

XII Jornadas de Sociología de la UBA
EJE 7: Sociología de la salud
Mesa 70: Desigualdades sociales en salud

“Políticas públicas locales en salud. Las encrucijadas de los procesos participativos en APS”

Licia Pagnamento – CIMECS/IDHICS-FaHCE-UNLP
pagnamento@yahoo.com.ar

Resumen

En este trabajo se presentan algunas reflexiones de carácter retrospectivo sobre políticas públicas locales en APS, haciendo referencia al caso del Municipio de La Plata (Provincia de Buenos Aires). Se propone enfocar las políticas locales de salud en el primer nivel de atención desplegadas entre 2003 y 2015, que incluyeron en su formulación y/o implementación el componente participativo (constitutivo de la atención primaria de la salud si se consideran las definiciones de la OPS/OMS). El objetivo que se propone el trabajo es reflexionar sobre los problemas, tensiones, contradicciones, asociados a una estrategia que devela la dimensión política de la APS, una dimensión no pocas veces negada o enmascarada detrás de componentes técnicos (pretendidamente neutros en términos ideológicos). Para el análisis se incluyen datos obtenidos mediante una estrategia cualitativa de recolección de información desarrollada entre 2003-2005 y 2008-2011 (44 entrevistas a agentes de salud municipales).

Palabras clave: políticas locales en salud- APS- participación

Introducción:

En salud, la participación se enuncia desde hace varios años como un eje significativo en las políticas públicas (a nivel nacional, provincial y municipal), especialmente en el marco de la atención primaria de la salud (APS). Más allá de los enunciados, la estrategia de promoción de la participación supone un conjunto de problemas referidos tanto a su definición como a su instrumentación. No es novedoso señalar que la participación en salud encierra contradicciones y tensiones: estas se reconocen tanto al examinar los estudios provenientes de las ciencias sociales, como en los diversos argumentos de los organismos internacionales y nacionales acerca de las deficiencias en la consolidación de la política en APS y de la estrategia de la participación en salud.

Pese a ello, en el diseño e implementación de las políticas la participación aparece o re-appeare reactualizada en distintos contextos y en ese proceso se redefine el conjunto de los elementos en juego. Las contradicciones y tensiones, entonces, adquieren nuevos matices según momentos y contextos sociales específicos. Partiendo de esta premisa se propone recuperar mediante un análisis de caso, los matices de una experiencia concreta en el transcurso de la primera década de 2000.

En este trabajo se presentan algunas reflexiones de carácter retrospectivo sobre políticas públicas locales en APS, haciendo referencia al caso del Municipio de La Plata (Provincia de Buenos Aires). Se propone enfocar las políticas locales de salud en el primer nivel de atención desplegadas entre 2003 y 2015, que incluyeron en su formulación y/o implementación el componente participativo (constitutivo de la atención primaria de la salud si se consideran las definiciones de la OPS/OMS). El objetivo que se propone el trabajo es reflexionar sobre los problemas, tensiones, contradicciones, asociados a una estrategia que devela la dimensión política de la APS, una dimensión no pocas veces negada o enmascarada detrás de componentes técnicos (pretendidamente neutros en términos ideológicos). Para el análisis se incluyen datos obtenidos mediante una estrategia cualitativa de recolección de información desarrollada entre 2003-2005 y 2008-2011 (44 entrevistas a agentes de salud municipales).

Procesos participativos en APS.

Una de las primeras cuestiones que es necesario señalar, radica en recordar que al hablar de procesos participativos en APS, una de las primeras dificultades que emergen refiere a los distintos sentidos involucrados y a las distintas prácticas sociales a las que refiere. Aún sin la exhaustividad que requeriría, baste señalar que es sobradamente conocido que en Alma Ata en 1978 se estableció que la atención primaria de salud suponía a la *participación comunitaria* como clave para hacer llegar los servicios de atención de salud a toda la población. Desde entonces, atención primaria de la salud y participación formarían una dupla con frecuente presencia en la definición de políticas públicas.

Lo que en la actualidad resulta claro es que en las políticas de atención primaria que incorporan la participación comunitaria en salud, esta no asume un sentido unívoco y refiere a prácticas diversas. Esta heterogeneidad ha sido reconocida tanto por la propia OPS/OMS (en particular en la serie documental de 1990 que trata especialmente el tema de la participación en la atención primaria de la salud) como en diversos trabajos de investigación (algunos de los cuales serán abordados más adelante).

Esta particular heterogeneidad de sentidos, sin dudas se relaciona con las distintas experiencias en las que igualmente se apeló a la definición de APS propuesta por los organismos internacionales, pero que se desarrollaron en contextos sociohistóricos más o menos proclives a la participación política y ciudadana de la población (contextos de dictadura y de democracia débiles, o más consolidadas). En este sentido, la participación de la comunidad en salud remite al plano más

abiertamente político de la estrategia de la atención primaria de la salud (Morgan, 1993; Bertolotto y colab, 2011). De allí que la consideración de las características generales de dichos contextos, a la hora de generar una revisión crítica de las experiencias y los sentidos de la participación a ellas asociados, se torna imprescindible.

En otras palabras, por un lado, hay que considerar las variaciones en la forma de entender la APS y particularmente el énfasis que se dé a su componente participativo (incluso desde las posturas de la propia OPS/OMS), y por otro, el contexto social en el que las experiencias se desarrollan. Este marco más general constituye una referencia de importancia dado que parte de la heterogeneidad de sentidos se manifiesta a nivel de la formulación de las propias políticas públicas (que abarcan además en el caso de nuestro país, jurisdicciones diferentes que no necesariamente se encuentran articuladas entre sí), y parte se relaciona con las particularidades de las experiencias concretas.

Además, las políticas públicas inscriptas en un contexto social específico, contemplan un plano que va más allá de la formulación general y normativa (que igualmente debe ser estudiado), y que atañe a su concreción. En este nivel y para caracterizar su actualización, es importante analizar las representaciones y las prácticas imbricadas en el entramado de relaciones sociales. Especialmente es necesario considerar aquellas construidas por los agentes de salud, que si bien no constituyen los únicos actores, revisten una singular importancia, en particular cuando las propias políticas en el área los ubican como centrales en los procesos de consolidación de la atención primaria de la salud. Finalmente, es preciso resaltar que los sentidos construidos por estos actores no cobijan un carácter meramente técnico sino también ideológico y valorativo.

Como referencia general, Menéndez (1994) ha señalado que es posible identificar tres grandes líneas¹ básicas en la atención primaria de la salud, que resumen las principales tendencias establecidas en los hechos. La *atención primaria integral* que contó con escaso desarrollo en el aparato médico sanitario de Latinoamérica, y la *atención primaria selectiva* y sobre todo la *atención primaria*

¹ 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. Por otra, la *atención primaria selectiva* que surge como corriente cuestionadora del anterior 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. 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 en el segundo y tercer nivel de atención, y que ubica en un segundo plano a la prevención (Menéndez, 1994).

médica combinada con algunas medidas de carácter preventivo, que son las que tuvieron mayor desarrollo. Sin embargo en los discursos, se enfatizaban (y sucede aun 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) y se replica en documentos varios que resumen los lineamientos de la política en el área. En este sentido, resulta de interés recordar el documento de 2007 de OPS/OMS denominado “La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas”, que propuso una revisión del legado de Alma Ata y sentar las bases de una nueva renovación de la APS, entendida como “Enfoque de Salud y Derechos Humanos” (OMS, 2007). Allí se reconocían los determinantes sociales y políticos de la salud y la necesidad de políticas de desarrollo que consigan mejoras en materia de salud más allá del propio sistema de salud. En este sentido no se aparta del documento de 1978, pero la salud es definida con una variación respecto de la definición original de Alma Ata al ser conceptualizada como una capacidad humana, un requisito para que los individuos desplieguen sus proyectos de vida, un elemento indispensable para las sociedades democráticas y un derecho humano². En cuanto a la participación, el documento la encuadra básicamente como mecanismo de control (a nivel individual y social), pero aparece también asociada 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)³. En este sentido tampoco se aparta de lo expresado en documentos previos. En conjunto reactualiza un debate que recorre prácticamente cuatro décadas.

Experiencias “participativas” en APS. El caso del Municipio de La Plata (2003-2015)

Si se toman los resultados de investigaciones en nuestro país y en Latinoamérica en el último tiempo, puede señalarse que la APS y particularmente los

² Por supuesto, sabemos que el derecho a la salud al que se alega, supone como mínimo que un conjunto más amplio de derechos también estén garantizados (los llamados “derechos sociales”) y un conjunto de condiciones materiales concretas para que esos derechos desarrollen su ejercicio pleno. También podría ubicarse en relación a lo que Abramovich y Pautassi (2006) identificaban como un momento en que el direccionamiento de la política a nivel mundial incorpora el marco de derechos. En esta dirección, las vías para superar la pobreza no se apartan significativamente de los conocidos programas de “combate” a la pobreza, y promueven la formación del capital humano y del capital social, reforzando una mayor corresponsabilidad por parte de la población destinataria. Por otra parte el marco de derechos en los casos de modelos económicos frágiles, pueden dar lugar a una suerte de “ficción ciudadana” en tanto persisten procesos de desigualdad estructurales. Si esto podía mencionarse para inicios de la década del 2000, tanto más debe recordarse en una época en la que se estructuran procesos regresivos en lo que hace a la distribución de la riqueza, y contrarios a la ampliación de derechos.

³ Conviene señalar que esta cuestión remite a la necesidad de 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 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 diversos intereses involucrados. De perder de vista estos procesos se transita el peligroso camino de la responsabilización en términos meramente individuales de los procesos salud-enfermedad-atención.

procesos participativos a ella asociados, encuentran un conjunto de dificultades/problemas así como potencialidades/logros (algunos de los cuales parecieran trascender las realidades locales). La propuesta de este trabajo consiste en aportar a esta discusión, mediante un análisis de caso (atinente al municipio de La Plata). En función del espacio que requiere este trabajo, se abordarán esquemáticamente algunos de los que se consideraron, pero conviene al menos mencionarlos: las áreas de acción que quedan delimitadas en función de los programas y planes de salud; las instancias de participación de la comunidad al momento de la definición de la política misma; las distintas concepciones acerca de qué es APS y consecuentemente su relación con las acciones posibles; las representaciones construidas en torno a la participación y las prácticas concretas; la consideración de las relaciones de poder que se construyen al interior de los equipos de salud; y las características del trabajo de los agentes de salud que emergen como referentes en los procesos participativos (las promotoras municipales de salud) según sus propias percepciones.

Políticas en APS en el Municipio de La Plata: un recorrido por los principales lineamientos en las últimas décadas

A partir de la información recogida en la indagación empírica (entrevistas a informantes clave y documentos provistos por entrevistados), puede considerarse que el retorno de la democracia significó cambios en la política local en el primer nivel de atención, que se evidencian en la cantidad de centros de salud (de 18 a 36, que cambiaron además su nombre de “unidad sanitaria” a “centros de salud”), la incorporación de profesionales (principalmente médicos generalistas) y el “trabajo en terreno”, consistente principalmente en la difusión de información en establecimientos educativos cercanos a los centros de salud⁴.

Las actividades preventivas y de educación para la salud inicialmente se desarrollaban en las escuelas. Este trabajo, designado como "en terreno", incluía charlas y actividades de relevamiento (encuestas realizadas a través de las escuelas) para conocer la realidad de la comunidad. Las actividades *con la comunidad* contaban con un marco legal que las avalaba (una ordenanza municipal que fue derogada en 1991) e incluyeron actividades desarrolladas en zonas rurales alejadas (en las que por ejemplo, trabajadoras sociales participaron en la organización de granjas comunitarias

⁴ Según la información recogida en las entrevistas, al equipo de salud se incorporaron por un lado, médicos generalistas (con el objetivo de que operaran como médicos de referencia del conjunto del grupo familiar y a lo largo de la vida de sus integrantes), médicos pediatras, enfermeros y odontólogos. A ellos se sumaban otros profesionales (psicólogos y asistentes sociales) aunque en los hechos su incorporación fue errática: no se mantuvo una política de incorporación a largo plazo ni en todos los centros de salud. El esquema mínimo de funcionamiento de los centros propuesto contenía a tres médicos generalistas, un pediatra, enfermeros y un odontólogo.

y en lograr la provisión de agua potable), pero sobre todo se realizaron actividades de difusión de información sobre salud en establecimientos educativos.

El documento base que expresa los principales lineamientos en materia de acciones a nivel primario indica, entre otras cosas, la necesidad de incorporar el concepto de participación de la comunidad, como medio para lograr la incorporación y continuidad de las prestaciones. Si bien el documento no se aparta de la definición de la OPS/OMS de atención primaria de la salud⁵ la participación queda restringida al funcionamiento del propio sistema (asegurar prestaciones) y en particular al autocuidado por parte de las personas. Ello sustenta la difusión de información sobre el cuidado de la salud en instituciones escolares⁶, como actividad arquetípica.

Con el cambio de gestión, a partir de 1991, se procuró aumentar la oferta de servicios prestados por los centros de salud a través de la ampliación del horario de atención, el establecimiento de guardias de enfermería (de veinticuatro horas) y un servicio de ambulancias para las urgencias. El número de personal profesional casi no se incrementó (salvo el incorporado al ponerse en funcionamiento nuevos centros de salud) y mermó paulatinamente el número de Trabajadores o Asistentes Sociales y Psicólogos (para 2003 sumaban 8 por cada profesión designados formalmente o en actividad). A mediados de la década de los 90, el Plan Materno Infantil en la Provincia de Buenos Aires proveyó de obstétricas (parteras), que continuaron realizando sus actividades aunque no en todos los centros de salud municipales. Además, en forma poco sistemática, se incorporó a beneficiarios del Plan Trabajar, posteriormente del Plan Jefes y Jefas de Hogares Desocupados, para realizar actividades en el centro de salud que en un principio implicaban una contraprestación por el plan recibido. En general desarrollaban tareas de mantenimiento y limpieza y en algunos casos, actividades de carácter administrativo.

Se generaron también algunas experiencias de tipo preventivo articuladas con programas sociales y de salud. Es el caso de actividades orientadas a madres e hijos beneficiarios del Plan Vida en las que las *manzanas* realizaban tareas conjuntas con algunos centros de salud (se encargaban de controlar que las madres cumplieran con el esquema de vacunación y los controles de salud del niño). También es el caso del

⁵ Recordemos que según la OPS/OMS se trata de la provisión de asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad. Requiere de la participación de la comunidad. Su costo, en todas y cada una de las etapas de desarrollo, debe poder ser soportado por la comunidad y el país. Requiere un espíritu de autoconfianza y autodeterminación. Debe formar parte tanto del sistema nacional de salud como del desarrollo económico y social global de la comunidad. Constituye el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando la atención sanitaria lo más cerca posible del lugar donde viven y trabajan las personas. Implica además del sector sanitario, a todos los componentes y campos de actividad corresponsables del desarrollo nacional y comunitario. Se basa en todo el personal de salud así como en las personas que practican la medicina tradicional para trabajar como un equipo de salud. Se dirige a los principales problemas de salud de la comunidad y provee servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

⁶ Ver Pagnamento, L. (2007) Tesis de Maestría Cedes/Flacso (Argentina).

Programa PRODIABA que en contados centros de salud encontró un impulso importante de la mano de los profesionales que optaban por implementarlo.

Si se considera el *Informe de Gestión 1999-2000* de la Subsecretaría de Salud de la Municipalidad de La Plata⁷, en la política sanitaria municipal en la década de los noventa se destacan la inversión económica en recuperación y ampliación de la infraestructura, equipamiento, el desarrollo de capacidad de monitoreo de problemas, acciones y resultados, y la integración de actividades de prevención y promoción de la salud. Los datos cuantitativos que apoyan tales consideraciones apuntan sobre todo a la eficacia referida a la cobertura asistencial y a los logros de algunos de los programas municipales⁸.

Entre el año 2004 y 2005 se sumaron dos iniciativas nuevas, el Progresas y la Escuela Promotora de Salud⁹, el primero generó un sub-programa que promovía la capacitación de los referentes de la comunidad como promotores de salud y bienestar comunitario que constituyó el referente local más cercano a las experiencias posteriores.

Entre 2008 y 2015, en el área de salud municipal se propuso un abordaje integrador de la salud con políticas de inclusión a través de la participación comunitaria. Más allá de la continuidad de programas previos, uno de los ejes que adquirió mayor visibilidad fue la estrategia de "Formación de Promotores".

La información oficial¹⁰ del municipio indicaba que su Dirección de Salud Comunitaria y Promoción de la Salud tenía como intención primordial el abordaje integrador de la salud con políticas de inclusión a través de la participación comunitaria. Se señalaba además que *"la participación comunitaria vinculada a la Atención primaria de la salud legitimada en la Conferencia de Alma Ata en 1978 ha generado diversas experiencias, con diferentes concepciones acerca de qué implican los procesos participativos, desde proyectos caracterizados por intervenciones de tipo informativo en la comunidad, hasta procesos donde se generaron espacios de participación genuinos en cuanto a la toma de decisiones"*¹¹, y bajo este lineamiento

⁷Subsecretaría de Salud de la Municipalidad de La Plata, Informe de Gestión 1999-2000, cit. por Rodrigo, A. (2002) Informe del componente Salud (Eje Temático Sociocultural): Plan Estratégico La Plata 2001-2010. Secretaría de Extensión Universitaria UNLP/Municipalidad de la Plata. Incluido en el Informe 2004 sobre Programas Sociales, proyecto "Evaluación de programas sociales en curso en barrios pobres del Gran La Plata"; Programa de Incentivos UNLP (Código 11/H353).

⁸ Más detalles en Pagnamento, L. (2007)

⁹ Formalmente el *Progresas* constituía un programa que apuntaba a la atención de "las familias de alta vulnerabilidad social", haciendo hincapié en la prevención y promoción de la salud. Para integrar a esas familias a los centros de salud. El objetivo del programa apuntaba a la conformación de redes entre familias vulnerables y la infraestructura socio-sanitaria del estado municipal, teniendo como mediadores a los promotores de salud y bienestar comunitario, y las organizaciones no gubernamentales (ONG's) que desarrollan sus actividades en cada uno de los barrios del Partido de La Plata. Por su parte, el Programa de Escuelas Promotoras de Salud, apuntaba a disminuir los casos de violencia y embarazos precoces, en niños y adolescentes.

¹⁰ Fuente: <http://ftp.laplata.gov.ar/nuevo/gobierno/institucional/salud/promotores.shtm>

¹¹ En todos los casos, el subrayado en los párrafos de este capítulo corresponde a la autora.

general se propuso la estrategia de “Formación de Promotores”. Justamente una de las actividades que se iniciaron en el año 2008 es la capacitación de promotores de salud con el objetivo explícito de fortalecer la red social comunitaria para que la propia comunidad adquiriera herramientas para su auto-cuidado y protección. Se preveía además que los promotores comunitarios de salud se incorporaran a los equipos técnicos aportando saberes y conocimientos que permitieran una revisión de las prácticas de la propia comunidad y del conjunto de instituciones involucradas en el tema. Según los datos oficiales del municipio, en esta experiencia se formaron 86 promotores, de los cuales 56 desarrollan actividades en los CAPS (doce de ellos concentrados en prevención del HIV-SIDA)¹². Entre las funciones que se asignaban al promotor de salud, se incluían: el desarrollo de estrategias de educación popular en salud; gestionar espacios colectivos de participación barrial para el abordaje integral de las problemáticas de salud; contribuir en la construcción de un diagnóstico y planificación participativos; fomentar la realización de actividades que potencien los saberes y recursos populares y la utilización apropiada de los recursos del Estado; participar en el desarrollo de acciones de prevención y promoción de la salud a nivel local y en el marco de los programas de salud; y propiciar la conformación y continuidad de redes comunitarias e intersectoriales para el cuidado de la salud¹³. En la primera de las publicaciones de la Dirección de Medicina Comunitaria del municipio (2010), se ubicaba al promotor comunitario de salud como un agente que procuraría el desarrollo de las potencialidades de la población para asumir un rol activo en el cuidado de la salud, con el fin de lograr mayor autonomía en la evaluación de las problemáticas de salud y una mayor capacidad de defensa de sus derechos. Las tareas del promotor que se mencionan tienen relación con la promoción de la salud, además de ubicarlos como nexo articulador entre el CAPS y la población¹⁴.

En estos postulados se encuentra una combinación de criterios y lineamientos que aparecen en los documentos generados a nivel provincial y nacional. Sobresale que las funciones que se asignan a los promotores de salud, exceden el ámbito de la educación en salud y entran en mayor sintonía con las directrices del Plan Federal de Salud (2004-2007) al contemplar la gestión de los espacios colectivos de participación

¹² Fuente: www.salud.laplata.gov.ar

¹³ Fuente: www.salud.laplata.gov.ar

¹⁴ Se menciona la posibilidad de detectar problemas de salud no identificados, asegurar controles de los grupos de riesgo (embarazadas, niños menores de 2 años, adultos mayores) y construir acciones relativas a la mejora de la salud ambiental. Entre estas actividades se lista la eliminación de basurales, contaminación a través del agua y los alimentos, prevención de enfermedades transmitidas por vectores, jornadas de vacunación, talleres, entre otros. Se ubica también en un lugar destacado a la capacitación (en la que se señala que se socialice el conocimiento sin que nadie posea en exclusiva el saber y hegemonice su transmisión), como herramienta fundamental para potenciar las capacidades de los vecinos y que sean activos protagonistas en el mejoramiento de la calidad de vida del barrio (Dirección de Medicina Comunitaria, 2010)

barrial. Sin embargo, también es central la preminencia del saber médico (son los equipos técnicos los que aportan saberes y conocimientos que permitan una revisión de las prácticas de la comunidad, que entonces se entiende, debe ser “educada”).

Una de las consideraciones que es preciso asentar, es que a nivel municipal no se han desarrollado programas de consolidación de los SILOS que promoviera la OPS/OMS en la década de los 90, que se presentaban como un medio para modificar algunos de los obstáculos a los procesos participativos, principalmente incorporando a “la comunidad” en la toma de decisiones. Si bien en la posición de la OPS/OMS de 2007 no se encuentra el mismo énfasis explícito en los SILOS, la participación comunitaria sigue estando presente entendida como mecanismo de control e interviniendo en los procesos de gestión.

En este sentido podría afirmarse cierta consonancia con lo reportado por Wolhein y colab. (2011) sobre las propuestas de fortalecimiento de la APS generadas desde distintos niveles estatales y que apelan a la participación de la comunidad, sin que se generen instancias para su participación a la hora de definir los propios lineamientos de la política misma; y lo señalado por Cosovschi (2006) sobre la necesidad de que exista un compromiso político que brinde a las organizaciones comunitarias reales espacios en la toma de decisiones. Por otra parte, se estaría no muy lejos de lo que Morgan (1993) señalara como rasgo característico de la APS en Latinoamérica (al menos hasta la década de los 90): la existencia de un patrón histórico de falta de participación de la población en la toma de decisiones en materia de salud que se expresa en la poca relevancia de las opiniones de las comunidades locales para los planificadores de salud.

Tratar de entender el por qué nos lleva a considerar, al menos, dos tipos de explicaciones. Por un lado, aquellas que apuntan a la estructura de poder, a la dominación y a las formas de desigualdad propias de un sistema social desigual, en el que la participación se sospecha de desestabilizadora (Morgan, 1993). Otras que recuperan el problema del autoritarismo asociado tanto a el desarrollo de procesos sociales democráticos en Latinoamérica, como (y en relación a lo anterior) a la formación y características del saber y la práctica médica cuyo rasgo característico es la asimetría en la relación entre profesionales y legos (Anigstein, 2008; Bertolotto y colab., 2011; Frankel, 1988; Cejas, 2007).

Podría coincidirse entonces con que se genera una APS *para la población* pero *sin la población* tal como sostienen Bertolotto y colab. (2011), en la que los profesionales de la salud (y agregaríamos los planificadores) han convencido a la población y se autoconvencieron de que son los únicos que pueden hablar de salud.

Las experiencias concretas desde la perspectiva de los agentes de salud

Si se consideran los testimonios de agentes de salud recogidos mediante entrevistas, puede señalarse que entre 2003 y hasta el momento en que se incorporaron formalmente los promotores de salud municipales (a partir de 2008), entre los agentes de salud:1) prevalecía una conceptualización de la participación comunitaria asociada a la *atención primaria médica y selectiva* (parafraseando a Menéndez), aunque también pueden identificarse contenidos que se vinculan más cercanamente con una percepción integral o una imagen modélica centrada en la *atención primaria integral*. La meta a alcanzar, o el *deber ser*, dista sin embargo de la atención primaria médica que domina en la práctica concreta. 2) Las principales actividades de los centros de salud se concentraban en la atención médica, combinadas con actividades preventivas (principalmente vacunación y prestaciones de programas focalizados e implementación de diversos programas: control del embarazo, control médico de niños). 3) Los principales ejemplos de experiencias de participación de la comunidad refieren a las cooperadoras y a las actividades vinculadas a la educación para la salud. La experiencias de las cooperadoras fueron en general caracterizadas en términos negativos, excepto en los casos en que permitieron la obtención de recursos o la mejora en la estructura edilicia del centro de salud. Por su parte las actividades de educación para la salud se caracterizaban por ser mayormente esporádicas y hallarse en una posición subordinada respecto de las tareas de atención médica. 4) La educación para la salud y el autocuidado junto a la preminencia del funcionamiento del sistema de salud en un contexto de déficit de recursos (humanos y materiales) reproducían un sistema que priorizaba la atención médica combinada con algunas medidas de carácter preventivo que distan de ser centrales en el abanico de posibilidades de acción. 5) Más allá de este panorama general, también se desarrollaron experiencias autoorganizadas que funcionaron en los intersticios de un sistema que si bien no las promovía o alentaba sistemáticamente, tampoco las obstaculizaba seriamente.

Por otra parte, en el relevamiento realizado entre 2008-2011, se encontraron variaciones y continuidades. Entre ellas pueden mencionarse algunos ejes significativos.

Las experiencias del último tiempo cuentan con un pasado que puede considerarse parte de un acervo colectivo, y presente en los relatos de los profesionales entrevistados. Encontramos alusiones a un conjunto de actividades realizadas con anterioridad a 2008 y que podrían considerarse propias del primer nivel de atención: “salir” del centro de salud para captar y realizar/posibilitar actividades de control médico sobre potenciales “pacientes” o sectores de la población definidos

como objeto de políticas de salud y difundir información constituyen núcleos clave en la práctica y las acciones a realizar. Este tipo de actividades continúan desarrollándose en los CAPS y forman parte de algunas de las que corresponden a la APS bajo el parámetro de la definición de OPS/OMS.

Para el caso de nuestro país, uno de los problemas a considerar remite a las áreas de acción que quedan delimitadas en función de los programas y planes de salud en el campo de la atención primaria. Considerando los aportes de Bloch y colab. (1992), Chiara y colab (2008), Bertolotto y colab. (2011), puede subrayarse que existe una dificultad relativa a los problemas de salud y grupos específicos (etéreos u de otro tipo) que se enfocan y que agudizan las inequidades en el área de APS. Según la investigación realizada en el municipio de La Plata, podría sumarse la dificultad relativa al conjunto de problemas de salud (no necesariamente de “enfermedad”) que son abordados parcialmente o directamente no son abordados de ninguna manera y que según los entrevistados forman parte de las demandas de la propia población o de algunas instituciones. En este punto, los propios profesionales destacan problemas que exceden su ámbito de injerencia en relación a su formación¹⁵.

Otro de los problemas a considerar es el relativo a las instancias concretas de participación de la comunidad al momento de la definición de los lineamientos de la política misma. Wolhein y colab. (2011), Bertolotto y colab. (2011), Cosovschi (2006), entre otros, coinciden en señalar la exclusión/omisión de la participación de la comunidad en este punto crucial, que supone entre otras cuestiones la circunscripción de la atención primaria de la salud a los profesionales de la salud, haciendo de un problema colectivo un mero problema técnico-médico que contribuye a su despolitización. Tomando el caso que analizamos, la instancia de participación de la población en la definición de la propia política municipal de salud en el primer nivel es inexistente, de allí que sobre la figura del promotor de salud descansa la articulación con la comunidad y las formas de participación. Digamos que esta manera de entender las funciones del promotor, contribuyen a la reproducción de la forma más tradicional de prestación del servicio médico en el primer nivel de atención, esto es, circunscrito principalmente a la práctica clínica y a la difusión de información en temas fijados por la medicina.

¹⁵ Ello alerta sobre la necesidad de que se constituyan equipos interdisciplinarios de salud, que incorporen profesionales de otras áreas, y particularmente profesionales formados en el área social que resultarían provechosos no solo en términos de las respuestas que pudieran generarse desde el sector salud, sino también en términos del intercambio de saberes pasible de desarrollarse y de las respuestas más integrales a los problemas. De la misma manera habría que pensar que pudieran aportar aproximaciones al conjunto de problemas sociales que los propios equipos médicos ni siquiera delimitan como tales o como áreas en las que es posible una intervención.

La discusión que queda abierta sin embargo es la que trajera Ugalde (1985) al plantear que en términos históricos se encuentran límites a los procesos participativos toda vez que las demandas recuperan el plano político y colectivo de la salud. Asimismo cabe recordar el señalamiento de Belmartino y Bloch (1984) sobre la posible concientización política y el cuestionamiento respecto a la sectorización de soluciones que puede acontecer de la mano de la incorporación de la población y los temores que ello suscita. Finalmente podría considerarse que es necesario rediscutir las modalidades de organización de los procesos participativos a la luz de la pregunta que introdujera Ugalde (1985) sobre si los mecanismos de participación de la comunidad (toma de decisión, planificación, administración y elección de comités de salud y similares) no corresponden más bien a cuerpos políticos electos y de funcionamiento regular con derechos y obligaciones. Se trata de un debate necesario y que, al menos desde la instancia municipal no fue sometido a una discusión política amplia.

Otro punto a destacar radica en considerar que existen distintas concepciones acerca de qué es la APS y consecuentemente ello encontrará relación con las acciones posibles a contener, incluida la participación comunitaria que es uno de sus elementos constitutivos. Se puede reconocer la existencia de diversas concepciones sobre la atención primaria de la salud y sobre la participación de la comunidad en salud (Menéndez, 1990; 2006 y 2009). Varios son los trabajos que lo refieren, tales como Delgado Gallego y colab. (2005); Maceira y colab. (2006); Cejas (2007); Pagnamento (2007); Bertolotto y colab. (2011) Castrillo (2013) y es mencionado también en el documento de 1990 de la OPS/OMS.

Abordar las concepciones acerca de qué es la APS y en particular qué se entiende por participación en salud, y las acciones que en el marco de la APS se generen en pos del logro de la participación de la comunidad, implican considerar tanto los sentidos como las prácticas asociadas. Este punto no es menor cuando se recuperan los trabajos que señalan la existencia de experiencias en las que no hay participación o esta es escasa, tal como refieren Anigstein (2008), Ariovich y Jiménez (2009), Pagnamento (2007), Cejas (2007); Bertolotto y colab. (2011), Ardila Gómez y colab. (2012), Castrillo (2013). Entre estos trabajos, algunos señalan casos en que la APS queda reducida a la atención médica incluso cuando la APS es reconocida formalmente como estrategia en la política de salud a nivel local.

En el estudio de caso realizado, al considerar las representaciones construidas en torno a la participación social en salud, encontramos que si bien algunas de las definiciones sobre la participación de los responsables de los CAPS se acercan a los contenidos que pueden ser asociados a una *atención primaria integral*, emerge en los discursos una conceptualización ligada más bien a la *atención primaria médica* y

selectiva, y a prácticas participativas más bien acotadas. Si se consideran las prácticas concretas referidas por los entrevistados y los significados de la participación asociados, emergen límites en los procesos participativos. Algunas prácticas, identificadas como participativas por los profesionales de los CAPS y los promotores de salud, quedan circunscriptas a la provisión de atención médica (controles, asistencia clínica, vacunación) y la difusión de información sobre enfermedades (charlas, folletería, información brindada en el momento de la consulta médica o en el tiempo de espera previo a recibir atención profesional), que se pueden englobar dentro de la APS entendida como atención médica/selectiva. En el conjunto de actividades de los CAPS analizados, la atención médica constituye una de las principales actividades, no es claramente la única, pero ocupa un lugar central en el conjunto de actividades desarrolladas.

Respecto de los temas del conjunto de actividades de difusión de información que se desarrollan, se destacan aquellos atinentes a la prevención de un conjunto acotado de enfermedades, y se dirige prioritariamente a las mujeres (madres y a las adolescentes). Ello evidencia una forma restrictiva de entender los procesos de salud-enfermedad-atención (aun tomando como parámetro los últimos lineamientos de la OPS/OMS de 2007). Estas situaciones resultan coincidentes con las apreciaciones de Bloch y colab. (1992) y Bertolotto y colab. (2011), que han alertado sobre los problemas de salud (y grupos en particular) que quedan por fuera de las acciones emprendidas en materia de atención primaria de la salud.

Entre las interpretaciones sobre por qué no hay participación o esta es más bien restringida, hay que considerar varios aportes. Por un lado Morgan (1993) ubica el problema en un plano general relativo a la estructura de poder y a los procesos de desigualdad social que permiten afirmar la existencia de un patrón histórico de falta de participación de la comunidad en la toma de decisiones en materia de salud. Anigstein, (2008) sugiere el problema del autoritarismo, visible en dos núcleos problemáticos: el del desarrollo de los procesos democráticos dentro de la sociedad (y su importancia como modo general de convivencia) y las características del modelo médico hegemónico que marcan una relación asimétrica entre profesionales y usuarios del sistema de salud. Bertolotto y colab. (2011), refieren las dificultades asociadas a las lógicas de formación tradicional en salud, que entrarían en coincidencia también con uno de los obstáculos en la acción participativa identificado por Frankel (1988) relativo a la dificultad de los profesionales de la salud en compartir su conocimiento.

El análisis de caso que se realizó permite pensar que a nivel de los procesos democráticos en un sentido amplio, la participación comunitaria en salud puede ser ubicada en un proceso histórico mayor, de participación restringida en la toma de

decisiones en materia de salud, que queda en evidencia en la ausencia de mecanismos concretos para que efectivamente se produzca. Esto se visibiliza, a nivel local, en la ausencia de mecanismos para que la población participe en la toma de decisiones relativas a las políticas de salud (por ejemplo no existen instancias equivalentes a los SILOS propuestos por la OPS/OMS). Pero podría pensarse que va más allá de este hecho puntual y constituye una problemática más general que compete particularmente a las organizaciones políticas (pocas de las agendas de las organizaciones políticas toman este tema o incluyen problemas de salud como ejes sustantivos en sus propuestas), entendiendo que constituyen parte de los mecanismos legítimos que recogen las demandas de la población.

El análisis de caso permite por otra parte realizar un aporte respecto del segundo plano mencionado por los autores citados y que tienen relación con ciertas características de la práctica médica inscrita en el modelo médico hegemónico. Al respecto se ha hallado que en relación a la formación de los profesionales, emerge una ponderación positiva de la formación que incluye el trabajo con la comunidad (identificada como “médicos generalistas” o “médicos comunitarios”) o de las experiencias a lo largo del ejercicio profesional que incluyen el trabajo con la comunidad (más allá del título académico), y dificultades asociadas a la formación. Surge también y explícitamente el límite que los propios profesionales adjudican al sector salud: pueden identificar entonces problemas sociales y aventurar soluciones aunque indicando que caen por fuera de las acciones de este sector y de los profesionales médicos en particular. En los relatos de los médicos y promotores de salud se menciona las condiciones de vida, de trabajo o las políticas públicas de promoción de bienestar incluido el saneamiento ambiental, tópicos que se identifican como indicadores de que las acciones del sector salud a través de sus agencias y agentes, resultan restringidas. Ubicar las posibles respuestas al/los problema/s por fuera del área de salud, conlleva tanto la consideración de la responsabilidad del Estado (en alguno de sus niveles) como la responsabilización de los individuos.

Si se consideran las relaciones de poder que se construyen al interior de los equipos de salud, y en el plano de las representaciones de los profesionales acerca de los promotores de salud y de los saberes que se ponen en juego, en los relatos sobresalen las actividades de educación y las tareas de los promotores se construyen como actores y acciones auxiliares a los médicos (identifican y conducen a los pacientes al control médico) donde la centralidad del saber médico es palmaria.

Algunos profesionales ponen en juego marcos ideológico-valorativos con mayor disposición a formas de participación más cercanas al sentido integral de la APS que otros. Esto podría llevar a repensar la idea del autoritarismo como rasgo

definitorio de la relación médico-paciente. Ese rasgo podría pensarse más bien como constitutivo de la formación y la práctica profesional médica, y que, sin embargo, puede estar sujeto a redefiniciones con grados de variación diversos. En parte ello explicaría la asunción de los lineamientos menos conservadores de los postulados de la APS que registran mayores predisposiciones a la participación y a formas de acción novedosas o disruptivas, aunque enmarcadas en las posibilidades que deja abierta la OPS/OMS y que se plasman en las series documentales que emite.

En el plano de los saberes y los marcos ideológico-valorativos, se han identificado situaciones diversas que por un lado tienden a reforzar la centralidad de la atención médica y por otro confluyen en reforzar (particularmente en el plano ideológico) la *reducción* (atinente a las prácticas y sentidos) de la participación: saberes que son desvalorizados (aun los obtenidos por los promotores en las capacitaciones) o situados en clara subordinación respecto del saber de los profesionales médicos; el planteo de la necesidad de controlar las actividades de los promotores evitando acciones autónomas o la desvalorización de demandas o acciones en las que aparecen involucrados los promotores de salud u otros líderes o referentes barriales.

En particular, la relación de subordinación de los *promotores de salud* respecto del equipo médico repercute en las acciones concretas desarrolladas por estos actores, cuyos márgenes de acción se definen y redefinen en función de una relación de poder en la que el saber (con su plano ideológico) y la práctica médica tienen un lugar sobresaliente. La posición subalterna puede reconocerse detrás de la apelación al trabajo en equipo: si bien es frecuente que en los relatos (tanto de los médicos como de los promotores) se aluda a un trabajo conjunto en la definición y realización de las acciones, surge en los relatos de los promotores una ponderación especialmente acusada del lugar prominente del equipo técnico. Se alude a “*prestar ayuda*”, a “*no sobrepasar*”, y a prácticas que indican relaciones de subordinación al momento de la incorporación a los centros que a la postre se van redefiniendo aunque sin redefinir por completo la relación de poder asimétrica legitimada por el saber técnico-médico.

Encontramos finalmente referencias sobre experiencias en las que hay mayores márgenes de participación. Algunos trabajos aluden al logro de experiencias participativas, tal como se desprende de los trabajos de Ruiz (2007), Maceira, D. y colab. (2006), Cejas (2007), Cosovschi (2006), Frankel (1988), Pagnamento (2007), Castrillo (2013) y Bertolotto y colab. (2011), permiten vislumbrar la existencia de experiencias “bifurcadas”, es decir experiencias en las que se promueven cambios o en las que se resisten las formas tradicionales de prestación del servicio de salud en el

primer nivel de atención, abriendo nuevas prácticas sociales que por supuesto no llegan a ser las mayoritarias pero que ensayan otros caminos posibles.

Se encontraron dos experiencias contrastantes con las de la mayor parte de los CAPS del municipio relevados. La trama de relaciones (actores que participan), la lógica de trabajo grupal (modalidad de trabajo), los temas abordados (tanto los temas que se incluyen en el debate como las acciones que se planifican para dar respuesta), resultan de una concepción más amplia de la participación en salud y de las actividades en APS, que el mero tratamiento de las enfermedades y la prevención como control clínico anticipado a la emergencia de un padecimiento, aun cuando no se hayan desarrollado instancias a nivel municipal que canalicen debates amplios en los que la población pueda no sólo opinar sino intervenir en la definición de acciones en la política de salud.

En estos casos, los relatos de los entrevistados (médicas y promotoras de salud) incluyen entre las actividades desarrolladas (además de la atención clínica en consultorio y actividades conexas) reuniones mensuales por zonas con vecinos, líderes barriales e instituciones, para identificar conjuntamente los problemas y decidir cursos de acción. Las prácticas participativas en estas experiencias, contrastan visiblemente con aquellas circunscriptas a la atención médica y sus variantes asociadas, que aun sin excluirlas, claramente las trascienden. Consecuentemente se registran en asociación a estas experiencias, caracterizaciones de los espacios participativos y la participación no ya acotada o restringida, sino más amplia y, en cierta forma, más cercana a formas de participación asociadas a la atención primaria integral.

En principio estas experiencias hablan de actores que forman equipos en los que confluyen intereses individuales, personales, valorativos y posiciones políticas e ideológicas que se plasman en el desarrollo de líneas de acción proclives a construir espacios participativos que superan las formas de participación instrumentales al desarrollo de la práctica médica en su sentido más técnico. Se podría pensar entonces que, ciertos actores y en ciertos contextos, pueden dar lugar a espacios más amplios para el desarrollo de experiencias participativas y/o a mantener cierto espíritu crítico o de potencial contrastación respecto de las actividades que mayormente se realizan en los CAPS en los que la participación restringida parece emerger como la situación más típica. Aun así, también hay que reconocer que en estos casos, la experiencia de trabajo está sujeta a diversos vaivenes y presiones político-institucionales que determinan que las acciones desplegadas no descansen exclusivamente en las apuestas de ciertos actores sino en un entramado mayor de relaciones en las que el plano político institucional marca improntas en los márgenes de acción.

Considerando el escenario en conjunto, compuesto por experiencias con distintos grados de participación (aun cuando no se desarrollan las características de participación en la toma de decisiones y funciones de control de la comunidad de los sistemas locales de salud –SILOS-), a la vez que se reproduce una APS con formas de participación restringidas y un marcado componente técnico-médico, se encuentran atisbos de la apertura potencial de un escenario de discusión, no ya únicamente técnica, sino política, con resultados abiertos tanto en contenidos como en el tipo de acciones y actores involucrados o interpelados y sus posiciones ideológico-valorativas y políticas. Así como encontramos situaciones que obturan cualquier disidencia respecto de las formas más clásicas de prestación del servicio médico y formas participativas restringidas, en otros casos es posible identificar posiciones en las que los lineamientos y las propias acciones desplegadas en los CAPS, dan cabida a formas de participación más abarcadoras (aunque “tuteladas” por los equipos médicos). La “reducción” de la participación (que se construye en un entramado de relaciones sociales e institucionales) involucra la propia definición de acciones (“lo que es posible hacer”), su justificación (técnica e ideológica) y la “puesta en acto” (actualización concreta). Opera aquí la marcada tendencia a la reproducción (funcional) de la participación acotada aunque, visto en conjunto, también surgen otras prácticas contrapuestas o en tensión con estas.

Bibliografía

- 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- Universidad Nacional Tres de Febrero; Buenos Aires.
- Ardila Gómez, S; Pierre de Paepe, Luciani Conde, L y Stolkner, A. (2012) La implementación local de la atención primaria en la Argentina: estudio de caso en el municipio de Lanús, provincia de Buenos Aires. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, V. 36, n. 94.
- Ariovich, A y Jiménez, C. (2009) “Las políticas sanitarias en el nivel local: los desempeños de la estrategia APS en tres casos del conurbano bonaerense” Ponencia en V Jornadas de Jóvenes Investigadores. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Disponible en: webiigg.sociales.uba.ar
- Belmartino, S. y Bloch, C. (1984) "Reflexiones sobre participación popular en salud en Argentina". Cuadernos Médico Sociales, N° 27.
- Bertolotto, A.; Bagnasco, E.; Fucks, A.; Rovere, M.; Jait, A. (2011) “La estrategia de APS en Argentina; crecimiento desordenado, componentes reprimidos y conflicto de modelos. Una reconstrucción a partir de testimonios, huellas y rastros en un estudio espacial y temporal” Ponencia en las IX Jornadas Nacionales de debate Interdisciplinario en Salud y Población, Facultad de Ciencias Económicas, UBA
- 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.
- Castrillo, B. (2013) “Participación comunitaria en salud. El caso de Berisso”. Tesina de la Licenciatura en Sociología de la FHCE-UNLP.
- Cejas, C. (2007) “Participar en salud: un proceso en permanente construcción”. En: Atención primaria de la salud. Enfoques interdisciplinarios. Comp. Daniel Maceira. Edit. CEDES/Paidós. Buenos Aires. Argentina

- Chiara, M.; Di Virgilio, M y Miraglia. M. (2008) "Tensiones y dilemas en torno a la Gestión Local en Salud en el Gran Buenos Aires". En: Magdalena Chiara, M.; Di Virgilio, MM; Medina, A. y Miraglia, M –Organizadores- (2008) Gestión Local en Salud: conceptos y experiencias. Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Cosovschi, A. (2006) Las prácticas participativas en salud. El caso de los Municipios Saludables: el Municipio de General Rodríguez. Cuadernos de CLASPO, Buenos Aires, Argentina.
- Eguía, A. y Ortale, S. Comp. (2007) Programas sociales y participación en la provincia de Buenos Aires. Edit Edulp.
- Informe sobre Programas Sociales, proyecto "Evaluación de programas sociales en curso en barrios pobres del Gran La Plata"(2004).; Programa de Incentivos UNLP (Código 11/H353). FaHCE/UNLP
- Frankel, A. (1988) "Hacia una definición participativa en salud: atención de los sectores populares del Conurbano Bonaerense". Cuadernos Médico Sociales, N° 44, Rosario, Argentina.
- González Plessmann, A. (2008) Políticas públicas con enfoque de derechos humanos: una propuesta para su conceptualización. En: repositorio.uasb.edu.ec.
- Maceira, D., Cejas, C., Olavaia, S y Kremer, P. (2006) "Enseñanzas y desafíos de las iniciativas de participación comunitaria en atención primaria de la salud", Documento de políticas públicas, CIPPEC, Bs. As.
- 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. (2006) "Participación social en salud: las representaciones y las prácticas". En: E. Menéndez y H. Spinelli Coords., Participación Social ¿para qué?. Bs. As.:Ed. Lugar
- Morgan, L. (1993) "Participación comunitaria en salud. La política de Atención Primaria en Costa Rica". Cambridge University Press.
- 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>
- OPS/OMS (1990) Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. La participación social.
- OPS/OMS (2003) Renovación de la APS en las Américas: documento de posición de la OPS/OMS.
- Pacto Social en la Provincia de Buenos Aires. Hacia un modelo concertado de atención de la salud (2002) Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
- Pagnamento, L. (2007) "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". Tesis de Maestría CEDES/FLACSO Argentina.
- Pagnamento, L. (2014) "Mujeres atendiendo mujeres: el trabajo de las Promotoras de Salud en el Municipio de La Plata". En: Género, trabajo y políticas sociales: estudios de caso en el gran La Plata, Argentina. María Susana Ortale, Amalia Eguía y Juan Piovani (Comp) - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO.
- Revista Equidad N° 1 (2010) Publicación de la Dirección de Medicina Comunitaria del Municipio de La Plata. Abril.
- 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.