueza y diferentes grupos étnicos con diferentes modelos culturales), aunque se señala que todavía no se entiende bien la influencia recíproca de estas variables con respecto a la participación y que se requieren más investigaciones. A pesar de ello, se señala la interrelación entre democracia política, democracia social y equidad económica. Asimismo se considera que estas variables sociopolíticas se ven afectadas por la participación: el poder ejercido por medio de la participación trasciende los límites sectoriales, permite consolidar la sociedad civil y la democracia representativa, y promueve una mayor equidad.

Al respecto interesa destacar dos cuestiones, primero, que las experiencias de participación en salud se dieron en diversos contextos políticos (democracias y dictaduras), y siguiendo a ciertos autores (Ugalde; 1985 y 2002 o Morgan; 1993), queda claro que para comprender el devenir de las experiencias en las que hubo participación hasta que fueron desarticuladas (o por la fuerza o "debidamente" controladas para que fueran "gobernables")

haciendo de la *participación real* una *participación simbólica* (para recuperar la terminología de Sirvent -1999-), hay que considerar las características de una sociedad en términos, cuanto menos, de su sistema de clases: es decir las relaciones de desigualdad y diferenciación económicas, políticas y socioculturales que las caracterizan.

En segundo término, la participación considerada como un medio para la consolidación de la sociedad civil, la democracia y la promoción de la equidad puede conllevar el peligro de reducirla a cierta apelación legitimadora en un contexto social de creciente y persistente desigualdad. En el contexto social actual, la contradicción acumulación/legitimación se plantea y resuelve en términos muy diferentes a aquellos propios del Estado de Bienestar, y los nuevos términos en los que se plantea incluyen un proceso de "naturalización de las desigualdades" más allá de las expresiones que apelan a la necesidad de consolidar la sociedad civil, la democracia y la equidad. En otras palabras: como contrapartida al mercado libre opera el asistencialismo en una sociedad fragmentada, de esta manera los derechos sociales van dejando lugar a la asistencia focalizada. Esto implica la pérdida de derechos sociales y una restricción de la concepción de ciudadanía; la profundización de la separación público/privado; la desprotección de la fuerza de trabajo y la legitimación reducida a la ampliación del asistencialismo. La relación equidad-focalización expresa la crítica a las políticas "universalistas" que caracterizaron en otros momentos a la política social en América Latina, de allí que se propuso que la equidad consistía en que la asistencia llegara a quienes efectivamente lo necesitaban. Incluso en estos modelos de intervenciones focalizadas la preocupación por la participación se halla presente, aunque como una participación simbólica que cumple la función de otorgar legitimidad.

Asimismo es necesario tener en cuenta que la preocupación por la problemática de la creciente desigualdad ha renovado el interés por el afianzamiento de sectores de la economía capaces de generar empleo, la integración regional y la vinculación a la economía global, la construcción de consenso social y político, así como en la capacidad del Estado para cumplir con funciones básicas de regulación económica y reproducción de la propia estructura social. En este contexto, la participación puede encubrir la propia lógica del neoliberalismo: que los actores "participen" allí donde el Estado interviene mínimamente porque si no participan los resultados corren por su exclusiva cuenta. De esta forma la propia supervivencia y el ascenso/descenso en la estructura social pueden ser considerados como responsabilidad de los propios individuos, al igual que el sostenimiento de su propia ciudadanía recortada.

El documento indica además, que: *"El fortalecimiento de los sistemas locales de salud es un medio para eliminar algunos de estos obstáculos a la participación. El propósito de reforzar los sistemas locales de salud es descentralizar el proceso decisorio mediante la transferencia de los poderes reguladores del nivel central al nivel local, e incorporar a la comunidad en el proceso decisorio, realzando así su función al hacerla un sujeto, en lugar de un objeto de la intervención y por medio de este proceso, ajustando las medidas de salud a las necesidades y condiciones locales. Al mismo tiempo, el fortalecimiento de los sistemas locales de salud es también el resultado del proceso participativo ya que la participación amplia es el principio fundamental y la característica que define este enfoque"*.

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 lo local, en el sentido de que la descentralización político-administrativa desencadenaría una transformación de las bases económicas, políticas e ideológicas del poder. Esto supone negar los condicionantes estructurales de esas bases, lo cual explicaría en gran medida una aceptación acrítica de la participación como un principio valorativo-ideológico. 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, frente a las desigualdades estructurales y la diferenciación, es necesario considerar la posibilidad de una acentuación de la fragmentación. De hecho, la propia descentralización detenta una historia que no se agota en las épocas más recientes y que se ha asociado a la transferencia de funciones y obligaciones con el propósito de disminuir la presión económica sobre las instituciones nacionales en el marco de la "crisis fiscal".

En el documento se presentan además dos conceptos referidos a la participación para el fortalecimiento de los sistemas locales de salud: participación comunitaria y participación

social. Este último concepto es el que se recupera como el más adecuado en el contexto de los sistemas locales de salud, pero ¿en qué radica la diferencia?

La **participación comunitaria** se refiere a *las acciones individuales, familiares y de la comunidad para promover la salud, prevenir las enfermedades y detener su avance. En su mejor forma ("participación consciente") se caracteriza por el conocimiento interno de los problemas, la identificación de las necesidades percibidas y la acción intencional para satisfacer las necesidades y resolver los problemas.*

La **participación social** es considerada como *un concepto más amplio, que 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 en una alianza para diseñar, probar y poner en práctica las soluciones. La participación social es caracterizada como "de naturaleza sistémica", para referirse a la interacción de muchos actores dentro del sistema social y reconoce que las medidas sobre salud a nivel local serán el resultado de una alianza que se negocia continuamente a medida que van cambiando las condiciones*¹⁴.

Se señala además que la participación social se concentra en grupos organizados que actúan al unísono en busca de intereses comunes en lugar de comportamientos individuales aislados. En relación con este planteo se menciona el concepto de *comunidades sanas* que se plantea como un elemento clave, en el cual individuos trabajan juntos no sólo para mantener y mejorar su propio estado de salud, sino también el de la comunidad en pleno. Esta apreciación descansa en la idea de que, al igual que el ser humano individual, la comunidad se puede definir como un organismo biológico, sociológico y cultural. De allí que, una ciudad o una comunidad sana se define como 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. Se expresa que las instituciones públicas y privadas vinculadas al desarrollo socioeconómico

¹⁴ De la distinción propuesta por el documento entre participación comunitaria y participación social, se desprenden otros dos puntos subsidiarios de los primeros: 1) la participación social significa que los actores toman parte en las deliberaciones y decisiones sobre atención de la salud incluyendo las decisiones sobre necesidades y prioridades, la asunción de las responsabilidades y obligaciones para la formulación de planes y adopción de medidas para promover la salud y evaluar los resultados (aclara que no significa una simple colaboración en las actividades planificadas por otros, o la mera utilización de servicios). La participación social se define como una forma democrática de ejercer el poder y un derecho y responsabilidad del pueblo inherente a la autodeterminación. 2) La participación social no es solo un medio para ofrecer servicios de atención de salud más efectivos, sino como un fin y un indicador de la democracia y el desarrollo. Los sistemas locales de salud se pueden considerar como un medio para promover y lograr una participación social mayor, una salud mejor y un nivel más alto del desarrollo (la participación social es simultáneamente un medio y un fin, pero desde un punto de vista más práctico es un proceso esencial para alcanzar la meta máxima del bienestar humano (OPS, 1990).

general o a sectores específicos como la educación, el empleo, el saneamiento y el transporte así como la salud, junto con grupos políticos, religiosos, cívicos y de vecindarios, pueden y deben participar para crear comunidades saludables que promuevan el bienestar total de sus poblaciones y ambientes.

Pareciera que en esta perspectiva subyace la antigua diferenciación que en la teoría social se ha aglutinado en torno a las nociones de *comunidad* y *sociedad*, nociones que permitían comparar la sociedad tradicional y la sociedad moderna¹⁵. Opera aquí 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. ¿Se supone que todos miembros o grupos que constituyen una comunidad, una sociedad o un grupo, construyen relaciones sociales en términos de igualdad?; ¿las relaciones de poder y los procesos de subordinación pueden "suspenderse" toda vez que se construye un espacio de negociación? 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. La propia hegemonía puede ser cuestionada y no sólo alude a la reproducción.

Asimismo la idea de "comunidad sana" que se presenta en el documento, pondera sobretudo 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", sean estos materiales o simbólicos, 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 ésta no se genera por la falta de unidad u

¹⁵ Tonnies (1855-1936) construyó una clasificación tipológica ya clásica en la que opone comunidad y sociedad, en la que sostiene que la comunidad se caracteriza por el imperio de la unidad, los vínculos simétricos de parentesco, amistad y vecindad, la división del trabajo se basa en la ayuda y asistencia mutua, etc. En la sociedad en cambio impera la fragmentación, las relaciones contractuales y funcionalmente específicas establecidas para el logro de objetivos planeados; la autoridad construida mediante mecanismos electivos; los roles específicos con derechos y obligaciones; las acciones constituyen un medio para el logro de fines; las normas se mantienen por un consenso cambiante basado en la eficacia, la oportunidad y la conveniencia, etc.

homogeneidad de los grupos; sus causas se vinculan a 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 (aunque no son el único tipo de acciones que se desarrollan) desplegadas a nivel microgrupal; la otra a la vinculación entre este nivel microgrupal y los "procesos sociales más amplios".

Respecto de las prácticas preventivas, la primera cuestión radica en reconocer que si bien los daños a la salud que afectan la vida cotidiana de los conjuntos sociales reciben una respuesta social, esta respuesta no sólo opera cuando ya se han producido los daños a la salud, sino también en el sentido de prevenirlos o evitarlos.

Pero además, la propia recurrencia y cotidianeidad implica la existencia de múltiples saberes y acciones ante estos problemas, que no pueden ser reducidos al modelo médico hegemónico. Es interesante en este punto considerar lo que Menéndez (1990) denomina Modelo de Autoatención, un concepto que refiere a una práctica social estructural orientada directa o indirectamente a asegurar la reproducción biológica y social a partir de las unidades doméstico-familiares. Se trata del conjunto de prácticas y representaciones basadas en el diagnóstico, atención y prevención llevados a cabo por la propia persona o aquellas pertenecientes al grupo familiar y/o a diferentes grupos comunitarios. En este conjunto de prácticas y representaciones se hallarán aquellas que, en función de la situación de hegemonía, corresponden al modelo biomédico, aunque no se restringen a él y se combinan con otros saberes y prácticas. De esta manera estamos frente a un conjunto de prácticas y representaciones construidas socialmente en un proceso de continua reapropiación y resignificación. El Modelo de Autoatención puede ser considerado el primer nivel real de atención y el hecho de que abarque a toda la estructura social se funda en dos cuestiones básicas que ya se han referido: por un lado la frecuencia, recurrencia y continuidad de episodios de enfermedad, daños o problemas que afectan a los sujetos; y por otro, la necesidad de los grupos de construir acciones que le den algún tipo de respuesta a esos episodios que forman parte de la vida cotidiana (Menéndez, 1990).

Menéndez (1990) postula que este nivel de atención es frecuentemente cuestionado (sobre todo en lo que hace a la automedicación) y se niega su importancia decisiva de tal

forma que reduce la posibilidad de desplegar las potencialidades de un primer nivel de atención autónomo y eficaz¹⁶, a la vez que las posturas más reduccionistas obturan la posibilidad de pensar en una concepción alternativa de la atención primaria.

En este sentido, aun las posturas que reivindican la relevancia del autocuidado, pueden seguir ponderando las características del modelo médico científico y considerar al autocuidado como complemento de los sistemas de salud. De esta forma no sólo no se somete a la reflexión los postulados teórico ideológicos sobre los que descansa el modelo científico ni se asume una perspectiva histórica para evaluarlos, sino que se dificulta todo intento por comprender e interpretar los saberes y prácticas que detentan los legos. El autocuidado entendido como complemento del sistema de salud y la estrategia de la educación para la salud pueden desplazarse fácilmente a una mera reafirmación del modelo biomédico al que deben adecuarse y subordinarse los saberes y prácticas no-científicas que se identificarían entonces como obstáculos a ser removidos.

Por otra parte, 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, por tanto 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 éste 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 diferenciaciones culturales, políticas y económicas.

¹⁶ Menéndez (1990) señala que se ha reconocido en diversos ámbitos que la medicina hegemónica pocas respuestas ofrece frente a un conjunto de padecimientos (por ejemplo el alcoholismo, la drogadicción o la obesidad) y sin embargo apoyan escasamente la movilización de los recursos con que cuenta la comunidad. En este sentido, un caso paradigmático de la movilización de los recursos con que cuentan los grupos sociales y de la potencialidad para generar respuestas ante los padecimientos es el de los grupos de autoayuda como Alcohólicos Anónimos. En el caso de América Latina, estos grupos se constituyeron al margen del sector salud e incluso en la década de los 70 fueron rechazados por una parte de la medicina científica.

Bibliografía:

- Belmartino, S. y Bloch, C. (1984) "Reflexiones sobre participación popular en salud en Argentina". *Cuadernos Médico Sociales*, N° 27.
- Berlinguer, G. (1995) "Prioridades en Salud y prioridad de la salud". *Cuadernos Médico Sociales*, N° 70.
- Cardarelli, G. y Rosenfeld, M. (1998) *Las participaciones de la pobreza. Programas y proyectos sociales*. Edit. Paidós, Bs. As. Argentina.
- Cordeiro, H. (1984) "Empresas Médicas: bases teóricas para el estudio de las transformaciones capitalistas de la práctica médica". *Estudios Sociológicos*, II, 2-3.
- Fleury, S. (1999) "Política social, exclusión y equidad en América Latina en los años noventa". *Documentos/15. Centro de documentación en políticas sociales*. Bs. As.
- Grassi, E., Hitze, S. y Neufeld, R. (1994) *Políticas sociales. Crisis y ajuste estructural*. Edit. Espacio. Buenos Aires.
- Grodos, D. y Béthune, X. (1988) "Las intervenciones sanitarias selectivas: una trampa para la política de salud del Tercer Mundo". *Cuadernos Médico Sociales*, N° 46
- Informe del Banco Mundial, año 1997.
- Iriart, C., Leone, F. Y Testa, M., (1995) "Las políticas de salud en el marco del ajuste"; *Cuadernos Médico Sociales* N° 71.
- Laurell, A. (1986). "El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina". *Cuadernos Médico Sociales*, N°37. Rosario, Argentina.
- Menéndez, E. (1992) *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. Edit. Alianza, México.
- Menéndez, E. (1995) "Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social". En: *Dimensión Antropológica*, año 2, vol. 5, México.
- 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.
- OPS/OMS (1990) *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. La participación social; Estudio de casos; La participación social en el desarrollo de la salud*.
- Sirvent, M. T. (1999) *Cultura popular y participación social. Una investigación en el barrio de Mataderos*. Buenos Aires-Madrid: UBA-Miño Dávila Editores.
- Spinelli, H.; Urquía, M.; Bargalló, M. y Alazraqui, M. (2002) "Equidad en salud. teoría y praxis". *Serie de Seminarios de Salud y Política Pública*. S. VIII (noviembre). Centro de Estudios de Estado y Sociedad.
- 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 al 11 de octubre. Lisboa, Portugal.
- Ugalde, A. (1985) "Las dimensiones ideológicas de la participación en los programas de salud en Latinoamérica". *Cuadernos Médico Sociales*, N° 41. Rosario, Argentina.