

DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES de la FaHCE - UNLP***Tesis Doctoral:***

“La construcción social de políticas públicas en salud: la participación comunitaria asociada a la Atención Primaria de la Salud desde la perspectiva de los agentes de salud. Análisis de caso (CAPS municipio de La Plata 2008-2015)”

Autora: Licia Pagnamento
Directora: Dra. Amalia Eguía

Marzo 2017

A Naiara y a Marta

Índice:

Resumen y palabras clave	5
Introducción	7
- Un punto de partida.	9
- La estructura general del trabajo	16
Capítulo I: Políticas sociales y políticas en salud. La Atención Primaria de la Salud y la participación comunitaria.	18
Políticas sociales y políticas en salud: claves analíticas	21
Políticas de salud en Argentina	25
Un primer acercamiento a la relación entre APS y participación (breve recorrido histórico):	33
Desarrollo y participación: la década de los 50 y 60	34
La redefinición de la participación bajo el neoliberalismo. La década de los 70	37
La redefinición de la participación bajo el neoliberalismo. La década de los 80 y 90	42
La participación a inicios del nuevo milenio y el post-neoliberalismo	55
A manera de síntesis	62
Capítulo II: Atención Primaria de la Salud y participación. La perspectiva desde algunos documentos clave.	70
- La declaración de la Conferencia Internacional de Atención Primaria de la salud, de Alma Ata (1978)	74
- Década de los 80: la Carta de Ottawa.	78
- La perspectiva de la OPS/OMS en los noventa. Los Sistemas Locales de Salud (SILOS)	80
- La perspectiva de la OPS/OMS en la primera década de 2000. La renovación de la atención primaria de salud	98
A manera de síntesis	114
Capítulo III: Experiencias y debates en torno a experiencias participativas en salud en el marco de la APS	121
A manera de síntesis	143
Capítulo IV: Atención Primaria de la Salud y participación en un municipio de la Provincia de Buenos Aires. El caso de La Plata.	147
- Metodología, método y técnicas. Apuntes de un estudio de caso.	147
Elementos de diseño. Sobre la formulación del problema	149
Decisiones muestrales	154
Selección de estrategias de obtención y análisis de datos	157
- Análisis de caso: Salud-enfermedad y participación en experiencias recientes del municipio de La Plata (2008-2015)	164

1) APS y participación: una aproximación a la política local en salud planteada desde documentos clave y recuperando la perspectiva de los agentes de los CAPS	164
1. a) Políticas municipales en APS en contexto planes y programas a nivel nacional (Ministerio de Salud de la Nación) y provincial (Ministerio de Salud de la Pcia de Buenos Aires)	165
1. b) Representaciones y prácticas en torno a la participación y los promotores de salud desde la perspectiva de los agentes de los CAPS municipales: Promotores y participación hubo antes de 2008...	175
2) Perspectivas sobre la participación comunitaria: entre la atención primaria integral/atención primaria médica y selectiva	180
2.a) Enfocando las representaciones sobre la participación	180
2.b) Enfocando las prácticas asociadas a la participación	185
3) La percepción de los límites en las acciones posibles	197
4) Relaciones de poder: el no saber como justificación de la subordinación. Los profesionales, los promotores y la comunidad (lega)	201
4.a) Los no-saberes	201
4.b) Las variantes del saber	205
5) Promotoras de salud: un trabajo con varias aristas	209
Conclusiones generales	227
Bibliografía consultada	252

Resumen

Este trabajo aborda un tema general que podría sintetizarse como el referido a los procesos de construcción de políticas públicas en el ámbito de la salud, tomando aquellas que en su implementación incorporan acciones participativas, y que por ende circunscriben especialmente a la APS (atención primaria de la salud). Si bien podría pensarse que la temática trasciende el campo de la salud, es cierto también que adopta rasgos particulares asociados a la especificidad del campo en cuestión.

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 se sigue incorporando la participación de tal manera que se reactualiza (aunque en distintos contextos) y 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 un enfoque general que recupera la dimensión histórica y la referencia a procesos sociales en los que es necesario contextualizarla. Por otra parte se consideran las características específicas a nivel de las acciones concretas de la política pública (que trascienden la instancia de su definición programática). En este sentido al entender las políticas públicas (y en particular la referida a la atención primaria de la salud que incluye la estrategia de la participación en salud) como un proceso social, se requiere especial atención a las relaciones entre los actores y sus puntos de vista, para comprender su construcción (y reconstrucción permanente) partiendo del “hacer concreto” en el diario ejercicio de tareas de los agentes de salud (definidas formal o informalmente).

Mediando un análisis que incluye una instancia de indagación empírica (tomando el caso de los centros de atención primaria de la salud del municipio de La Plata) se buscó abordar el proceso de construcción social de políticas públicas en salud, considerando el caso de la promoción de acciones participativas en el contexto específico de la implementación de la APS, contemplando en especial las relaciones

sociales y el punto de vista de un conjunto de actores centrales (aunque claramente no son los únicos) en su construcción concreta: los agentes de salud.

Palabras clave:

Políticas en salud
Atención primaria de la salud
Participación comunitaria

Introducción

Puede señalarse que la atención primaria de la salud (APS) constituye uno de los puntos más destacados dentro de la definición de las políticas de salud, especialmente luego de que fuera fomentada a partir de la conferencia de Alma Ata en 1978 (aunque su historia puede rastrearse hacia fines de la década de los 50). Allí se estableció que la atención primaria de salud (como estrategia principal para alcanzar la salud para todos en el año 2000) suponía a la *participación comunitaria* como clave para hacer llegar los servicios de atención de salud a toda la población y en particular a aquellos grupos de mayor riesgo y con menores posibilidades de acceso a la atención de salud.

Desde entonces, atención primaria de la salud¹ y participación formarían una dupla con frecuente presencia en la definición de políticas públicas. En el transcurso de los últimos años, con su reiterado descubrimiento y con rasgos específicos para cada país y región en donde se ha implementado la estrategia de la participación comunitaria como parte de las políticas en salud en atención primaria, se puede identificar una heterogeneidad de experiencias. El proceso de redescubrimiento se basa tanto en la recuperación (por imposición o decisión) de los lineamientos de organismos internacionales como en la consolidación de ciertas líneas de acción definidas en distintos niveles y ámbitos de los estados nacionales, y formas organizativas de la sociedad civil más o menos autogestionarias (vinculadas o no con el aparato estatal).

De cara a esta diversidad, 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. Con frecuencia las instancias de decisión en el diseño e implementación de las políticas públicas (organismos internacionales incluidos) toman esta heterogeneidad como dato sin mayores cuestionamientos, o como un problema que se resuelve con la unificación de criterios directrices. Como resultado es posible encontrar una posición acrítica, basada en definiciones técnicas pretendidamente neutras y apolíticas.

El argumento de la OPS/OMS respecto de la existencia de distintos significados en torno a la participación ha sido señalado en diversos trabajos de investigación (algunos de los cuales serán abordados más adelante), y ha sido reconocido por la propia OPS/OMS en la serie documental de 1990 que trata especialmente el tema de la participación en la atención primaria de la salud.

¹ Más adelante se encontrarán mayores precisiones sobre a qué refiere la Atención Primaria de la Salud (APS), considerando tanto las definiciones de la OPS/OMS como distintos análisis de las ciencias sociales sobre el tema.

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). De ello se desprende la necesidad de tomar en consideración 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. Es decir que, 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 para analizar las políticas públicas de salud en relación a la atención primaria y al componente de la participación que esta supone, 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.

Esto último lleva a considerar que las políticas públicas contemplan un plano que va más allá de la formulación general y normativa (que igualmente debe ser estudiado), y que atañe a su actualización concreta. En este nivel 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, sobre todo cuando las propias políticas en el área los ubican como centrales en los procesos de consolidación de la atención primaria de la salud. Es preciso resaltar que los sentidos construidos por estos actores no cobijan un carácter meramente técnico sino también ideológico y valorativo, de tal forma que la adhesión a los postulados de la participación en APS implica una heterogeneidad particular. Por otro lado hay que considerar el marco de las relaciones entre los actores sociales a nivel de la propia implementación de la política de salud que como colectivo puede obturar o facilitar procesos que influyan en las dinámicas de los espacios participativos que se construyan.

La participación de la comunidad en salud constituye un punto significativo para el análisis de la APS entendida como política pública al constituir un eje controversial, tanto sea por una cuestión de definiciones heterogéneas (la polisemia del término),

cuanto porque constituye el plano más abiertamente político de la estrategia de la atención primaria de la salud (Morgan, 1993; Bertolotto y colab, 2011).

En este trabajo se intenta una aproximación a la construcción de una política pública a nivel local, recurriendo a un análisis de caso, para indagar las representaciones y prácticas de los agentes de salud en el primer nivel de atención en torno a la participación de la comunidad en salud, como un intento de realizar un aporte al análisis de un problema que en forma recurrente se reactualiza, aunque en contextos sociohistóricos diferentes. El análisis de caso y la instancia de la indagación empírica se circunscribe temporal y espacialmente al municipio de La Plata en el período que va entre 2008 y fin de 2015 (no obstante se espera contribuir a la reflexión más general atendiendo a la posibilidad de la “extrapolación razonable” que el análisis de caso ofrece).

Un punto de partida

En primer lugar resulta necesario explicitar las implicancias de la vinculación entre políticas de salud, Atención primaria de la salud y participación comunitaria en salud. Sobre todo porque dentro del conjunto de las políticas en el ámbito de la salud, al menos en el último tiempo, la APS y la participación se ubican en una declamada posición destacada, cuando no como un camino seguro para resolver variados problemas atinentes a la organización del sistema de salud y la salud de la población.

Es hacia la década del '70 que podemos ubicar los ejes centrales del contenido de la APS y la participación comunitaria. La Conferencia de Alma Ata indicaba que la participación comunitaria era la clave para hacer llegar los servicios de atención de salud a toda la población, en particular a aquellos grupos de mayor riesgo y con menores posibilidades de acceso a la atención, además de permitir la ampliación de los servicios básicos de salud (por ejemplo vacunación, control salud infantil, saneamiento ambiental).

La atención primaria constituyó una iniciativa que prometía cambios sustanciales frente a un sistema de salud en el que prevalecía una práctica médica fundamentalmente curativa, de alto costo y centrada en los hospitales ubicados en las ciudades. Sin embargo, la prevención y promoción de la salud históricamente ha mantenido una relación de subordinación respecto de la medicina curativa (Menéndez, 1990), de tal manera que, aunque se defiende y declame su importancia, no se ha modificado su posición estructural.

Aun así, la promesa de cambio ha perdurado con renovada fuerza. Toda vez que se cuestiona el lugar que ocupan los grandes centros hospitalarios en la atención de los padecimientos, se recupera una estructura organizacional y una práctica

médico-clínica que se presenta y pretende diferente. Los centros de salud barriales, la medicina comunitaria, los médicos de cabecera, la orientación de tareas hacia la prevención y la promoción de la salud (más que a la curación) son algunas de las opciones en este sentido.

En relación a la estructura organizacional del sistema de salud, una de las cuestiones que se desprende de la acentuación de la importancia de la atención primaria de la salud es la consiguiente relevancia de los centros de salud barriales que constituyen la puerta de entrada al sistema, a la vez que se conforman como escenarios privilegiados para las acciones de prevención y promoción de la salud. En tanto puerta de entrada a un sistema organizado según niveles de complejidad en la atención médica, la APS implica el componente de contrareferencia, derivaciones y seguimiento, entre distintos especialistas y especialidades médicas e instituciones prestadoras de servicios médicos y de salud.

Por su parte, los centros de salud barriales entendidos, siguiendo los lineamientos de la OPS/OMS, como escenarios privilegiados para desarrollar acciones de prevención y promoción de la salud, suponen trascender el acto médico a nivel individual. Trascender no invalida que en la medicina clínica (atención médica del individuo) se pueda promover la salud y prevenir la enfermedad, pero la orientación a la salud colectiva implica asumir que la prevención y promoción de la salud implica una orientación y un trabajo con/hacia los conjuntos sociales². De esta manera la medicina puede ubicar acciones de prevención y promoción de la salud en un campo de acción que por definición se asume como colectivo, aun cuando la forma en la que opere no contradiga los lineamientos generales de la medicina clínica (informar, concientizar, educar, a los individuos y a los grupos sociales forma parte de la profesión médica en el primer nivel de atención).

Pero además, se debe considerar que la estrategia de participación en APS contiene tensiones internas. Por un lado, la APS engloba actividades que pueden prescindir de la participación e igualmente ser eficaces en términos del impacto de las acciones sobre la salud colectiva (por ejemplo las campañas de vacunación); por otro lado, implica actividades cuya dinámica participativa puede ser muy variada (desde asistir a charlas y actividades de educación para la salud, hasta conformar una

² Todo dependerá de la noción de salud-enfermedad que se sostenga. Para las ciencias sociales las condiciones de salud-enfermedad de una sociedad sólo pueden comprenderse y transformarse considerando sus características estructurales e históricas. La biomedicina hegemónica a lo sumo reconoce la existencia de "factores sociales" que influyen en la salud y en la enfermedad. De allí que se pueda pensar que las condiciones de salud-enfermedad pueden modificarse a nivel de los individuos y partiendo de estos, lograr la modificación en el conjunto mayor, es decir en la sociedad. Sin embargo, como se verá más adelante, la APS tal como es planteada por al OPS/OMS, supone repensar otras aristas de este problema.

organización que decida sobre las acciones a emprender y la orientación de las políticas locales de salud).

El análisis de distintas experiencias a lo largo de varias décadas en los países latinoamericanos deja en evidencia, por un lado, los límites a los procesos participativos toda vez que las demandas recuperan el plano político y colectivo de la salud (Ugalde, 1985). Por otro, que la cautela en la incorporación de la población se relaciona con la alarma que produce la posible concientización política y el cuestionamiento respecto a la sectorización de soluciones (Belmartino y Bloch, 1984). No es de extrañar entonces, que los procesos participativos se encaucen hacia modelos que garanticen cierto grado de control a través de procesos institucionales. Es así que en sintonía con la recuperación, mayormente discursiva, de los procesos participativos en salud, se encuentran las experiencias que incorporan la figura de los “agentes de salud”, “promotores de salud” o “promotores comunitarios”, actores cuyas funciones pasan a encarnar la participación de la comunidad, o cuanto menos a actuar como articuladores entre el sistema de provisión de servicios médicos y la población. Como señala Menéndez (2006:99) “... los promotores de salud... constituyen uno de los principales actores a través de los cuales el sector salud y las ONG trataron de impulsar la participación social y la organización comunitaria”.

Para el caso de la Pcia de Buenos Aires, desde mediados de 2000 se han desarrollado programas específicos para incorporar a este tipo de agentes en la organización del sistema. Es así que en junio de 2004 se presentó el Programa de formación y capacitación de promotores comunitarios de salud, integrado al Programa "Salud en Movimiento" que se proponía garantizar la universalización de las políticas de salud en articulación con distintos los sectores más vulnerables con acciones de promoción, protección y atención de su salud³. En lo que hace al municipio de La Plata en año 2008 comenzó a funcionar un programa de capacitación de promotores de salud.

La capacitación de promotores de salud (que se registra en la Pcia de Bs. As., y en el municipio de La Plata) es sin dudas una iniciativa que entra en consonancia con las experiencias internacionales más recientes en el tema del fortalecimiento de la APS, aunque por sí sola no garantiza la participación y no necesariamente se trata de una instancia que permita recuperar las experiencias colectivas o grupales generadas por la propia comunidad. Por otra parte sobre los promotores de salud que se incorporan a equipos de salud ya constituidos, se acumulan expectativas muchas veces acríicas y hasta ingenuas, que los ubican como “solución” a la consolidación de estrategias participativas en salud.

³ www.aninoticias.com/noticias (Ingreso en web: 13/11/2007)

Aquí surge un primer interrogante, que guió la investigación realizada y que refiere a qué características asume la participación de la mano de la incorporación de los promotores en salud tomando el caso del municipio de La Plata. Inicialmente se supuso que estos actores (incorporados a los CAPS municipales y reconocidos entonces como parte importante para la política en APS), por una parte (y tal vez primordialmente) podrían ser incorporados como auxiliares de la práctica clínica. Sin embargo por otra parte, potencialmente, podrían ser actores clave en la recuperación del plano político y colectivo de la salud, o la concientización política y el cuestionamiento respecto a la sectorización de soluciones. Por otro lado, considerando el entramado de relaciones de poder propias de los equipos de salud, su incorporación permitía entrever un escenario complejo y con distintas situaciones no exentas de conflicto. En el marco de estas relaciones se construirían las características específicas y la dinámica de los procesos participativos, fueran estos más o menos restrictivos. En particular se consideró necesario explorar de algún modo las características de los equipos de salud, dado que sus integrantes se encargan de generar espacios para el cumplimiento de los lineamientos políticos, y suponen diversas situaciones (experiencias, expectativas, formación, entre otras) que pueden tanto obstaculizar como potenciar la participación. Asimismo podrían entreverse algunas características del proceso reconocimiento/desconocimiento de la dimensión política y colectiva de la salud, que se reactualiza al considerar los procesos participativos.

En definitiva este trabajo intentó una aproximación al proceso de construcción social de políticas públicas en salud que incorporan estrategias participativas en su formulación, a partir de un acercamiento a experiencias concretas. Es en el plano simbólico y de las prácticas concretas que se propone analizar la implementación de políticas públicas en APS que incorporan procesos participativos, entendiendo que delimitan un escenario de posibilidades en el que las relaciones de poder constitutivas de los procesos sociales dan improntas específicas a las experiencias que se desarrollan, de tal forma que se genera un proceso de redefinición/reapropiación con resultados abiertos y que exceden la definición programática general de las experiencias. Como señala Menéndez (2006:89) "...la posibilidad de establecer la orientación real de la participación reside en observar cuál es el sentido dado a las actividades pero no sólo en el discurso sino sobre todo a nivel de las prácticas."

El tema general de indagación entonces, refiere a la construcción de políticas públicas, de las cuales las políticas en salud forman parte. Como señalan Oslak y O'Donnell (1984) se pueden considerar algunas claves con particular relevancia para la realización de estudios concretos: considerar el período previo al surgimiento de la

cuestión y el proceso a través del cual se convierte en tal; analizar las prácticas (cambiantes a lo largo del tiempo) de diferentes actores que definen la naturaleza, intensidad y límites de un área de acción social (y, habitualmente, de conflicto); y considerar que estas interacciones no son sólo “objetivas” en el sentido de que su estudio se limite al registro de comportamientos, sino también subjetivas, con lo cual es relevante considerar cómo se define y redefine la cuestión y la toma de posición de los actores.

En línea con este último planteo, se considera que dos dimensiones generales pueden destacarse en el enfoque que se dará al tema. Por un lado, aquella vinculada a las representaciones (formas específicas de percibir, categorizar y otorgar sentidos) y prácticas (en el sentido de modos de acción, organización y respuesta social) socialmente construidas.

El análisis de las significaciones o los sentidos construidos por distintos actores constituyen términos a los que se alude en muchos de los artículos que se han revisado al construir el “estado del conocimiento”. El enfoque que se propone aquí parte de considerar las "representaciones y prácticas" en torno a la participación en salud. Siguiendo a Grimberg (1988), por sistema de representaciones se entiende las formas específicas de "percibir, categorizar y significar (otorgar sentidos)" por parte de los sujetos a su experiencia social. Suponen no sólo un espacio de actualización del sistema de normas y valores hegemónicos, sino que al mismo tiempo implican procesos de intencionalidad y reflexión que llevan a un replanteo constante de la experiencia social. Al mismo tiempo existe una articulación entre las representaciones y las prácticas sociales, entendidas estas últimas como los "modos de acción, organización y respuesta social e institucional", las cuales conforman una unidad indisoluble en la que ambas dimensiones (sólo separables analíticamente) se influyen recíprocamente. Interesa destacar que, en parte, las representaciones operan como sustento que justifica acciones y omisiones, legitimando (y deslegitimando) prácticas y relaciones entre los actores, lo cual evidencia la articulación entre ambas y la necesidad de considerarlas como una unidad.

Por otro lado, y vinculado al anterior, el plano atinente a la relación entre el contexto microgrupal y el macro propio de las relaciones e interacciones sociales⁴. En este sentido, se puede considerar que el conjunto de relaciones sociales contenidas en el campo de la salud deben ser referenciadas y comprendidas en el marco del conjunto más amplio de una sociedad. Implica acciones por parte de diversos organismos del Estado y de distintas organizaciones y sectores de la sociedad civil,

⁴ En esta relación se encuentra, entre otras, la instancia institucional que activa la “participación en salud” como posible/deseable a través de normas y acciones concretas.

construidas en el marco de relaciones sociales históricamente situadas y vinculadas a la lógica inherente a la reproducción de los conjuntos sociales⁵. En particular, las políticas en salud (entendidas como parte de las políticas sociales) constituyen un tipo de política estatal caracterizada por intervenciones, sean tanto por acción u omisión, orientadas a las condiciones de vida y reproducción de diferentes sectores y grupos sociales⁶. Por tanto adquieren rasgos particulares en vinculación a modelos de acumulación y de sociedad, cambiantes a lo largo del tiempo (Belmartino; 1985).

Enfocar la intersección entre ambas dimensiones puede elucidar particularidades sobre las formas de participación construidas en el contexto de relaciones sociales concretas (referidas en este caso a la salud) y de una política pública que la promueve. Estas relaciones, primordialmente de poder, suponen el entrecruzamiento de prácticas sociales, intereses y recursos diferenciales, que implican procesos de reapropiación/resignificación, adhesión/impugnación. En este sentido, la experiencia de la participación en salud encierra contradicciones (puede generar prácticas de democratización e inclusión pero también puede reforzar jerarquías y excluir, no sólo a nivel de las relaciones macro sino de la dimensión microsociedad de los procesos sociales), tensiones (entre las orientaciones curativas y preventivas del modelo médico; o entre el argumento técnico-médico que diluye o subordina el eje político en la discusión sobre la salud colectiva y la figura de los promotores de salud que potencialmente lo reubica) y una diversidad que debe ser considerada desde una perspectiva holista, con el resguardo teórico de considerar que más allá de su especificidad tocan problemas que trascienden el campo de la salud.

La APS, al menos discursivamente, ubica a los agentes de salud como parte de un conjunto mayor de actores sociales implicados tanto a nivel de la formulación como de la ejecución de la política en salud en el primer nivel de atención. Sin embargo los

⁵ Bajo una perspectiva histórica, las acciones del Estado en materia de salud se imbrican en las características estructurales de la sociedad moderna. La lógica del sistema productivo y de las relaciones sociales que le son propias requirió de formas de organización contra la enfermedad que garantizaran tanto la reproducción como la productividad de la mano de obra. De allí que se plantee la necesidad de contar con un sistema de carácter público encargado de realizar acciones sobre el medio ambiente y actividades asistenciales, que nucleaban intereses compartidos entre clases antagónicas a la vez que proveían de legitimidad al sistema. De esta manera "el desarrollo capitalista conducirá, en todos los contextos a la emergencia del submodelo corporativo público que tenderá a asumir las condiciones sociales y económicas de la atención curativa, a proponer criterios de organización social de la prevención, y a opacar las relaciones de cambio dominantes en el área de salud." (Menéndez, 1990:92). Con la expansión de los subsistemas corporativos público y privado se consolidaron la tendencia a la burocratización, la escisión entre investigación y práctica clínica, la profesionalización, la medicalización y el desarrollo complementario de la farmacología (Menéndez, 1990), todos ellos rasgos definitorios de las acciones que en materia de salud emprenden buena parte de los Estados modernos.

⁶ Fleury Teixeira señala que las políticas sociales "son resultado de las relaciones contradictorias que históricamente se establecen entre capital y trabajo, mediadas por el Estado." (Fleury Teixeira; 1987: 48). Es posible pensar que los puntos de consenso viabilizan acciones o respuestas concretas a la vez que dejan abierto un espacio de posibilidades inexplorado. En perspectiva histórica, tanto las acciones como las omisiones pueden ser útiles para dar cuenta de la relación contradictoria que se construye y que involucra el problema de orden general de la producción y reproducción social.

agentes de salud (especialmente aquellos formados en biomedicina) no sólo cuentan con saberes técnicos (específicos) sino con posiciones político-ideológicas y valorativas, que conforman su acercamiento a la enfermedad/padecimientos y a los sujetos sociales con los que interactúan en el ejercicio de su práctica. En este escenario, por un lado emerge la tendencia a operar sobre la enfermedad en términos individuales (y a lo sumo en referencia a hechos sociales construidos como agrupamientos estadísticos); por otro, las disposiciones jerárquicas del saber y de los sujetos sociales que ubican al médico y a la medicina en una posición superior y de mayor poder. En ese cuadro de situación, las relaciones entre los agentes de salud y los conjuntos sociales suponen tensiones y un escenario de conflicto/disputa y negociación/consenso en el marco de un modelo médico particular que se constituye históricamente como hegemónico.

Pero existe un problema más a considerar, el atinente a la polisemia de la noción de participación de los conjuntos sociales que se supone constituyente de la APS. Como señala Morgan (1993:100-101) “las ventajas y desventajas de las iniciativas de APS se revisan y se negocian constantemente conforme avanzan los planes del programa y surgen los problemas. Este proceso de negociación se puede interpretar como un reflejo de las luchas ideológicas y políticas que subyacen la organización misma de la sociedad”. Conviene recordar también, junto a Menéndez (2006:78), que la participación social constituye un medio que, según los sujetos y grupos sociales, puede encontrar orientaciones diferentes, con objetivos y consecuencias diferentes también. De esta manera, debe considerarse que la participación social opera en un juego de relaciones (micro y/o macrosociales) entre actores con objetivos coincidentes o distintos y hasta, con el tiempo, antagónicos. Al operar en el juego de transacciones entre grupos y sujetos depende de las relaciones de poder implicadas, no sólo a nivel de la orientación ideológica o teórica sino también de los usos que se den de la participación social.

Con estos resguardos acerca de la participación podría considerarse que, como señalan Belmartino y Bloch (1984), es posible identificar distintas modalidades de participación en salud de acuerdo a las funciones que asume la población y a los objetivos de su actividad. Por un lado, y particularmente en contextos de políticas noliberales se ubican aquellas modalidades que buscan paliar las consecuencias de la retracción de las acciones del Estado y su incapacidad para brindar servicios de salud satisfactorios a la población; y por otro, el modelo de participación efectiva o emancipadora como instancia concientizadora y movilizadora a través de la cual se logra la toma de conciencia respecto de los componentes extrasectoriales de la problemática de salud.

Finalmente, para abordar la problemática de los procesos participativos en el conjunto de acciones desarrolladas por los sujetos encargados de llevar adelante las acciones en APS, resulta fructífero enfocar las actividades de los sujetos encargados diariamente de llevar a cabo acciones comprendidas en una política municipal, recuperando la categoría de proceso de trabajo⁷. Las actividades realizadas por los agentes de salud de los CAPS municipales suponen un proceso técnico-ideológico que permite operar sobre el “sujeto/objeto” de la propia práctica en el marco de relaciones sociales inscriptas a su vez en formaciones institucionales específicas. El producto del trabajo (las actividades de los agentes de salud) al constituir un servicio, supone un conjunto de procedimientos, capacidades técnicas, saberes e ideologías, que reporta una utilidad al sujeto/s que lo reciben. El servicio de salud implica un conjunto de actividades llevadas a cabo por los distintos actores sociales encargados de su prestación (tanto profesionales como auxiliares) y constituyen elementos estratégicos y funcionales en los procesos de reproducción social. Forma parte entonces de un proceso más amplio que supera lo que acontece a nivel microsociedad y se articula necesariamente con procesos institucionales, agendas de gobierno y problemáticas diversas (intereses sectoriales, individuales, grupales).

La heterogeneidad de los procesos involucrados hace que sea relevante describir el abanico de acciones en el marco de la atención primaria de la salud para caracterizar la diversidad de prácticas entendidas como participativas por los propios sujetos involucrados, recuperando la dimensión de los sentidos socialmente construidos. Esta heterogeneidad implica distintos grados de adhesión e involucramiento o conflicto y resistencia, y distintas perspectivas ideológico-valorativas asociadas a las propias acciones y a la política municipal entendida como guía general y de gestión.

La estructura general del trabajo

En los capítulos que siguen se enfocaran distintos temas conexos, y al final de la presentación de cada uno se incluye un breve resumen de lo desarrollado. El capítulo I permite un acercamiento a las políticas sociales y las políticas en salud entendidas como contexto de discusión sobre la APS, de tal manera que permita situarla en un marco mayor desde una perspectiva que enfatiza los procesos sociales. Asimismo se incluye un breve recorrido que ubica a la participación en salud tal como se han mayormente planteado entre las décadas de los 50 y el inicio del nuevo milenio.

⁷ Como antecedente en la consideración de la medicina como proceso de trabajo, véase Gonçalves (1984) y Cordeiro (1978).

El capítulo II tiene por objeto realizar un recorrido por algunos documentos clave elaborados por la OPS/OMS que abordan los contenidos e implicancias de la Atención primaria de la salud y la participación, como son la declaración de Alma Ata (URSS), la carta de Ottawa (Canadá), los Sistemas Locales de Salud (SILOS) y la APS Renovada.

En el tercer capítulo propone un recorrido por algunos estudios que incluyen referencia empírica y que permiten realizar un mapeo de los debates en torno a la participación en salud en el marco de la APS en el ámbito latinoamericano y en particular en nuestro país.

El capítulo IV presenta un análisis de caso (el municipio de La Plata, provincia de Buenos Aires) en el que se incluyen pormenores de la estrategia metodológica utilizada y el análisis de los resultados obtenidos en la indagación empírica.

El análisis de caso sobre los procesos participativos en experiencias recientes del municipio de La Plata incluye por un lado la presentación y examen de documentos que permiten ubicar en contexto a la política municipal. Por otro, se despliega un análisis sobre las representaciones y prácticas de agentes de salud de CAPS municipales (que se ha organizado en cinco apartados: 1) las referencias de los sujetos entrevistados que recuperan experiencias del pasado (momentos previos a 2008) y que permiten un acercamiento a la perspectiva general de los entrevistados sobre el tema; 2) las perspectivas sobre los procesos participativos en salud; 3) la percepción de los límites a las acciones que es posible desarrollar; 4) las relaciones de poder, enfocando centralmente las justificaciones en torno al “saber biomédico” y el “no saber” y sus implicancias/variaciones; 5) y finalmente las características del trabajo de las promotoras de salud incluyendo un acercamiento a la concepción subjetiva del trabajo.

En el último apartado, se recuperan las principales afirmaciones del trabajo que entretienen un conjunto de (posibles) conclusiones.

CAPITULO 1

Políticas sociales y políticas en salud. La atención primaria de la salud y la participación comunitaria.

Primera parte: sobre Políticas sociales y políticas en salud como contexto de discusión para ubicar la APS y la participación.

Una de las primeras cuestiones a considerar sobre el tema, refiere a la manera en la que podemos reflexionar sobre los procesos participativos en la atención primaria de la salud entendiéndolos como parte integral del conjunto mayor de las políticas en salud. Las vinculaciones entre políticas sociales, políticas en salud y APS conforman un cuadro en el que conviene realzar al menos algunas de las principales imbricaciones, aun a riesgo de abrir un abanico que puede resultar extenso, sobre todo al recuperar la dimensión histórica implicada en los procesos sociales.

Se podría simplemente, con el peligro de caer en un enfoque más bien técnico sobre las acepciones de APS y participación, comenzar con una suerte de glosario. No es este el derrotero más fructífero si se trata de proponer un enfoque que realce el contexto histórico-social en el que se construyen e inscriben las políticas implementadas en el sector salud, de las cuales forma parte la APS.

Para tal fin, conviene explicitar la relación existente entre políticas en salud y políticas sociales. Pero igualmente importante es incluir una mínima referencia al enfoque sobre la salud-enfermedad dado que se opta por una perspectiva que permite pensar el conjunto de las políticas en salud como parte constitutiva de los procesos de producción y reproducción social. En este sentido se considera que la salud y la enfermedad así como las formas específicas de atender los padecimientos y procurar la salud, constituyen construcciones sociales, históricamente determinadas por las condiciones de vida y trabajo de una sociedad específica⁸. Esta premisa en primer término ubica la reflexión en el campo de las ciencias sociales y, en segundo lugar, remite a categorías analíticas que permiten la construcción de un problema que admite perspectivas diversas. Entre ellas se sitúa la premisa inicialmente señalada, inscripta

⁸ Tanto los padecimientos como las respuestas hacia los mismos generan un conjunto de representaciones y prácticas para entender, enfrentar y de ser posible solucionar la incidencia y las consecuencias generadas por los daños a la salud. Enfermar, morir, atender la enfermedad y la muerte, constituyen hechos sociales respecto de los cuales los conjuntos sociales necesitan construir acciones, técnicas e ideológicas, una parte de las cuales llegaron a organizarse profesionalmente. En el caso de la sociedad moderna, una de las principales formas de entender la enfermedad y actuar ante ella (aunque claramente no es la única posible) es la práctica médica científica, una práctica promovida y avalada por el Estado (Menéndez, 1994).

en los debates suscitados al interior y respecto de la llamada corriente de la medicina social latinoamericana⁹.

Se parte del supuesto de que existen determinantes del proceso salud-enfermedad asociados a los procesos de desigualdad propios de las sociedades modernas, a la heterogeneidad social, y las relaciones de poder, los enfrentamientos y la construcción de consensos e impugnaciones que entablan los distintos sectores constitutivos de una estructura social.

En este sentido, merecen señalarse dos cuestiones. Por un lado, que los datos epidemiológicos permiten visualizar un conjunto de “enfermedades”, causas de muerte o disposiciones demográficas que representan, en parte, la situación de los conjuntos sociales en relación al proceso de salud-enfermedad y que se asocian a las condiciones de vida y trabajo de una sociedad en su contexto histórico.

Recientemente, Kessler (2014) señalaba que nuestro país desde hace años presenta una situación epidemiológica dual, en la que perduran y reemergen enfermedades que suelen identificarse como propias de los países desarrollados (cáncer, tumores, enfermedades degenerativas) y enfermedades que son y han sido características de los países en desarrollo, o más habitualmente conocidas como “enfermedades de la pobreza” (chagas, tuberculosis, dengue, entre otras). Lo que debe reconocerse es que los procesos de desigualdad conciernen a las posibilidades diferenciales de vivir más o menos tiempo según el lugar que se ocupa en la estructura social. Como indica Kessler (2014), en Argentina si bien se registra una mejora en los indicadores vitales (esperanza de vida y mortalidad infantil) al mismo tiempo existen marcadas desigualdades entre provincias y estratos sociales que están mostrando procesos de exclusión social, baja calidad de vida y deterioro ambiental. Asimismo, se agregan otros problemas de salud pública que habitualmente se clasifican como “causas de muerte externas” como accidentes, homicidios y suicidios (existe mayor prevalencia de muertes por homicidios y accidentes de auto a medida que se desciende en la estructura social).

Podría argüirse además, que estas desigualdades que encuentran expresión en los datos epidemiológicos se hallan presentes también en el proceso de salud-enfermedad de los conjuntos sociales abarcando las formas de desgaste, padecimientos y eventos frecuentes y recurrentes que afectan la salud de la población en estrecha relación con las condiciones de vida y trabajo¹⁰.

⁹ Ver Laurell, A. (1985)

¹⁰ Si seguimos a Laurell, A. (1982), el proceso de salud-enfermedad consiste en el modo específico en que se da el proceso biológico de desgaste y reproducción a nivel de los grupos, en él se destaca como momento particular la enfermedad, considerada como la presencia de un funcionamiento biológico diferenciable con consecuencias para el desarrollo regular de las actividades. Los procesos de salud-

La segunda cuestión a señalar es que en lo que habitualmente se conoce como el ámbito de la salud, las acciones y el conjunto de justificaciones que las acompañan, deben ser incluidas en un contexto más amplio que implica la relación (histórica) entre el Estado y la sociedad, esto es, la relación entre clases constitutiva de nuestras sociedades y, por ende, los procesos de producción y reproducción de los conjuntos sociales. En ese marco general pueden identificarse acciones por parte de diversos organismos del Estado, algunos de los cuales manifiestan una organización sectorial (con variables grados de interrelación con otras áreas) como es el caso de los organismos encargados de área de salud (algunos, tal vez principalmente, abocados a la provisión de servicios médicos). Estas acciones no son las únicas que impactan directamente sobre la salud colectiva, sino que se inscriben en un proceso social mayor.

Una manera de analizar ese proceso social mayor consiste en adoptar una perspectiva histórica, ubicando las acciones del Estado en materia de salud en relación con los cambios producidos en la sociedad moderna con el advenimiento del capitalismo. Desde un principio, esta estructuración respondía a los intereses, contradictorios aunque complementarios, de la burguesía (o de algunos sectores de ella) y de la clase obrera. Dadas las características del sistema productivo y de las relaciones sociales que le son propias, resultó necesario contar con formas de organización contra la enfermedad que garantizaran tanto la reproducción como la productividad de la mano de obra. De allí que se planteara la necesidad de contar con un sistema de carácter público encargado de realizar acciones sobre el medio ambiente y actividades asistenciales, que nucleaban intereses compartidos entre clases antagónicas a la vez que proveían de legitimidad al sistema. De esta manera, hacia la primera mitad del siglo XX la organización corporativa estatal y privada irá desplazando a la práctica individual y privada característica del S. XIX: "...el desarrollo capitalista conducirá, en todos los contextos a la emergencia del submodelo corporativo público que tenderá a asumir las condiciones sociales y económicas de la atención curativa, a proponer criterios de organización social de la prevención, y a opacar las relaciones de cambio dominantes en el área de salud." (Menéndez, 1990:92).

Desde mediados del siglo XIX la organización del sistema público de atención y las acciones sobre el medio constituyeron el ejemplo paradigmático de *las* políticas de

enfermedad-atención son emergentes de condiciones económicas, políticas y sociales concretas, y al mismo tiempo, objeto de construcción de representaciones y prácticas por parte de los conjuntos sociales (incluidos los especialistas: médicos, paramédicos, curadores), que posibilitan su reconocimiento, definición y los modos de organizar su atención.

salud en buena parte de los países capitalistas "avanzados", aunque también se desarrollaron en algunos países dependientes, particularmente en América Latina. Con la expansión de los subsistemas corporativos público y privado se consolidaron la tendencia a la burocratización, la escisión entre investigación y práctica clínica, la profesionalización, la medicalización y el desarrollo complementario de la farmacología (Menéndez, 1990), todos ellos rasgos definitorios de las acciones de buena parte de los Estados modernos en materia de salud.

Bajo esta perspectiva, al analizar las distintas maneras en que el Estado genera acciones referidas al proceso salud-enfermedad, es necesario considerar que se construyen en el marco de una relación de fuerzas particular entre las clases y los principales actores sociales. En esta relación de fuerzas emergerán consensos y disensos que en parte adquieren sentido considerados a la luz de la problemática de la reproducción social y de la construcción de legitimidad que acompaña esa relación.

Parte de esas acciones del Estado se identifican con las políticas en salud, que forman parte constitutiva de las políticas sociales. La vinculación analítica entre ambas y las características concretas en términos históricos, son dos tópicos ineludibles para luego considerar las características que asume la atención primaria de la salud en nuestro país, y eventualmente llegar al análisis de caso que se propone en este trabajo. Es por ello que, en las páginas que siguen, se caracterizarán brevemente ambos elementos.

Políticas sociales y políticas en salud: claves analíticas

Las políticas sociales constituyen un tipo particular de política estatal caracterizada por intervenciones, sean tanto por acción u omisión, orientadas a las condiciones de vida y reproducción de diferentes sectores y grupos sociales¹¹.

Son constitutivas del régimen social de acumulación e históricamente han cumplido una función reguladora de las condiciones de venta y uso de la fuerza de trabajo, de forma tal que contribuyen a la producción de patrones diferenciados de reproducción social (Hintze; 1998). Como señala Topalov "el capitalismo crea la necesidad de equipamientos colectivos de consumo y al mismo tiempo, limita cuantitativamente y cualitativamente su producción", de esta manera el Estado provee escuelas, viviendas, hospitales, etc., cumpliendo la función de redistribuir una parte del

¹¹ Puede considerarse que las políticas sociales "son resultado de las relaciones contradictorias que históricamente se establecen entre capital y trabajo, mediadas por el Estado." (Fleury Teixeira; 1987: 48). Es posible pensar que los puntos de consenso viabilizan acciones o respuestas concretas a la vez que dejan abierto un espacio de posibilidades inexplorado. En perspectiva histórica, tanto las acciones como las omisiones pueden ser útiles para dar cuenta de la relación contradictoria que se construye y que involucra el problema de orden general de la producción y reproducción social.

producto social que asegura el mantenimiento y la reproducción de la fuerza de trabajo (Topalov, 1979: 39-40).

Si se concibe al Estado como una correlación de fuerzas que abarca la sociedad como un todo y en la que se despliega una riqueza contradictoria de articulaciones y mediaciones (Portantiero, 1981), es posible plantear que el abordaje de la contradicción entre acumulación y redistribución, y la consiguiente respuesta ante la "problemática social" y la construcción de hegemonía, implican una constante modificación de las relaciones de fuerza (Belmartino y Bloch, 1985). En el marco de dichas relaciones el Estado se encuentra en un proceso de construcción permanente y en ese proceso pueden identificarse momentos de rupturas en los que se redefinen sus caracteres de acuerdo al resultado de esas relaciones de fuerza entre los diferentes sectores de la sociedad (Fleury Teixeira; 1991: 8-9).

Siguiendo estos lineamientos, las funciones del Estado deben ser analizadas considerando la manera en que se construyen específicamente en cada formación social. En este sentido, la consideración de las particularidades de una sociedad dada en un contexto histórico determinado adquiere una relevancia insoslayable teniendo en consideración que algunas características serán compartidas por países/regiones en función de los procesos sociales generales que trascienden las fronteras nacionales.

En términos muy generales interesa recordar que en la mayor parte de los países dependientes, la década de los 70 marca el inicio de una etapa de reestructuración económica, social y política. Es lo que habitualmente se conoce como "crisis del Estado de Bienestar" y que abrió las puertas a una nueva etapa designada generalmente como "neoliberalismo"¹². En nuestro país, al igual que en otros países latinoamericanos, la persistente crítica al "Estado de Bienestar" como redistribuidor de recursos y regulador de la economía, impulsó su redefinición a partir de los parámetros del neoliberalismo. En el marco de la "solución" del "ajuste estructural" impulsada por los principales organismos de financiamiento internacionales, los países latinoamericanos (especialmente a lo largo de la década de los noventa) adhirieron a los programas de reformas estructurales avalados y financiados, en parte, por los países centrales. Más allá de los matices en los distintos países de la región, el "ajuste estructural" no remitió a un mero problema económico. Como señalan Grassi, Hintze y Neufeld (1994:11), formó parte de una "redefinición global del campo político-cultural y del carácter de las relaciones sociales, expresión -a su vez- de los resultados de la lucha social y parte de un proyecto de "reintegración social" con parámetros distintos a

¹² El profundo cuestionamiento al Estado de Bienestar y al modelo keynesiano abarca también a los países centrales, aunque como es de esperar, supone condiciones y consecuencias muy distintas a las que se pueden identificar en los países dependientes.

aquellos que "entraron en crisis" desde los años 70". En el nuevo modelo social de acumulación, las políticas sociales¹³ que contribuyen a la reproducción de una sociedad, se redefinieron notablemente respecto de aquellas que acompañaron a otros regímenes sociales de acumulación. Por su parte, al inicio del nuevo milenio y frente a los límites de dicho modelo se estructuró una redefinición de sus principales coordenadas, aunque parecieran no haber modificado mayormente los procesos estructurales. Esta nueva etapa implicó, nuevamente, redefiniciones en las políticas sociales que aparecen en cierto sentido, y por contraste, como progresistas respecto de las imperantes en la década de los noventa.

Lo antedicho intenta ilustrar que las características que asumen las intervenciones del Estado guardan estrecha relación con procesos estructurales y condiciones históricas específicas, en definitiva con las relaciones de fuerza sociales. Sus transformaciones (más o menos radicales) se vinculan con las características de los modelos de acumulación y los procesos de desigualdad, así como con los procesos de construcción de hegemonía.

En lo que respecta a las políticas en salud (parte constitutiva de las políticas sociales), históricamente han contribuido tanto al sostenimiento de los potenciales trabajadores como de los trabajadores activos, cumpliendo la función de mantener una fuerza laboral que pueda ser incorporada en el mercado de trabajo. Considerando la relación de conflicto entre capital y trabajo, y la necesidad de construcción de hegemonía, tanto las necesidades del capital como las reivindicaciones de la clase subalterna abren un campo de lucha en el cual se definen los principales rasgos de las políticas en salud y sus progresivas transformaciones. Esta es una clave analítica de interés al considerar las acciones en materia de saneamiento, prevención de enfermedades y problemas de salud y la organización institucional de la atención médica (servicios curativos y preventivos).

Asimismo la reproducción del sistema social exige la legitimación de un orden recorrido por tensiones. En parte, esa legitimación descansa en la construcción de consensos, por cierto inestables, entre las principales clases sociales. En términos históricos¹⁴ este proceso implica acciones en las que el Estado aparece como

¹³ Siguiendo a Repeto (2001) pueden identificarse tres áreas que componen las políticas sociales (considerando especialmente la realidad latinoamericana): 1) las políticas universales que pretenden cubrir a la población en su conjunto (ejemplos de ellas serían la educación básica y la atención primaria); 2) las políticas de seguridad social que ofrecen cobertura a los individuos y su grupo familiar en tanto componen la fuerza de trabajo formal; y 3) las políticas frente a la pobreza, que en América Latina han tenido una doble manifestación histórica: la beneficencia y la asistencia pública.

¹⁴ Desde mediados del siglo XIX, como señala Menéndez (1992), el Estado en algunos países capitalistas desarrolla acciones sistemáticas a nivel asistencial y sobre el medio (las primeras "políticas de salud" modernas) que posibilitan la legitimación del sistema dominante: las clases subalternas obtuvieron

mediador de intereses contrapuestos, que supone concesiones de parte de los sectores dominantes y reivindicaciones por parte de los sectores subalternos.

Entre los fundamentos que sostienen y justifican la construcción de consenso es posible identificar categorías totalizadoras, aparentemente neutras u objetivas, que contribuyen a desdibujar el carácter político e ideológico de las propias nociones y su anclaje con las estructuras materiales. En este sentido, la salud puede ofrecer un buen ejemplo. Constituye (entre otras cuestiones) uno de los escenarios de lucha en el que se construyen consensos/disensos acerca de la deseabilidad de cierto bienestar (y de las acciones para lograrlos) y la indeseabilidad de la enfermedad y los padecimientos (definidos según parámetros cambiantes), y las acciones (colectivas e individuales) para enfrentarlos. Todo ello, como hemos visto, en el contexto de las condiciones históricas de producción y reproducción de la sociedad.

En este sentido, podría pensarse que, ubicados en un modelo económico-social excluyente, la naturalización de las desigualdades y la responsabilización de los sujetos respecto de los procesos de salud-enfermedad, puede justificar (directa o indirectamente) una intervención mínima o reducida del Estado en lo que hace a la salud colectiva¹⁵, en particular en lo relativo a las políticas del sector salud.

No debería extrañar entonces que, por ejemplo, para el caso de nuestro país, entre los rasgos dominantes de las políticas en salud del último tiempo, persista la "focalización" en los sectores más pobres a pesar de que debe reconocerse cierta ampliación hacia otros sectores en situación de vulnerabilidad (que requieren políticas activas y puntuales); o que encontremos un sector público en el que perduran problemas de financiamiento y una orientación principalmente a la población más pobre que constituye la contracara de la sostenida expansión del subsector privado especializado según las características de los distintos sectores que captan como "clientes"; o que identifiquemos la responsabilización individual de problemas de salud-enfermedad, que si bien abarcan al conjunto social, en el caso de los sectores más pobres se amalgama con la naturalización de las desigualdades sociales, llegando

servicios de salud como expresión de sus conquistas sociales a la vez que el sector empresario legitima el accionar del Estado fundado en un nuevo consenso ideológico que se expresa en la progresiva expansión del modelo de medicina científica.

¹⁵ Ello podría ser de utilidad para explicar la proliferación de discursos que recuperan la atención primaria de la salud y la participación comunitaria aunque en los hechos siga dominando la orientación reparativo-curativa del modelo. Ambas permiten construir consensos y legitimidad aunque las condiciones de vida y de trabajo de nuestra sociedad generen grados cambiantes de exclusión. Acciones dirigidas principalmente a los más pobres (lo que en los noventa se denominó focalización) y responsabilización individual de problemáticas sociales ("su salud depende de usted") se vinculan estrechamente, tras el velo de la incuestionable valoración positiva de la lucha contra las enfermedades y las muertes evitables. Las preguntas que quedan entonces siguen apuntando a las condiciones de vida en las que los procesos de salud enfermedad se generan: cuántas de las enfermedades, padecimientos y muertes evitables acabarían o disminuirían drásticamente mediando un cambio significativo en las condiciones de vida de la población?, cuántas de ellas una sociedad (o sus segmentos constitutivos) está dispuesta a tolerar y qué acciones se propone entonces desarrollar?.

incluso a "tolerarse" moderadas o insuficientes intervenciones incluso en situaciones de virtual indefensión.

Para no operar con argumentos de generalidad cuestionable, conviene detenerse en las características que asumen las políticas de salud en nuestro país, no sólo en el último tiempo, sino tratando de conservar cierta perspectiva histórica.

Las políticas en salud en Argentina.

Se señaló que las políticas sociales son constitutivas del régimen social de acumulación, orientándose a las condiciones de vida y reproducción de los diferentes sectores y grupos que componen una sociedad. En este sentido, las características del régimen social de acumulación y el escenario de luchas que se entabla entre los distintos actores sociales, irán dando forma a las políticas sociales, entre las cuales pueden incluirse las políticas en salud.

En un análisis ya clásico, Belmartino y Bloch (1985), han propuesto considerar que en la Argentina se han sucedido, desde la década del '40, tres modelos de políticas de salud que se relacionan con la implementación de estrategias de desarrollo avaladas por proyectos políticos que implicaron distintos "modelos de sociedad" (el "proyecto populista" de la década del '40, el "modelo desarrollista" de las décadas del '50 y '60 y el "modelo autoritario" de la década del '70). A cada modelo corresponden formas específicas de construcción de hegemonía, en las cuales las políticas de salud parecen haber aportado un inmejorable soporte a la construcción de consenso y legitimidad. En este sentido, afirman que "...cada proyecto de desarrollo, diferente en función de las clases sociales que compromete y la distribución del excedente que supone, implica la construcción de un determinado modo de hegemonía, destinado a asegurarle el apoyo del conjunto de la sociedad en tanto que aparece como expresión del interés general..." (Belmartino y Bloch; 1985:24).

Los autores señalan que en la década del '40 una vez que el peronismo se afirmó en el poder y a partir de las políticas sociales implementadas desde el aparato estatal, del aumento de la fuerza de trabajo ocupada en el sector secundario y terciario y del desarrollo de la organización obrera sindical, se produjeron importantes transformaciones en el sistema de atención médica. Hasta ese momento su organización estaba polarizada entre un importante sector privado al que acudían sectores con alta capacidad de pago y en el otro extremo quienes no podían acceder a este tipo de medicina y acudían a los servicios organizados por la beneficencia y al sector público (Belmartino y Bloch, 1985).

El gobierno peronista planteó la necesidad de modificar el sistema de atención fundamentalmente afirmando la responsabilidad del Estado como garante de la salud

de la población y su derecho a un acceso igualitario a la atención médica. Se creó el Ministerio de Salud y se sentaron las bases para organizar el Sistema de Seguridad Social, a la vez que comenzó a vislumbrarse una contradicción entre el proyecto de Carrillo (un sistema de servicios de salud totalmente en manos del Estado) y las organizaciones sindicales. Las organizaciones sindicales comenzaron paulatinamente a transformar sus mutuales en obras sociales dada su capacidad de financiamiento a través del aporte patronal o concesiones obtenidas en las negociaciones colectivas u otorgadas por el Estado. El proyecto de Carrillo (dominante en el resto de América Latina) entra en contradicción con la lucha sindical que tendía a adoptar el modelo de atención médica de las clases privilegiadas, rechazando el Hospital Público tradicionalmente asociado a la caridad para el indigente. La ubicación de los grupos sindicales en el esquema de poder dio las condiciones para imponer su elección en la definición del modelo de cobertura de atención médica (Belmartino y Bloch, 1985). Sin embargo, la capacidad asistencial del sector público consolidada durante el gobierno peronista pone en evidencia que la atención médica constituyó un importante instrumento de legitimación, a la vez que un punto de conflicto en los intentos por redefinir el acceso a la misma (Acuña y Chudnovsky, 2002).

A partir de la década del '50, cuando la crisis del sector de exportaciones marcó los límites del crecimiento autónomo, apareció una nueva propuesta de integración al mercado mundial (el desarrollismo). Se promovió la apertura al capital extranjero que permitiría, mediante sus inversiones, eliminar el subdesarrollo y lograr un crecimiento autosostenido. El Estado quedó relegado al papel de orientador o director encargado de crear condiciones favorables para la actividad privada. Dentro de este modelo se promovió la medicina privada para una demanda solvente, mientras que el Estado se limitaba a la cobertura del "indigente médico". Se apeló a la racionalidad técnica tanto en relación a la capacitación de personal como a la administración hospitalaria, buscando la optimización del uso de los recursos disponibles. Se incorporó una capa tecnoburocrática en los organismos estatales que actuaban como vínculo entre éstos y las empresas privadas. En 1970 se sancionó la ley de Obras Sociales que instituyó un modelo de cobertura de salud organizado a partir de un sistema profesional múltiple bajo el control de los sindicatos. Así se afirmó el poder de convocatoria y negociación de los sindicatos y se garantizó una demanda solvente al sistema privado. La ampliación del sistema de cobertura médica a toda la población trabajadora (sumando a sus familiares y el sector pasivo), apuntaló la medicina privada caracterizada por una atención predominantemente curativa y por la utilización de tecnología sofisticada de muy alto costo (y no probada eficacia) que han sido uno de los incentivos para la sobrepráctica (Belmartino y Bloch, 1985).

A partir del golpe militar del '76 se abrió un período de profunda transformación en la sociedad. Resumiendo brevemente algunas de las principales transformaciones, se destaca la conformación de un nuevo modelo de acumulación caracterizado por la concentración y centralización de capitales y el predominio del sector financiero que actuó como articulador de los intereses de la clase dominante. Paralelamente se produjo el proceso de desindustrialización y la terciarización de la economía, que transformó las características del mercado laboral. Al aumento de cuentapropismo y las formas de trabajo sin ningún tipo de protección social (trabajo en negro), se sumó la precarización y la flexibilización laboral que finalmente serán apoyadas por mecanismos legales específicos en la década de los 90. Consecuentemente se produce un proceso de fragmentación de las clases subalternas. Por un lado la clausura sindical durante la dictadura militar obturó uno de los mecanismos de representación de intereses de clase; por otro lado, contribuyeron a la fragmentación tanto el crecimiento del trabajo no asalariado -aumento del cuentapropismo- como la estratificación salarial -diferencias por sector y ruptura de la solidaridad sindical- (Villareal, 1985). Asimismo, se inició un período de progresivo aumento de la pobreza, que además pasó a caracterizarse por su heterogeneidad, al incluir a los estratos sociales empobrecidos de los otrora sectores medios (este ha sido uno de los rasgos distintivos de la estructura social argentina en la década de los noventa).

La dictadura inició además un fuerte proceso de disciplinamiento social (sospecha personal, cultura del miedo, ruptura de la solidaridad, énfasis en el individualismo y la competencia, etc.) a lo que se sumó la pérdida de los mecanismos de integración social propios de décadas anteriores, sobre todo en lo referido a las características de inserción en el mercado de trabajo. Durante este período no sólo se cierran los mecanismos de participación propios de la democracia sino que son sistemáticamente cuestionados, de tal forma que a su retorno, adolecen de una significativa debilidad a la que se suma la crisis de los partidos políticos expresada en las serias dificultades para erigirse como mediadores entre la sociedad civil y el Estado.

Es entonces a partir de esta década, que la clase dominante logró la exclusión de los sectores populares y se estructuró el argumento que planteaba que la causa de la crisis económica radicaba en la intromisión del "Estado de Bienestar". La sociedad fue concebida como un orden autorregulado con desigualdades inevitables dada la diferente adaptación de los individuos a las leyes del mercado. A esta ideología liberal se unieron por un lado, componentes conservadores (que resaltaban la necesidad del control del individuo, una familia con lazos estrechos y la observancia de la religión); y

por otro lado, la ideología de la modernización tecnocrática que aportó la idea de la importancia de la racionalidad técnica que, como componente neutro y apolítico, tenía para el orden social (el accionar del Estado no se presentaba como político sino básicamente como administrativo). Así, dentro de este espectro ideológico, en el área de salud primaron los elementos liberales y tecnocráticos que apoyaban el desmantelamiento de los servicios sociales en manos del Estado y su traspaso a la actividad privada. La actividad del Estado se contrajo en la prestación de servicios: el presupuesto destinado a salud se redujo considerablemente, (baja del 6% en 1975 al 2,5% en 1983 mientras que Defensa y Seguridad captan el 40% del gasto total del Estado). Los servicios estatales de salud debieron hacer frente con recursos disminuidos a una demanda creciente dada por la transformación del aparato productivo y la crisis de la seguridad social. El sistema de cobertura social constituido principalmente por las obras sociales recibió el embate de la situación en el área de la producción a lo que se sumó el objetivo de debilitar las organizaciones populares, lo cual llevó a su intervención y la canalización de parte de sus recursos financieros hacia otras áreas consideradas prioritarias. Los porcentajes de la población con cobertura social de atención médica se redujeron considerablemente y en los servicios de salud estatales hubo un incremento de la clientela debido a estas transformaciones. Por su parte quienes no poseían obra social y aquellos que si bien contaban con ella no podían cubrir el pago de coseguros, pasaron a incrementar la clientela de los servicios de salud estatales (Belmartino y Bloch: 1985).

Durante la dictadura se generaron medidas tendientes a disminuir la participación nacional en el gasto en salud, así como en las restantes áreas sociales y con los gobiernos democráticos de las décadas del 80 y 90, este proceso continuó. A partir del momento en el que se recupera la democracia, y en particular a partir de 1989, los grupos económicos locales consolidaron la tendencia de su hegemonía política. De la mano de las políticas neoliberales se produjeron profundos cambios sociales que impactaron en todos los niveles de la vida colectiva. En lo que al campo de salud se refiere, ganó relevancia una concepción de salud, que dejaba de lado el carácter de derecho universal de cuyo cumplimiento tiene responsabilidad el Estado para transformarse en un bien de mercado que los individuos debían adquirir. A la vez que se criticaba la ineficiencia estatal para accionar a bajos costos, se quebraban los valores de solidaridad y se negaron los derechos a la salud, la educación y la vivienda digna a vastos sectores de la sociedad (Iriart y otros: 1995).

A partir de la década del '80 cuando se acentuó el desfinanciamiento del sector estatal, se promovió el logro de algún grado de articulación a nivel económico entre el

sector estatal de servicios asistenciales y la seguridad social. En esta etapa se cuestionó el papel subsidiario del Estado respecto de las obras sociales así como la capacidad financiera de éstas para cubrir la atención de sus afiliados. Esto se produjo mientras aumentaban los costos de atención, caía el salario real y aumentaba el desempleo y la inflación, lo cual impactó negativamente en los recursos de la seguridad social. A la disminución de recursos se sumó la expulsión indirecta de los beneficiarios debido a las trabas en el acceso (coseguros, trámites complejos, disminución de los beneficios provistos) y rescisión de contratos por parte de los prestadores privados ante la falta de pago.

En salud, comenzó a discutirse con fuerza la necesidad de optar por un sistema cuya lógica se estructurara en torno al subsidio a la demanda. El informe OPS/OMS de 1996 (OPS/OMS; 1996) señalaba que en Argentina uno de los puntos debatidos refería al problema de los costos y de la eficiencia en el manejo de los recursos, y que se había generado consenso respecto de que en el futuro inmediato habría severas restricciones del gasto. Ello justificaba la reorientación del gasto para ganar eficiencia.

Así, el eje del debate giró en torno a la disyuntiva entre los modelos de "subsidio a la oferta" (vigente hasta hoy) y "subsidio a la demanda" (modelo que ya se ensaya en muchos países). Este es justamente el punto que recibió mayores cuestionamientos por parte de los organismos internacionales, que señalaban que el modelo de subsidio a la oferta estaba en crisis y que en diversos países se buscaban nuevas formas de estructuración y funcionamiento del sistema de salud. Si bien no es el caso del informe citado, no era raro encontrar a Colombia¹⁶ como un país modelo en las reformas del sistema de salud apoyadas por organismos internacionales en la década del noventa.

El informe OPS/OMS de 1996 reconocía que a pesar de la crisis que atravesaban los servicios provinciales y municipales que atendían a los grupos de menores ingresos sin cobertura de la seguridad social y a aquéllos que, si bien teóricamente estaban cubiertos, tenían limitaciones de acceso por razones económicas o geográficas, habían debido afrontar la mayor demanda derivada del deterioro de la cobertura de muchas obras sociales. Sin embargo esta problemática era analizada casi exclusivamente desde la perspectiva de financiamiento: es señalado como un mecanismo de subsidio público a la seguridad social. No se trata de que no lo sea, sino de que la crisis del hospital público difícilmente pueda ser explicada únicamente por el subsidio indirecto a las obras sociales; es necesario

¹⁶ Sobre Colombia ver "Sistemas de salud y reformas. Diferentes respuestas a la relación entre el Estado y el mercado", CEDES-FLACSO (2000).

considerar los procesos sociohistóricos que le dan sentido, a los que se hizo referencia anteriormente. El problema del financiamiento expresa un área de conflicto y negociación que debe ser contextualizado en el proceso de consolidación de un modelo de sociedad caracterizado por la profundización de la desigualdad social.

Se profundizó, entonces, la fragmentación que históricamente presentó (y presenta actualmente) el sector salud en la Argentina, conformado por el sector público, el de obras sociales y el sector privado.

Coincidiendo con Acuña y Chudnovsky (2002) puede afirmarse que las iniciativas para la reforma del sistema de salud de la década de los noventa en nuestro país, no han logrado consolidarse, de tal manera que se transformaron en cambios puntuales y desarticulados¹⁷.

Las medidas más visibles en lo atinente a los servicios de salud pública apuntaron al componente administrativo-financiero. Entre ellas, se encuentra el intento de transformación de la modalidad de gestión financiera de los hospitales (la figura de los Hospitales Públicos de Autogestión -decreto 578/93 PEN-), la profundización de la descentralización hospitalaria (especialmente el reinicio de la transferencia de establecimientos hospitalarios nacionales a las jurisdicciones provinciales) y la privatización de los servicios periféricos y ciertos servicios de salud. Persistió la situación de escasez de materiales sanitarios y medicamentos, así como el estancamiento de los salarios del personal profesional y técnico. Se sumaron problemas asociados al gerenciamiento y al financiamiento (el arancelamiento de los servicios hospitalarios tuvo escaso desarrollo en parte por la falta de pago de las obras sociales por la atención de sus afiliados, y por la baja capacidad de contribución de los usuarios). Paralelamente crecía la demanda de los servicios públicos en un contexto de incremento del desempleo, aumento de la pobreza y empobrecimiento (Acuña y Chudnovsky, 2002).

¹⁷ Podría plantearse que la situación de nuestro país no es ajena a la realidad de varios países de la región. Las reformas en salud producidas principalmente en la década de los noventa en América Latina pueden calificarse de rotundo fracaso. Ugalde y Homedes (2002) ha señalado que este fracaso se explica por varias razones. Por un lado, las reformas lejos de generar mayor equidad, han contribuido a que se genere mayor inequidad en el acceso a los servicios. Asimismo, en América Latina existen vacíos legales muy importantes en lo referido a la regulación de los seguros privados, el control de calidad y los mecanismos de protección a los consumidores. Por otra parte, la descentralización ha creado problemas de coordinación entre los distintos niveles administrativos produciendo un uso inadecuado e ineficiente de recursos; ha contribuido a transferir responsabilidades fiscales del nivel central a niveles político-administrativos más bajos y a los usuarios; y ha promovido la debilidad del Estado para implementar políticas. Asimismo algunos problemas de gran relevancia persisten. Es el caso de las políticas farmacéuticas que tienen un fuerte impacto negativo en las personas de menores recursos; el problema de distribución, escasez y cualificación de los recursos humanos del sector (exceso de especialistas y falta de personal en atención primaria; falta de enfermeras graduadas; concentración en ciertas áreas urbanas y déficit en zonas rurales; etc.). Por su parte, las acciones en salud pública siguen demostrando su altísima relevancia en la mejora de los niveles de salud (provisión de agua potable, cloacas, protección contra agresiones del ambiente, infecciones y accidentes), aunque no se registra inversión significativa en este sentido (Ugalde y Homedes, 2002).

Asimismo durante esta década avanzó un proyecto de desregulación de las obras sociales que amenazó el monopolio de los sindicatos en la provisión y financiamiento de la cobertura de los asalariados y redirigía los aportes hacia el sector privado. El sindicalismo reaccionó con una resistencia activa¹⁸. En 1993 por decreto se permitió a los trabajadores a optar por una obra social que no perteneciera a la actividad económica de empleo, permitiendo el desplazamiento de las afiliaciones hacia obras sociales asociadas a empresas de medicina Prepaga. Por otra parte, se legisló la libre elección entre obra social y seguro privado para el personal jerárquico. El decreto de desregulación de las obras sociales no entró en vigencia hasta 1995, sin embargo, este proceso se llevó a cabo en forma discontinua y con fuerte oposición del sindicalismo. En 1998 el Gobierno promulgó un nuevo marco regulatorio que dio al sindicalismo la posibilidad de aprobar o rechazar los pedidos de traspaso entre obras sociales (evitando así la pérdida de afiliados), y permitiendo contener el avance de la medicina Prepaga. Con la suspensión de la desregulación hacia 2001, los afiliados sólo pueden cambiar de obra social una vez por año. Así, un afiliado a una obra social sindical puede elegir otra entidad sindical y el personal de dirección sólo puede elegir otra obra social jerárquica. En la práctica, se amplió la participación del sector privado en el sistema de cobertura de salud de los asalariados (Acuña y Chudnovsky, 2002).

Como señalan Acuña y Chudnovsky (2002) tenemos un sistema de salud conformado por un sector público que pretende dar cobertura médica a toda la población pero que concentra mayormente a los sectores más carenciados y que constituye la única opción para los desempleados y los trabajadores informales, un subsector de obras sociales que da cobertura a los trabajadores formales, y un subsector privado que apunta a los estratos sociales con mayor capacidad adquisitiva, pero que está logrando una cada vez mayor inserción como prestador del subsector de obras sociales. Para Kessler (2014), perduran las desigualdades de un sistema de cobertura fragmentario y superpuesto en el que los intentos de crear un seguro nacional de salud para transformar este cuadro de situación han fracasado durante décadas. En los últimos años, a la par que aumentó la cantidad de población con cobertura de alguna obra social (debido principalmente a la extensión de la cobertura jubilatoria, del trabajo registrado con aportes a obras sociales y por las reglamentaciones para formalizar el empleo doméstico) se consolidó el progreso de la medicina privada que absorbe a los aportantes de mayores ingresos.

¹⁸ Señalan Acuña y Chudnovsky (2002) que la desregulación de las obras sociales ha funcionado como pieza de intercambio en el logro de objetivos diversos.

Considerando estas características, restan algunas consideraciones acerca de los recursos del sector salud especialmente en lo que refiere al subsector público. Dependiendo de la forma en que se analice el gasto en salud, puede afirmarse que sumando el gasto público y privado en términos de porcentaje del PBI este alcanza valores internacionalmente altos, entre el 10% del PBI (Kessler, 2014) y el 9% del PBI hacia el año 2000 (Anlló y Centrándolo; 2007). Pero, como señalan Anlló y Centrándolo (2007), el gasto total en salud medido en relación al PIB brinda información insuficiente para evaluar el nivel de gasto en salud. Puede considerarse que dicho gasto presenta valores aceptables en comparación con otros países que han alcanzado un nivel de cobertura casi universal. No obstante, en la organización del sistema argentino conviven instituciones diversas. Buena parte del gasto era y sigue siendo privado directo y no se integra al financiamiento de los objetivos de la política de salud, ni cumple funciones redistributivas. A su vez, más de la mitad del resto queda en manos de las obras sociales. De ello resulta que considerando comparaciones internacionales, el gasto público argentino, aun si se agrega con el de la seguridad social, resulta bajo (Anlló y Centrándolo, 2007).

Para Alonso y Di Costa (2013) el período de crecimiento económico iniciado en 2002 y al menos hasta 2010, permitió lograr mayores niveles de inclusión social principalmente de la mano del incremento del empleo y de la expansión de las coberturas sociales. El énfasis se colocó en el trabajo –en lugar del ingreso– asumiéndose como categoría central para asegurar la protección social. Se procuró mejorar las condiciones de empleabilidad de los desempleados y atender necesidades específicas de un sector de la población altamente vulnerable. Surgieron, entre otros, el “Seguro de Empleo y Capacitación” (dependiente del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social) y el programa “Familias por la Inclusión Social” (Ministerio de Desarrollo Social). Al mismo tiempo, la recuperación del mercado de trabajo contribuyó a fortalecer una estrategia dirigida a colocar la incorporación al empleo formal como el eje articulador de la política social. La política laboral también contribuyó a mejorar la distribución del ingreso y se promovió la negociación colectiva entre capital y trabajo (paritarias anuales para discutir salarios y condiciones de trabajo por rama de actividad). Se derogó la reforma laboral aprobada en el año 2000, y en 2004 se sancionó una nueva ley, que modificó los aspectos de mayor desregulación de las relaciones laborales y del papel de los sindicatos (Alonso y Di Costa; 2013).

Se buscó el fortalecimiento de los servicios sociales universales, en particular en el ámbito de la educación donde se sancionaron las leyes de Financiamiento Educativo (2005) y la Ley de Educación Nacional (2006) en un intento por revertir las

tendencias fijadas en los años noventa. Sin dudas, las iniciativas más novedosas se produjeron en la cobertura de jubilaciones y pensiones (Plan de inclusión provisional) y la universalización de las asignaciones familiares -Asignación Universal por Hijo- (Alonso y Di Costa, 2013). En salud, se procuró avanzar en la coordinación del fragmentado sistema y en la recuperación del protagonismo estatal (se revitalizó el Consejo Federal de Salud y se creó el Plan Federal de Salud 2004-2007, que reivindicaba el papel rector del ministerio nacional en el ámbito del sistema público de salud). También se implementaron programas y lineamientos de política tendientes a articular intervenciones desde el estado nacional. Entre ellos se destaca el Plan Nacer (un programa para la atención de la salud materno-infantil), se dio impulso a la salud sexual y procreativa, y se generaron políticas dirigidas a garantizar el acceso equitativo a los medicamentos (el Programa Remediar y la ley de Medicamentos genéricos) y no se introdujeron cambios significativos en el área de la seguridad social en salud (Alonso y Di Costa, 2013; Repetto, 2009).

Un primer acercamiento a la relación entre APS y la participación (breve recorrido histórico).

En las páginas anteriores se ha esbozado un marco general para ubicar las distintas maneras en que el Estado genera acciones referidas al proceso salud-enfermedad, en particular en lo relativo a la provisión de servicios de salud (entre los que se incluyen los servicios médicos tanto curativos como preventivos), que se combinan dando forma a las políticas en salud propias de distintos momentos históricos.

Ahora bien, entre las formas que asume la intervención del Estado y, específicamente, considerando la provisión de servicios de salud, se encuentra un conglomerado de programas específicos, muchos de los cuales pertenecen a la esfera de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Es el área de intervención conocida como atención primaria de la salud (APS).

Puede señalarse que la APS constituye uno de los puntos más destacados en las acciones de salud, especialmente luego de que fuera fomentada a partir de la conferencia de Alma Ata en 1978¹⁹. Allí se estableció que la atención primaria de salud (como estrategia principal para alcanzar la salud para todos en el año 2000) suponía a la *participación comunitaria* como clave para hacer llegar los servicios de atención de

¹⁹ Su historia, sin embargo puede rastrearse hacia fines de la década de los 50, tal como veremos en este apartado.

salud a toda la población y en particular a aquellos grupos de mayor riesgo y con menores posibilidades de acceso a la atención de salud.

Desde entonces, atención primaria de la salud y participación²⁰ formarían una dupla con frecuente referencia en la definición de políticas públicas, aun cuando se actualizara en contextos sociohistóricos diversos con improntas específicas. De cara a esta diversidad, 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.

Por otra parte, la participación puede pensarse como un proceso social (y un problema) que excede ampliamente el campo de la salud y se inscribe en procesos sociales mayores, aunque asume especificidades que es importante tomar en consideración. Es por ello que resulta conveniente realizar un rastreo en la historia reciente que ubique los principales lineamientos involucrados en la discusión y definición de la participación tratando de dar cuenta del contexto socio político en el que cobran forma, para a partir de ello detenerse particularmente en la problemática referida a la salud.

Desarrollo y participación. La década de los '50 y '60.

Hacia la segunda mitad de la década de los '50 y durante la década de los '60, en los países latinoamericanos (en el marco de los procesos de industrialización) tomó forma la preocupación por el tema del desarrollo y comenzaron a incorporarse los llamados "aspectos sociales", cuyo significado aludía a la relación entre desarrollo y crecimiento económico. Un papel importante fue otorgado al sector público y la planificación se concibió como *la* herramienta para lograr el desarrollo. Las políticas sociales (subordinadas a las políticas productivas) incorporaron la temática de la participación vinculada a la noción de desarrollo de la comunidad. En esta perspectiva, las necesidades manifestadas por los grupos objetivos de los programas sociales dinamizaban la actuación de la comunidad (Cardarelli y Rosenfeld, 1998).

²⁰ Según la OPS/OMS la APS: 1) procura 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; 2) requiere de la participación de la comunidad; 3) su costo, en todas y cada una de las etapas de desarrollo, debe poder ser soportado por la comunidad y el país; 3) requiere un espíritu de autoconfianza y autodeterminación; 4) debe formar parte tanto del sistema nacional de salud como del desarrollo económico y social global de la comunidad; 5) 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; 6) implica además del sector sanitario, a todos los componentes y campos de actividad co-responsables del desarrollo nacional y comunitario; 7) se basa en todo el personal de salud así como las personas que practican la medicina tradicional para trabajar como un equipo de salud; 8) se dirige a los principales problemas de salud de la comunidad y provee servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. En: www.ops.org.ar

Después de la Segunda Guerra Mundial, con los EEUU asumiendo el rol de liderazgo para el desarrollo del Tercer Mundo, la industrialización y el desarrollo se convirtieron en sinónimos en Latinoamérica. La viabilidad de la industria se vio asociada a la necesidad de incorporar al campesinado en la sociedad de consumo, y se identificó a los valores tradicionales de este sector (y también de los sectores pobres urbanos) como uno o el principal obstáculo para el desarrollo. Con raras excepciones, los científicos sociales (particularmente de los EE.UU.) describían a los campesinos y pobres urbanos como individualistas, desconfiados, no cooperativos, incapaces de postergar la gratificación, apáticos, fatalistas, incapaces de aceptar riesgos, sin interés en la prosecución de beneficios y faltos de cualquier sentido de empresa (Ugalde, 1985).

En general en Latinoamérica, la organización comunitaria apareció como la respuesta a la necesidad de introducir cambios de valores y asegurar el éxito de los programas de autoayuda que permitirían bajar costos extrayendo trabajo no retribuido en un programa modernizador que desplazaba las instituciones tradicionales por formas organizativas que respaldaban el autoritarismo, la centralización y las desigualdades. Las nociones que impregnaron el programa modernizador obviaron el hecho de que, por ejemplo, ciertas tradiciones precolombinas, que siguieron estando presentes durante siglos, eran capaces de promover la cooperación popular y la solidaridad haciéndolas compatibles con las metas del programa desarrollista (los sistemas de tequio, guelaguetza, minga, etc., enfatizaban entre otras cuestiones, el trabajo colectivo, la ayuda mutua, la participación), pero frecuentemente fueron destruidas y reemplazadas por formas más "modernas". De la misma manera obviaron el hecho ampliamente documentado de que los pobladores de suburbios pobres se organizan para la defensa de sus intereses y necesidades cuando esto es percibido como necesario y que la apatía se explica más bien por la percepción de estos grupos respecto de la insensibilidad de las autoridades ante sus reclamos. De la consideración de estos elementos puede afirmarse que en Latinoamérica se forjó una experiencia sobre la participación comunitaria con aristas que pocas veces son mencionadas: se produjo una explotación adicional de los pobres (extracción de trabajo no remunerado) y contribuyó a su empobrecimiento cultural y a la violencia política expresada en la expulsión y supresión de líderes, destrucción de organizaciones populares (Ugalde, 1985).

En particular, en Argentina, el desarrollo de comunidades (una propuesta originalmente planteada por escritores asiáticos pensada para el abordaje de problemas socioeconómicos de las poblaciones rurales) se institucionalizó a partir del año 1967, durante el gobierno de facto de Onganía, y representó para la dirigencia

cierta garantía de estabilidad y control social. En el plano ideológico se privilegiaba la cohesión social y la integración, ubicando a la comunidad (y no a la sociedad), como centro de una "transformación nacional". El sistema parlamentario fue presentado como "caduco y anticuado" y los partidos políticos como fuente de división. La forma superadora a ese sistema sería la organización de un Estado jerárquico y "apolítico", con estilos de participación consultiva combinados con la unidad de mando, que estructurarían a la comunidad a través de los grupos profesionales. Los programas sociales priorizaban a las comunidades rurales aunque paulatinamente abarcaron a los grupos urbanos periféricos, todos ellos concebidos como marginados con actitudes de resistencia al progreso económico y social (Cardarelli y Rosenfeld, 1998).

En términos generales, en el campo de la salud, con anterioridad a la conferencia de Alma Ata (1978), se inició un proceso en el que tanto la reflexión académica como ciertas acciones concretas recuperaban la noción de participación comunitaria.

La participación comunitaria fue reivindicada por sectores que abarcaron un amplio espectro ideológico. El llamado "círculo del desarrollo" hizo de la participación comunal un medio para construir y reforzar los procesos políticos democráticos occidentales, si bien la visión ideológica promovida por este grupo no era uniforme. En la periferia o por fuera del círculo del desarrollo, es posible distinguir otros dos enfoques. Por un lado, el que asume una perspectiva reformista con tono crítico aunque no revolucionario. De esta vertiente surgieron cuestionamientos, como por ejemplo el carácter verticalista, de "arriba hacia abajo", de muchos programas, y recomendaciones, o la necesidad de incluir a la comunidad en las instancias de planificación, toma de decisiones, evaluación, puesta en marcha y utilización de los servicios y programas gubernamentales. En todo caso, esta perspectiva no avanzó sobre el cuestionamiento de las directrices generales de la política y restaron importancia a las condiciones sociopolíticas perpetuadoras del *status quo*. Por otro lado, las posiciones más radicales insistían en que las desigualdades sociales constituían las causas primarias de la enfermedad y la pobreza, y la mejora en la salud debía asociarse a una mayor igualdad social. Las acciones concretas desplegadas, en un contexto de perspectivas ideológicas diversas, incluyeron programas gubernamentales financiados o apoyados por organismos internacionales (a ciertos grupos como las comunidades de base religiosas, movimientos de campesinos, grupos de guerrilla urbana y organizaciones voluntarias) y establecieron proyectos de desarrollo en áreas en las que la población pobre no contaba con programas gubernamentales de bienestar social. Ejemplos de este proceso son el Proyecto

Piactla en México, la clínica Behrorst en Guatemala y el Hospital Sin Paredes en Costa Rica (Morgan, 1993).

Los primeros intentos de promover la participación comunitaria en salud datan de los años '60, y básicamente consistieron en proyectos piloto o experimentales con el apoyo de iglesias, universidades y agencias de gobierno que contaron en su mayoría con financiación internacional. Entre ellos se encuentra el Programa de Unidades Móviles para Areas Rurales en Centroamérica y el PRIMOPS en Cali (Colombia). Pero, a excepción de Cuba, para los demás países latinoamericanos el principal impulso de participación comunitaria en salud tuvo lugar en la década de los setenta (Ugalde, 1985).

Estas primeras experiencias de participación comunitaria en salud han recibido fuertes críticas. Centralmente se subraya que si bien las comunidades apoyaron los programas, pronto se hizo patente la falta de respuesta por parte de planificadores y autoridades de salud a las demandas de la población que recuperaban el plano político y colectivo de la salud. Como consecuencia de este proceso, la participación disminuyó considerablemente. Sin embargo, la falta de resultados exitosos no impidió que las agencias internacionales continuaran promoviendo la participación comunitaria en salud (Ugalde, 1985).

La redefinición de la participación bajo el neoliberalismo. La década de los '70:

A partir de la década del 70, en el marco de una fase recesiva de la economía mundial, comienza a producirse un proceso de reorganización económica que abarca tanto a los países desarrollados como los dependientes. Por cierto las consecuencias en ambos casos serán distintas.

La primacía del capital financiero y la expansión de la banca internacional privada, junto a una incipiente reorganización en el modelo productivo (vinculado a innovaciones técnicas) fueron acompañadas de transformaciones en la estructura social y la organización política. En el caso de las economías dependientes, se sumaron las dificultades financieras y el aumento del endeudamiento externo. Frente a ello, en gran parte de América Latina las elites dominantes tendieron a concentrar mayor poder para lograr posicionamientos más ventajosos frente al cambiante orden mundial. La contracara fue la consolidación de un nuevo modelo de acumulación, la transformación de la estructura social y la exclusión política de los sectores populares.

En el caso de nuestro país, los primeros años de esta década estuvieron marcados por una alta conflictividad social, traducida en lucha política; pero a partir del golpe de 1976 comenzó un proceso cuyo objetivo fue reordenar la sociedad bajo el diagnóstico liberal-conservador de la crisis del Estado "Benefactor" y de las

democracias. Se intentó disolver la organización sindical y política y de los actores colectivos cercenando los canales de participación. Este proceso iba acompañado de una concepción del Estado en la que se destacaba la necesidad de que fuera más restringido y eficiente y ajeno a los gastos del beneficio social y a la participación en los mercados (Cardarelli y Rosenfeld, 1998).

Durante esta década, el modelo de desarrollo de comunidades fue reemplazado por la noción de promoción social, siguiendo los lineamientos de Naciones Unidas. El Estado comenzó a guiar sus acciones en el sentido de la provisión de bienes y servicios a los grupos más carenciados y a partir de 1976, la participación prácticamente quedó fuera del discurso y de la práctica a la vez que la promoción social desde el gobierno adquirió un carácter residual. Sin embargo, se mantuvo y recibió una apreciación positiva cierta "participación civil" acotada y circunscripta a la esfera de lo microgrupal (sobre todo familiar y barrial) que viabilizaba la satisfacción de ciertas demandas y necesidades que resultaba funcional a los objetivos concretos de control social en esta época (Cardarelli y Rosenfeld, 1998).

Con el renovado impulso internacional a la APS en la década de los '70 en el plano internacional (ensayado previamente en los '60), se mantuvo el espíritu inicial de brindar una atención de la salud diseñada particularmente para los campesinos y los pobres urbanos. En este tipo de atención, los comités de salud y la participación comunitaria (en los que las enfermeras auxiliares y los promotores de salud constituyen la piedra angular) fueron concebidos como instrumentos de legitimación para la baja calidad de atención otorgada por los programas. El principal impulso de participación comunitaria en programas nacionales tuvo lugar en los años 70, bajo la influencia de organizaciones internacionales y al apoyo financiero de organizaciones privadas. Hacia mediados de la década de los '70 varios ministerios de salud pública en Latinoamérica organizaron programas de participación comunitaria, muy similares entre sí, casi todos apoyados y monitoreados por agencias internacionales como la OPS/OMS, UNICEF, BID, Fundación Rockefeller, Fundación Kellogg, entre otras (Ugalde, 1985).

En la Tercera Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas (efectuada en Santiago de Chile en 1972) se planteó la necesidad de racionalizar el sistema de atención médica creando sistemas de salud en los que el Estado hiciera posible la confluencia de múltiples instituciones tras un objetivo común, y se apoyó la incorporación de la planificación participante como una "novedosa" modalidad de planificación (Fassler, 1979). En esta reunión se enfatizó la necesidad de la organización comunitaria, la cooperación, la motivación y la educación; en pocas palabras, la comunidad fue vista como fuente de potencialidades que no habían sido

adecuadamente consideradas y cuya cooperación activa podría ayudar a mejorar las condiciones de vida en el área rural (Morgan, 1993).

En 1975 el Banco Mundial emitió su primer documento en el que aparecía la preocupación en relación a la salud. Indica que la participación comunitaria incluye la autoayuda para la construcción de instalaciones, contribuciones por parte de la comunidad en materiales de construcción, mecanismos de cooperación local para financiar la compra de medicamentos y trabajo voluntario. Queda claro que la cooperación de las comunidades tiene el sentido de relevar al gobierno de la carga financiera (Morgan, 1993).

La OMS y la UNICEF para 1978 definían la participación comunitaria en salud como "un proceso mediante el cual los individuos y las familias llegarían a ver la salud no sólo como un derecho sino como una responsabilidad" (Morgan, 1993:109). Se buscaba la participación activa de la comunidad (cooperación) en la evaluación de la situación, la definición de problemas y el establecimiento de prioridades. Se desprende de este informe, que la cooperación implicaba la aceptación, por parte de las personas, de un alto grado de responsabilidad por su propia atención de la salud (por ejemplo, adoptar un estilo de vida saludable, utilizar el servicio de vacunación, etc.) y se esperaba la contribución en términos de mano de obra o recursos varios para la atención primaria de la salud. Como señala Morgan, queda claro que a los gobiernos se les asignaban las responsabilidades esenciales en la toma de decisiones y la definición de los intereses de las comunidades locales, mientras se esperaba que estas cooperaran con los planes del gobierno nacional. Algo fundamental se desplaza del eje de discusión: el hecho de que en muchos países constitucionalmente es el Estado quien garantiza el derecho a la salud. Sin embargo progresivamente se minimiza la necesidad de intervenciones estatales a la vez que adquiere mayor relevancia la responsabilidad individual por la propia salud (Morgan, 1993).

Estas directrices permitían la ampliación de la cobertura en forma coordinada sin que implicara un elevado costo económico. Se estructura así una medicina simplificada que permite abaratar costos: una medicina de baja complejidad, destinada a los sectores más pobres de la población, en la que interviene personal intermedio (auxiliares médicos como los enfermeros) o la propia población, ya sea en forma gratuita o con una escasa remuneración (Fassler, 1979).

La incorporación de otros actores a los equipos de salud, principalmente compuestos y dirigidos por médicos de distintas especialidades, puso en evidencia el problema de las relaciones de poder entre los distintos actores. Básicamente, la población y los auxiliares eran incorporados en forma subordinada a los profesionales, lo cual repercutía por un lado en el tipo de acciones emprendidas, y por otro, en un

conjunto de problemas asociados a los diferentes criterios de salud-enfermedad (medicina tradicional versus medicina hegemónica).

A ello se suma que los planificadores en salud son principalmente médicos, y en su formación sólo se incluyen algunos cursos generales en ciencias sociales y administración, a las claras insuficientes para abordar problemas sociales, que dan como resultado una incorporación acrítica de políticas elaboradas por las agencias internacionales. Un claro ejemplo en este sentido lo constituye el programa de participación del Ministerio de Salud de Colombia. Este se organizó en base a una división de participación comunitaria a la que se asignó un gran grupo de profesionales, y cuando en 1977 se evaluaron los resultados de las acciones emprendidas quedaba claro que las comunidades no estaban participando ni en la toma de decisiones, ni en la programación y evaluación (Ugalde, 1985).

La "cautela" en la incorporación de la población a los niveles de discusión, ejecución y evaluación de las acciones en salud se relaciona con la alarma que produce la posible concientización política y el cuestionamiento respecto a la sectorización de soluciones (encuadradas por ejemplo dentro del sector salud) que dependen en realidad de las condiciones de vida de los conjuntos sociales. Por otro lado, la participación se utiliza como un mecanismo de control destinado a producir mejoras (Belmartino y Bloch, 1984) que contribuyan a poner paños fríos a posibles cuestionamientos. Morgan (1993) señala que los organismos internacionales al analizar la historia de los programas de salud y participación patrocinados multilateralmente sin tomar en cuenta el contexto político, pasaron sistemáticamente por alto la relación entre política y salud. Por lo tanto, quienes delinearon la APS también fueron apolíticos y acríticos. Su estilo de análisis es consistente con la mayor parte del discurso de la OMS, que generalmente despolitiza las dimensiones políticas de la salud y prefiere, por el contrario, centrarse en las intervenciones tecnológicas en salud tales como las terapias de inmunización o hidratación oral (Navarro; 1984:470)²¹.

Hay que recordar asimismo que en la mayor parte de los países latinoamericanos imperaban dictaduras cívico-militares en la década de los 70. En este contexto represivo en el que además se implementaron procesos de ajuste y retracción de las formas de acción del Estado propias del modelo populista, el desarrollo de políticas públicas que incluyeran procesos participativos reales es prácticamente impensable. Como señala Bang (2011), los gobiernos totalitarios se caracterizaron por tales niveles de represión, que de hecho eliminaban la posibilidad

²¹ Sin embargo hay que reconocer que la declaración de Alma Ata ha ofrecido un referente para la discusión política sobre la salud y no en vano se ha recuperado para reivindicar la lucha contra la desigualdad como base para alcanzar la salud. Es así que resulta de interés volver sobre aquel pretérito documento tal como se hará en el capítulo próximo.

de participación de los ciudadanos en las actividades del Estado. La fusión entre participación y subversión hace que hablar de participación en este contexto, resulte sospechoso.

En los países latinoamericanos sumergidos en dictaduras, no es de extrañar que las acciones implementadas en el sector salud enfatizaran los componentes técnicos, obturando las posibilidades de discusión política que dejaba abierta la declaración de Alma Ata. Incluso las acciones más técnicas mostrarían sus estrechos límites frente a los crecientes procesos de desigualdad evidenciando las limitaciones de las políticas de salud que impulsaron la atención primaria durante períodos dictatoriales.

Finalmente, hay que señalar que es significativo que para el período existan muy pocas referencias bibliográficas y análisis realizados desde una perspectiva sociológica sobre las acciones desarrolladas en el ámbito de la salud en nuestro país. Sí encontramos trabajos posteriores, realizados o publicados al retorno de la democracia, cuando los científicos sociales encontraron canales de expresión y posibilidades concretas de realizar investigaciones²². Uno de los trabajos que alude a directamente la situación de nuestro país (Belmartino, S, Bloch, C. y Quinteros, Z: 1981) señala que en el marco de la despreocupación por las condiciones de vida de las clases populares se inscribe la efectiva política de salud y bienestar social llevada adelante entre 1976 y 1980. En este sentido, primeramente es posible identificar diferencias discursivas entre funcionarios del Ministerio de Economía y los del Ministerio de Bienestar social y de la Subsecretaría de Salud Pública, de tal manera que estos últimos se separan de las posiciones liberales y privatistas, llegando incluso a retomar algunas posiciones de la CEPAL y la OPS, a la vez que se consolida un modelo excluyente.

Es así que discursivamente se recupera el énfasis de la atención primaria y salud materno-infantil, la necesidad de integrar los tres subsectores de atención médica, la necesidad de resolver el problema de la incorporación acrítica de tecnología (sofisticada y costosa), o la relevancia de redefinir el sistema de financiación destinado a la salud y el sistema de Obras Sociales. A la vez se justifican los límites de las acciones desarrolladas por las restricciones presupuestarias (dado que las prioridades se ubican en otros lugares), se ponen en práctica políticas de arancelamiento del hospital público (limitando el acceso a los servicios), y se cuestiona el papel paternalista del Estado enfatizando la posibilidad de resolver problemas (de carácter

²² Como se verá más adelante la estructuración de la APS en la ciudad de Rosario (Provincia de Santa Fe), ofrece un buen ejemplo respecto de las formas de intervención estatal en salud hacia fines de la década de los '70 (Bloch y colab., 1992).

estructural) a partir de actitudes individuales o comunitarias (Belmartino, S, Bloch, C. y Quinteros, Z: 1981).

Esto último deja entrever las connotaciones que la participación asume en este contexto histórico. A modo de ilustración, en el Boletín del Ministerio de Bienestar Social del 10/05/78, se señala que las carencias alimentarias de los niños en situación escolar pueden resolverse con la *imaginación*, "los padres van adquiriendo el hábito de actuar solidaria y efectivamente en la solución de sus problemas, desterrando antiguas concepciones paternalistas para dar paso al concepto de participación activa que ejercite la imaginación ya no sólo para la solución de un problema concreto: la alimentación de los niños, sino para hallar soluciones a otros problemas comunitarios" (Belmartino, S, Bloch, C. y Quinteros, Z; 1981:8).

La redefinición de la participación bajo el neoliberalismo. La década de los '80 y '90:

La década de los '80 mostró un cuadro de profundas desigualdades en la distribución del ingreso y la riqueza. En los países latinoamericanos, cayó el crecimiento del producto y el ritmo de la producción, a la vez que aumentaba la inflación y el desempleo. Como intento de respuesta se implementaron las llamadas políticas de ajuste, medidas destinadas a incrementar las exportaciones, reducir las importaciones o atraer divisas extranjeras. Asimismo se incluyeron medidas para restringir el déficit público, con el objetivo de eliminar el exceso de gasto público y garantizar que los países de la región pudieran contar con el superávit necesario para pagar los servicios de la deuda externa. En esta década las políticas sociales se concibieron como desvinculadas de la política económica global (Cardarelli y Rosenfeld, 1998).

En Argentina con la apertura democrática de 1983, se hizo evidente la situación deficitaria en materia de satisfacción de necesidades básicas y el deterioro en la provisión de servicios. Frente a esto, el sector público estructuró programas masivos como intento de dar respuesta a los problemas más acuciantes. En ellos, al menos en lo que hace al diseño, el componente participativo estaba presente, y muchas de las iniciativas se orientaron a constituir sujetos democráticos en todas las dimensiones de la vida. Sin embargo las políticas participativas siguieron diseñadas e instrumentadas "desde arriba". Se diseñaron múltiples programas participativos (más de 40) en función de poblaciones o temáticas específicas²³. Esta gran cantidad de proyectos fue posible

²³ Tal vez en el área de salud uno de los más conocidos sea el Programa ATAMDOS, implementado en la provincia de Buenos Aires (por un breve período) desde 1987 y del que participara Floreal Ferrara, y que

en un contexto en el que el Estado tenía cierta capacidad distributiva a pesar de la minimización de su papel, a la vez que se producía un redescubrimiento de la sociedad civil compuesta por una variada cantidad de organizaciones (fundaciones, ONG's, asociaciones comunitarias, etc.). En muchos casos estas organizaciones sociales, necesitadas de recursos, fueron coptadas por el gobierno alejándose de la posibilidad de crear un estilo asociativo para discutir acerca de los desafíos de la pobreza (Cardarelli y Rosenfeld, 1998).

Belmartino y Bloch (1984) subrayaban, para inicios de la década de los '80, la revalorización de la idea de una participación y un compromiso más amplio en una época de "crisis" de los regímenes neoliberales. El desarrollo de nuevos mecanismos de expresión para amplios sectores de la población, como el de la participación popular, parecía la forma más idónea de plantear algunos límites a la enorme concentración de poder en manos de minorías empresariales y tecnocráticas.

Por esta época comenzó a tomar impulso el debate sobre el vasto campo de la salud, un debate del que participaron diversos sectores, con distintas orientaciones ideológicas, teóricas y formaciones disciplinares²⁴. Un ejemplo del clima intelectual que ponía en discusión temáticas referidas al sector salud, se manifiesta en artículos publicados en diversas revistas. Una de las más significativas en nuestro país las constituyen los Cuadernos Médico Sociales, una revista de la ciudad de Rosario cuyo primer número data de 1978²⁵. Entre sus artículos puede trazarse el derrotero de una parte significativa de los temas referidos a salud que, más allá de la diversidad de temáticas, enfocaron la discusión sobre las políticas de salud, las características de diversos sistemas de salud (incluidos los distintos sectores que los componen) y las modalidades o criterios de gestión involucrados, y la industria farmacéutica y de medicamentos. Recuperaron la corriente de la medicina social y revisaron las perspectivas teóricas para el abordaje de la salud y la enfermedad, se analizaron las características de la formación de los recursos humanos en salud, y junto a las reflexiones que exploraban distintos padecimientos se incluyó el tema de las condiciones de trabajo y la salud de los trabajadores. Asimismo desde fines de la década de los 80 se organizaron en Capital Federal las Jornadas de APS y Medicina Social, un espacio de discusión sobre temáticas diversas en las que no estuvo ausente

introducía el debate sobre los modelos sanitarios, criticaba el énfasis en la enfermedad, la medicamentación y la mercantilización de la salud (Arbuatti, 2013).

²⁴ Como señala Almeida (2002), en el debate sobre la cuestión de la reforma del sector salud de las décadas de los ochenta y noventa, si bien se encuentran distintas orientaciones, existe una tendencia a pensar el problema como un proceso puramente técnico, en el que la "crisis en salud" es semejante tanto en los países centrales como en los dependientes. En éstos países, frente al diagnóstico de la "crisis de costos", se bregó por controlar el déficit público y disminuir los gastos sanitarios. En los países Latinoamericanos el diagnóstico de una crisis es posterior y viene de la mano de la crisis económica, el ajuste económico y el aumento de las desigualdades.

el debate sobre las reformas de los sistemas de salud, las ventajas y limitaciones de la atención primaria, los enfoques teóricos e ideológicos dominantes en la medicina, entre otros.

En el marco de este clima intelectual, la noción de participación en salud fue sometida a una fuerte revisión crítica. En este camino Belmartino y Bloch (1984), han señalado que es posible identificar dos modalidades de participación en salud de acuerdo a las funciones que desarrolla la población y a los objetivos de su actividad. Por un lado se ubican aquellas modalidades que buscan paliar las consecuencias de la retracción de las acciones del Estado y su incapacidad para brindar servicios de salud satisfactorios a la población; y por otro, el modelo de participación efectiva o emancipadora, considerada por los autores, como una instancia concientizadora y movilizadora a través de la cual se puede lograr la toma de conciencia respecto de los componentes extrasectoriales de la problemática de salud. En esta forma de entender la participación, se considera fundamental la vinculación entre participación popular, el Estado, la sociedad y la distribución del poder²⁶. Como señalan dichos autores *"la desigual distribución del poder en el interior de la sociedad se asocia con tres órdenes de factores: un conjunto de valores culturales e ideológicos que fundamentan y legitiman la estratificación, la división de funciones en el interior del Estado y sus aparatos políticos y tecno-burocráticos, y el control desigual sobre los medios de producción que conduce a un acceso diferencial a los bienes y servicios producidos por el sistema económico"* (Belmartino y Bloch, 1984:17).

En la década de los '90 la discusión sobre la participación toma un nuevo giro. Como señala Menéndez, "las organizaciones internacionales y especialmente el Banco Mundial desde fines del '80 y en particular durante los '90, utilizaron un discurso según el cual la participación social y el involucramiento de los conjuntos sociales, especialmente de los "pobres, marginales y vulnerables", es considerado decisivo para mejorar sus condiciones de salud y de vida, al mismo tiempo que lo que realmente se impulsó fueron acciones de Atención Primaria Selectiva que buscaron implementar la participación social como recurso para asegurar determinados objetivos específicos" (Menéndez; 2009:212).

²⁶ En salud, tres aspectos del poder surgían como significativos (el poder técnico, el poder administrativo y el poder político) siendo ejes centrales en una propuesta superadora que apuntaba a la democratización del saber (no entendido en la forma tradicional de programas de educación para la salud), la inclusión de la población beneficiaria en la toma de decisiones (definición de prioridades y programación de actividades en salud), y la organización del sector salud de forma tal que garantizara la democratización del poder político en el interior del sector (Belmartino y Bloch, 1984).

Varios autores²⁷ coinciden en señalar que la política de los organismos internacionales adquiere significancia en la medida en que ejerce una gran influencia en la política económica y social de los países dependientes. Ello es palpable si se considera que gran parte de la discusión en torno a la problemática del campo de la salud recoge los lineamientos expresados por dichos organismos.

Como señala Almeida (2002) el Banco Mundial tomó la delantera en el área social, creando un fondo para aliviar las consecuencias de los programas de ajuste y elaborando prescripciones para la reformulación de las políticas sectoriales. En particular, se realizaron análisis de indicadores sanitarios de diversos países evaluados según parámetros estrictamente económicos y estableció parámetros para un cambio en la política de salud a la cual finalmente adhirió la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Dos grandes temas, sin duda relacionados entre sí, sobresalen: la discusión en torno a la reforma de los sistemas de salud, y el reconocimiento de la importancia de la atención primaria de la salud y su componente participativo.

En cuanto al primero, es decir sobre la reforma de los sistemas de salud, el informe de 1993 del Banco Mundial contiene propuestas entre las que se destacan: fomentar un entorno que permita a las unidades familiares mejorar la salud, mejorar el gasto público en salud, y promover la diversidad y la competencia.

Se señala que las decisiones de las unidades familiares son determinantes de las condiciones de salud, y que esas decisiones se ven coartadas por los niveles de ingresos y educación de sus miembros. Frente a este cuadro de situación, se recomienda que los gobiernos ayuden adoptando políticas de crecimiento económico que beneficien a los pobres (incluidas las políticas de ajuste que preserven gastos de salud eficaces en función de los costos), aumenten las inversiones en educación, en particular para las niñas y promuevan los derechos y la condición de las mujeres.

Uno de los ejes de este planteo es que lo que *determina* las condiciones de salud de la población son las decisiones tomadas por las familias, y en particular por las mujeres²⁸. Siendo un problema de decisiones, la opción más clara asume la forma de la promoción de la educación. Sin embargo, las determinaciones del proceso de salud y enfermedad son mucho más vastas que una cuestión de "educación", y deben

²⁷ Morgan (1993); Grassi y Neufeld (1994); Repetto (2001); Almeida (2002) entre otros.

²⁸ Subyace aquí el conocido enfoque de la elección racional, que supone por un lado la existencia de intencionalidad en los individuos; por otro la existencia de un plan coherente que intenta la satisfacción neta de sus preferencias a la vez que pretenden minimizar los costes; y finalmente, la existencia de información parcial o imperfecta sobre las relaciones entre ciertas condiciones y sus consecuencias. Este tipo de enfoque ignora o disuelve la diversidad cultural al suponer que existen preferencias compartidas por todas las culturas que suponen además una única forma de conducta racional culturalmente neutra.

referenciarse en procesos histórico sociales²⁹. Las "decisiones" y las prácticas, construidas por los sujetos y los grupos sociales para atender la enfermedad y cuidar la salud, están contenidas dentro de un conjunto de posibilidades emergentes de las condiciones de vida de los conjuntos sociales y de las acciones emprendidas por el Estado, sea en forma positiva o por omisión.

El manejo de información aparece como la principal estrategia viabilizada por expertos que la transmiten. La población "informada" se transforma en responsable de su propia situación de salud o de enfermedad, sin que se discutan las condiciones de vida que determinan esa situación en particular. No es que la información sea desdeñable (efectivamente pautas de higiene y consumo de agua potable, por ejemplo, evitan ciertas enfermedades), el punto es que no se discuten acciones en términos de los determinantes estructurales. Tampoco se discute el accionar del Estado, por ejemplo por la debilidad de las políticas de prevención (pongamos el caso del HIV/SIDA, o el alcoholismo) o respecto de las condiciones insalubres de trabajo (desde el control respecto de contaminantes manipulados por los trabajadores o las jornadas de trabajo que superan las 8 hs. o los lugares en los que se desarrollan las tareas con condiciones edilicias y de seguridad defectuosas) que se podrían considerar como un impedimento central para el pretendido desarrollo de "hábitos saludables" o que hacen a la salud del conjunto de la sociedad.

Respecto de los restantes puntos, el informe de 1993 del Banco Mundial señala que, para muchos gobiernos, la principal tarea es concentrar sus recursos y atención en compensar las deficiencias del mercado y financiar servicios que benefician en particular a los pobres. Además se señala que el financiamiento estatal de medidas de salud pública y de un conjunto de servicios clínicos esenciales (definido a nivel nacional) haría que el resto de la asistencia clínica se financiara privadamente o mediante seguridades sociales, pudiendo alentar la diversidad y la competencia en la prestación de los servicios de salud.

Reformas inspiradas en estos lineamientos se han llevado a cabo en varios países de América Latina (ejemplos paradigmáticos los constituyen Chile, Bolivia y Colombia) que si bien muestran datos epidemiológicos interesantes (como por ejemplo la reducción de la mortalidad materno infantil), dejan en pie el problema de considerar la salud desde indicadores construidos casi exclusivamente bajo un paradigma biomédico. En los países latinoamericanos el aumento de las llamadas enfermedades del desarrollo (problemas cardíacos, muertes por accidentes o violencias, entre otras) y la reducción de las enfermedades asociadas históricamente a la pobreza ("transmisibles" por ejemplo) no necesariamente indican la eficacia de las fórmulas de

²⁹ Ver Laurell (1982)

la reforma en el campo de la salud. Indica mejoras en algunos aspectos (cantidad de vacunas administradas, descenso de la mortalidad infantil, mejoras en los reportes de enfermedades epidémicas -un capítulo aparte merecería el caso del HIV/SIDA-) pero quedan en un segundo plano las "condiciones de vida" de la población que constituyen el sustrato en el que se manifiestan y construyen los procesos de salud-enfermedad-atención. En otras palabras, la identificación de la enfermedad en términos biológico-científicos o epidemiológicos puede estar enfocando sólo una parte del problema. No constituyen datos menores sobre la salud de la población las preocupantes tasas de desocupación, o la creciente desigualdad que afecta no sólo a los sectores de bajos ingresos sino también a otros sectores y grupos que componen una estructura social. Estos procesos de desigualdad impactan en la vida de las personas y en su salud de manera estructural, de tal forma que si bien las acciones en materia de salud pueden generar procedimientos que repercutan en un acotamiento o disminución de ciertas enfermedades, ello no resulta equivalente a una mejora integral del estado de salud de las personas, enmarcado en ciertas condiciones de vida y teniendo como meta el desarrollo máximo de sus potencialidades.

Además del tema de la reforma de los sistemas de salud, el segundo punto que se destaca, remite a al cuestionamiento de la orientación del sistema de servicios hacia la atención médica reparativa de la enfermedad y la institución hospitalaria. Asociado a ello, diversos documentos sobre la problemática de la salud han reafirmado la importancia de la atención primaria de la salud (APS) y han sostenido el concepto de participación comunitaria. Ello no obstante, se enmarca en el hincapié de organismos internacionales en la necesidad de construir estrategias destinadas a los sectores sociales más desprotegidos.

Un ejemplo se encuentra en el informe sobre el desarrollo del Banco Mundial de 1997³⁰, en el cual se menciona un campo de acción para el Estado que incluye las políticas sociales destinadas a los más pobres (focalización) y suministrando bienes y servicios de carácter básico (con especial énfasis en educación, salud y nutrición). El informe plantea además la necesidad de lograr una mayor participación de la sociedad civil como elemento de contralor y gestión.

³⁰ En este informe se reconocen al menos dos estrategias para lograr una participación eficiente del Estado: acomodar la función del Estado a su capacidad sopesando cuidadosamente cómo y dónde invertir, y por otro lado, aumentar su capacidad mediante la revitalización de sus instituciones públicas: establecer normas y controles eficaces para las medidas estatales, luchar contra la corrupción, exponer a las instituciones estatales a una competencia que permita incrementar su eficiencia, mejorar el desempeño de las instituciones estatales y hacer que el sector responda más eficazmente a las necesidades de la población a través de la mayor participación y descentralización (Informe Banco Mundial, 1997).

Como señala Rabotnikof (1999) uno de los enfoques que incorporan a la sociedad civil en el discurso y el diseño de políticas por parte de los bancos multilaterales de desarrollo, es justamente el de la conceptualización de la participación como una innovación metodológica que redundaría en la sustentabilidad de los proyectos, garantizando mayor compromiso y legitimidad. A su vez, de la mano del tema del alivio a la pobreza, opera un deslizamiento conceptual por el cual las ONGs y las organizaciones comunitarias terminan siendo *la* sociedad civil.

Como contrapartida a la participación de la sociedad civil, el Estado debería descentralizar sus funciones y la provisión de bienes y servicios para fortalecer nuevos espacios de interacción. Junto a la idea de descentralización se incorpora la idea de focalización en materia de políticas: a mayor descentralización, mayor y más precisa debe ser la focalización. El Estado debe actuar exclusivamente para llegar a los sectores más pobres y excluidos.

Como señalan Grassi, Hitze y Neufeld (1994), uno de los principales puntos de la crítica dirigida a las funciones del Estado Benefactor apunta a las políticas universalistas, frente a ellas se subraya que la *equidad* supone una asistencia que llegue a quienes realmente lo necesitan³¹. Esto implica definir la "población objetivo" de los programas y constituir instancias no burocráticas y descentralizadas que garanticen la eficiencia del gasto social. Descentralización y participación aparecen como la fórmula que garantiza la eficacia y la racionalización del gasto³².

Para luchar contra la pobreza se propone una fórmula claramente liberal que termina por imponerse a pesar de los cuestionamientos³³: el fortalecimiento de los mercados y la retracción de la acción del Estado. Esta última queda reducida a la formulación y desarrollo de proyectos destinados a paliar ciertos "efectos negativos" de la propia reestructuración que afectan primordialmente a los grupos más pobres, hasta tanto el libre juego de las fuerzas del mercado subsane los problemas de inequidad. Asimismo se espera que el Estado asuma un conjunto de medidas para reducir los riesgos que podrían auyentar al capital: garantizar educación y salud

³¹ Spinelli y colab (2002) señalan que el concepto de equidad fue pensado en los países centrales en relación a la salida de las "políticas universalistas" asociadas al Estado Benefactor hacia la década de los '80 y que esta situación no es equiparable a las características de una estructura social como la de nuestro país. Esto debería llevarnos como mínimo a entablar la discusión contextualizando de qué equidad hablamos de cara a sociedades caracterizadas por una fuerte exclusión social.

³² En el área de salud, la descentralización no es un proceso nuevo en nuestro país. A partir de 1976 la dictadura militar impulsó una política de descentralización desde la jurisdicción nacional a la provincial y las partidas presupuestarias sufrieron un considerable recorte. Paralelamente el sector privado se vio fortalecido y aseguró su participación en las áreas más rentables (Belmartino-Bloch, 1985).

³³ Grassi, Hitze y Neufeld (1994) señalan que, considerando las conclusiones de la reunión de las Agencias de las Naciones Unidas den 1990, es posible distinguir al menos tres posturas en las Agencias Internacionales: 1) las que reconocen la necesidad del ajuste (UNICEF, PNED y CEPAL); 2) las que cuestionan las políticas de ajuste (SELA, FAO y PREALC/OIT); y las que no emiten una postura explícita (UNESCO y OPS).

básicas, promover los microemprendimientos familiares, focalizar recursos en los sectores de pobreza extrema, garantizar una infraestructura básica (agua potable, saneamiento), entre otros.

Lo que las agencias internacionales empiezan a considerar como prioritario son los aspectos sociales del ajuste y su repercusión sobre los grupos más vulnerables. El crecimiento de la pobreza (para muchos como consecuencia de la aplicación de políticas de ajuste, y para otros como una problemática adicional sin necesaria relación con éstas) y el aumento de las tensiones sociales llevan a discutir la implementación de políticas que compensen los efectos del ajuste. Esta discusión tiene estrecha relación con la preocupación por el posible condicionamiento a las políticas macroeconómicas en curso (Grassi y colab; 1994).

En este sentido, a partir de 1995, las agencias internacionales promueven préstamos de tipo *compensatorio*, para programas de corto plazo, destinados a paliar algunas de las consecuencias del "ajuste", y préstamos destinados a profundizar las reformas (Repetto, 2001). Ambos tipos de préstamos tienden a robustecer la viabilidad política del propio programa de reformas.

Se auspiciaron acciones como la creación de empleos públicos temporales, la provisión de servicios e infraestructura básicos (nutrición, salud, etc.), procesos de capacitación de mano de obra, créditos para microempresas, etc. En este marco, América Latina recibió Fondos Sociales que contaban con el apoyo financiero del BID y el BM, consistentes en transferencias limitadas guiadas por un enfoque altamente selectivo: la focalización. Este término alude a un conjunto de procedimientos por los cuales un programa elige uno o más grupos beneficiarios directos y canaliza selectivamente los recursos hacia ellos³⁴ (Ezcurra, 1998).

Las políticas sociales focalizadas apuntaban a asegurar un mínimo de servicios de primera necesidad, entre ellos, programas especiales de alimentación y de asistencia médica a niños y madres o centrados en zonas muy pobres, programas de educación elemental, de formación profesional para mujeres, etc. Con un cupo de aplicación limitado, los programas sociales focalizados, distribuyen sólo algunos servicios y movilizan recursos poco importantes (Salama y Valier, 1996).

Pero también en la década de los 90 emerge la discusión en torno al desarrollo sostenible. La postura neoconservadora dominante en los 80 bregaba por un saneamiento de la economía bajo los preceptos liberales, que produciría el desarrollo

³⁴ En los documentos del BM existe una distinción entre pobres y extremadamente pobres. Los primeros recibirían los efectos benéficos de las políticas económicas liberales (no son ellos los que recibirán políticas sociales), en cambio para los extremadamente pobres se proponen las "redes de seguridad" y las políticas sociales implementadas por los Estados (Salama y Valier, 1996).

económico y este, a su vez, permitiría una notable mejora en las condiciones de vida de la población. Cuando comienza a ser evidente que el mercado no garantiza por sí sólo el bienestar social, se apela a la necesidad de un marco regulatorio, sea éste un mecanismo de regulación como el utilizado por Japón en la posguerra (OFDE), la constitución de un pacto internacional (PNUD), o las propuestas específicas para los países de Latinoamérica desarrolladas por la CEPAL (Grassi y colab., 1994).

Junto a la preocupación por el desarrollo sostenible se discute la participación. Este creciente interés por la participación, que la hace depositaria de un cúmulo de bondades, aparece como la contracara de un proceso de creciente desigualdad y en parte expresa la necesidad de legitimación de un modelo que descansa sobre los principios liberales. Un claro ejemplo de estas nuevas preocupaciones se encuentra en el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo.

El PNUD apela al concepto de "desarrollo humano"³⁵, un desarrollo que promueva la equidad y sostenibilidad en el tiempo; con un Estado que asegure la justicia social, permitiendo que todas las personas puedan ampliar sus opciones y desarrollar plenamente sus capacidades. Por su parte, se señala que la exclusión social (que se percibe como amenaza a la gobernabilidad) hace necesarias nuevas articulaciones entre lo público y lo privado; y que todos los sectores de la sociedad (no sólo el Estado) deben asumir plenamente los procesos de construcción de ciudadanía y de desarrollo humano (Rivera, 2000). En el Informe sobre Desarrollo Humano publicado 1991 se puede encontrar una referencia central a la participación en relación al desarrollo humano. El desarrollo de las personas, por las personas y para las personas se asocia a la participación en la toma de decisiones, y en la planeación y aplicación de las estrategias de desarrollo en el marco de la equidad en las relaciones humanas para evitar restricciones a las oportunidades de otros. En el Informe de 1993 se rescata capacidad de la participación para la creación de sociedades más justas y se insiste en el aprovechamiento de las capacidades de las personas factible sólo si se logra una participación efectiva. Esta participación supone un conjunto de medidas, tales como la descentralización del poder, la organización de las personas en grupos comunitarios, de afinidad o interés, y la reformulación de las relaciones entre Estado y mercado con el fin de lograr eficiencia y solidaridad social (Rivera, 2000).

Por su parte, los organismos financieros (BID, BM) rescatan el papel de la participación en el desarrollo. Desarrollo participativo, fortalecimiento de la sociedad

³⁵ Este concepto es definido como "el proceso de ampliar la gama de opciones de las personas brindándoles mayores oportunidades de educación, atención médica, ingreso y empleo y abarcando el espectro total de opciones humanas, desde un entorno físico en buenas condiciones hasta libertades económicas y políticas". PNUD, 1992. En Grassi y colab (1994:44).

civil, empoderamiento de las personas, son términos cotidianos en el argot de los bancos (Banco Interamericano de Desarrollo, 1998; Banco Mundial, 1996). Desde la perspectiva de ambas instituciones la participación contribuye a la eficiencia, eficacia y a lograr costos menores en programas y proyectos. La "modernización del Estado" se plantea como un proceso complementario y recíproco de fortalecimiento de la sociedad civil³⁶. La consolidación de la democracia en Latinoamérica y el Caribe se asocia a la participación ciudadana y en particular al desarrollo de políticas públicas sensibles a las demandas, intereses y opiniones de los ciudadanos. La participación ciudadana contribuiría a la renovación de la legitimidad de las instituciones de la democracia a la vez que permitiría la reducción de conflictos entre distintos actores sociales.

Este tipo de preocupación por incentivar la participación ha opacado o desconocido, los procesos estructurales en cada contexto sociohistórico. Se apela a la participación, a la redistribución del poder, en un contexto en el cual existen límites que pueden adjetivarse de estructurales, es decir, límites que expresan intereses sectoriales que introducen cotos a las posibilidades concretas de lucha por la distribución del poder³⁷. Como señalara Morgan (1993:126) la participación de la comunidad "es una metáfora para discutir la estructura de poder de una sociedad".

En particular, el contraste entre el discurso democrático que realza la participación política, y la exclusión económica que limita o directamente impide la inclusión, surge la crisis del espacio público-político democrático. En este escenario las reglas formales de participación pueden ser rechazadas o aceptadas a medias. El fortalecimiento de la sociedad civil, una cultura de la ciudadanía y el sentido de responsabilidad social no se alcanzan automáticamente con la vigencia de la democracia política (Jelin, 1996:61), y para discutir y analizar sus potencialidades y

³⁶ En el mencionado documento del BID, el concepto de sociedad civil abarca a los ciudadanos que actúan tanto individualmente como a través de grupos comunitarios y otras organizaciones, a veces con poca o ninguna estructura formal (en otras palabras, va más allá de las organizaciones que la caracterizan como ser organismos no gubernamentales, sindicatos, partidos políticos, gremios empresariales, organizaciones comunitarias, entidades académicas, etc). Por otra parte se asocia la participación a la divulgación de información (contribuye al entendimiento y aceptación de actividades), la consulta (para identificar y considerar preferencias de los distintos grupos), la participación durante la ejecución y evaluación (permite que los beneficios lleguen a grupos usualmente excluidos, a fortalecer capacidades de los interesados, reducir costos, aumentar el sentido de propiedad de las actividades por parte de los participantes) y la resolución de disputas.

³⁷ En este sentido, es necesario preguntarse por la concepción de poder que se solapa detrás de la apelación a la participación. Ingenuo sería pensar que representantes de distintos estratos y grupos sociales, con intereses contradictorios y posiblemente opuestos, puedan negociar en un plano de igualdad para la búsqueda de consenso. Existirán a lo sumo, consensos cambiantes e inestables y distintas posibilidades de participación asociadas a relaciones de poder e intereses disímiles. Las diversas formas de participación, construidas social e históricamente suponen modalidades y mecanismos de participación que deben ser referenciados recuperando las particularidades socio-históricas que les son constitutivas sin perder de vista los procesos de desigualdad.

limitaciones es necesario ubicar en primer plano la realidad de la pobreza y la exclusión.

De acuerdo con Jelin (1996) en los países Latinoamericanos el retorno de la democracia junto con el neoliberalismo dieron pie a una "democratización con ajuste" que puso en primer plano la pregunta sobre qué sucede cuando aunque exista una democracia política, y se goce de derechos civiles y políticos, no se garantizan las condiciones básicas que aseguran la posibilidad de ejercer esos derechos. En respuesta al neoliberalismo, muchos coinciden en que los derechos económicos son una condición para la vigencia de otros derechos. La pobreza y la indigencia implican la negación de derechos fundamentales, de derechos humanos y en Latinoamérica los procesos de desigualdad no constituyen un fenómeno pasajero sino un proceso de marginalización estructural que obstaculiza la vigencia de derechos fundamentales y compromete, aunque claramente no impide, las luchas sociales. Los grupos subordinados históricamente han pertenecido a una comunidad social y política, y han sido las luchas sociales las que permitieron ganar el espacio sociopolítico, pero también hay que considerar que para luchar es necesario que se constituyan actores colectivos y esto sólo es posible si existe un mínimo de recursos y capacidades "tanto en el sentido material como en el de la pertenencia a una comunidad y el la capacidad de reflexión involucrada en la construcción de identidad" (Jelin, 1996:61). Esto es necesario para que los procesos de descontento y resistencia lleguen a convertirse en movimientos colectivos.

Es así que la discusión en torno a la participación también encuentra importantes vinculaciones en relación al concepto de ciudadanía. Un concepto que a partir de los '90 ha cobrado relevancia en el marco de la reflexión en torno a las políticas públicas. La ciudadanía responsable ha sido objeto de reflexión y exaltación tanto por la izquierda como por la derecha aunque, claro, sus implicancias difieren enormemente. Como señalan Kymlicka y Norman (1997), durante mucho tiempo el concepto de ciudadanía fue entendido desde una perspectiva básicamente pasiva anclada en el conjunto de derechos civiles, políticos y sociales característicos de la sociedad burguesa y que se fueron constituyendo desde el S. XVIII.

El concepto de ciudadanía entendida como condición legal, es decir, la plena pertenencia a una comunidad política, ha tenido como principal exponente a T. H. Marshall³⁸. Para este autor, la ciudadanía consiste en lograr un número creciente de derechos (civiles, políticos y sociales) para los individuos. Debido al énfasis en los

³⁸ Su posición aparece claramente desarrollada en "Citizenship and Social Class" escrito en 1949.

derechos y a que no se considera el plano de la participación en la vida pública, a esta concepción se la ha denominado "pasiva".

Según esta perspectiva, la ciudadanía consiste en un status particular que atribuye derechos y deberes. Su consolidación se vincula a las transformaciones producidas a partir de la revolución industrial y a las clases sociales surgidas con ella. A partir de entonces, es posible distinguir tres fases o etapas, la última de las cuales corresponde a la *ciudadanía social*. Esta consiste en el derecho a tener un nivel adecuado de educación, salud, habitación y seguridad social, de acuerdo a los estándares prevalecientes en cada contexto particular (Repeto, 2001). La ciudadanía social está estrechamente vinculada a la consolidación del Estado de Bienestar.

De acuerdo a lo señalado por Kymlicka y Norman (1997), dos tipos de cuestionamiento han surgido respecto de la ciudadanía social. La derecha ha atacado sobre todo la idea de que los derechos sociales (vinculados al Estado de Bienestar) habrían promovido la pasividad, sobre todo entre los más pobres. Señalan que la precondition para constituirse como miembro pleno de la sociedad es la satisfacción de ciertas obligaciones, en particular en lo que se refiere a las propias necesidades económicas con la responsabilidad de ganarse la vida. Según esta postura el esfuerzo/responsabilidad por autoabastecerse habría sido desalentado por el Estado de Bienestar, y debería recuperarse. Bajo estas premisas se promovieron (durante la década de los '80) programas en los cuales se exigía una actividad laboral en contrapartida de los beneficios obtenidos por las políticas sociales. Esta postura recibió vastos cuestionamientos, entre los que pueden señalarse el desconocimiento de la importancia del impacto de la reestructuración económica a nivel mundial, o el hecho de que en los países donde más se ha desarrollado el Estado de Bienestar se han registrado las tasas más bajas de desempleo.

La izquierda en cambio defiende el principio de que una ciudadanía plena requiere derechos sociales y para que las personas sean miembros plenos y participativos de la vida social, sus necesidades básicas deben estar satisfechas. Muchos reconocen que algunas de las instituciones del Estado de Bienestar promueven la pasividad y la dependencia, y en este sentido el principio de responsabilidad personal y de obligación social siempre constituyó un punto importante para el socialismo. Ciudadanía implica entonces tanto derechos como responsabilidades, pero sólo se puede exigir el cumplimiento de responsabilidades una vez asegurados los derechos. Para no caer en la concepción pasiva, se propone descentralizar y democratizar el Estado de Bienestar, de allí que se promueva el apoyo a la participación democrática en la administración de los programas sociales (Kymlicka y Norman; 1997).

En este estado de la discusión³⁹, la concepción de ciudadanía parece poner en primer plano la idea de relación entre derechos y responsabilidades. Una pregunta que surge entonces es dónde se construye esa relación que debería manifestar equilibrio. Las respuestas son variadas pero pueden identificarse tres grandes lineamientos. La derecha apuesta al mercado y al sistema educativo; ciertos sectores de la izquierda enfatizan la importancia de la actividad política para aprender la participación y la tolerancia; y en los '80 se enfatizó la importancia de las organizaciones voluntarias de la sociedad civil (Kymlicka y Norman; 1997)⁴⁰.

Puede señalarse entonces que a partir de la década de los 90 a la par que se re-instala y difunde la apelación a la participación, va adquiriendo cada vez mayor relevancia el concepto de ciudadanía, especialmente entrado el nuevo milenio. Esto a su vez en cierto sentido desplaza de la discusión en salud otro concepto asociado a la APS que había cobrado relevancia en los 90, esto es, la apelación a la comunidad que, como señala Bang (2011), comparte el problema de la polisemia junto al concepto de participación. Cobra relevancia entonces el denominado *enfoque de derechos*, y en salud, se comienza a discutir el derecho a la salud enmarcado en los derechos humanos.

En este sentido Abramovich y Pautassi (2006) señalan que existe un creciente consenso en América Latina en relación con la necesidad de pensar a las políticas públicas en general, y a las políticas sociales en particular, como parte de las obligaciones estatales para el cumplimiento efectivo de los derechos humanos. Este enfoque supone considerar parámetros mínimos de dignidad de los cuales es responsable el Estado y puede considerarse como parte de la construcción de nuevas

³⁹ Conforme se reflexiona respecto del surgimiento de "nuevos" actores colectivos el concepto de ciudadanía se enriquece con la perspectiva de la construcción de identidades colectivas. Puede pensarse en la línea de Kymlicka, W. y Norman, W. (1997), en el sentido de que la ciudadanía es también una identidad, la expresión de la pertenencia a una comunidad. Durante mucho tiempo la preocupación por la integración social estuvo pensada desde la situación de las clases trabajadoras y los obstáculos que explicaban la exclusión como la educación y recursos económicos. En la actualidad ha quedado claro que muchos grupos (por ejemplo grupos religiosos, gays, mujeres, etc.), a pesar de poseer los derechos comunes propios de la ciudadanía y no sólo a causa de su situación socioeconómica, se sienten excluidos de la "cultura compartida". Esto ha llevado a considerar la noción de "ciudadanía diferenciada" que desafía la concepción universal de ciudadanía.

Se trata de un punto que pone en primer plano la tensión entre universalidad y respeto a la diversidad. Afirmar que todos los seres humanos son iguales por naturaleza (concepción basada en el derecho natural), cuenta con efectividad política, en tanto permite combatir formas de discriminación, afirmar la individualidad y poner límites al poder. Pero también conlleva riesgos, puede llevar a una formalización excesiva de los derechos aislándolos de las estructuras sociales en que existen y cobran sentido. El feminismo en particular ha puesto en evidencia la tensión entre el principio de igualdad y el derecho a la diferencia, no se trata de tomarlos como posiciones irreductibles sino de considerar la igualdad de derechos en contextos de relaciones sociales en los que existen diferencias, entre ellas las de poder y marginalización (Jelin: 1996).

⁴⁰ Kymlicka, W. y Norman, W. (1997) llaman la atención sobre la escasa aplicación de la teoría acerca de la ciudadanía a cuestiones de política pública y la falta de radicalidad en las propuestas de promoción de la ciudadanía; como resultado no existen criterios que permitan distinguir formas legítimas e ilegítimas de promoción de la ciudadanía responsable y muchos trabajos se reducen a la trivialidad apelando a la amabilidad y reflexión de la gente para lograr un mejoramiento de la sociedad.

coordinadas superadoras de las fracasadas políticas focalizadas de los ochenta y noventa.

La participación a inicios del nuevo milenio y el post-neoliberalismo.

En América Latina la "crisis del Estado de Bienestar", el avance del neoliberalismo, y la posterior redefinición en pos de sociedades más inclusivas, ubica a los principios legitimadores de la democracia cara a cara con los procesos de desigualdad que obturan el goce de los más básicos derechos civiles y políticos.

Progresivamente toma impulso el enfoque de derechos que ubica al derecho internacional en el escenario de las discusiones, especialmente en lo referido a las obligaciones para el Estado. El derecho internacional y nacional, se constituye en un referente en tanto se postula como marco normativo a ser tomado en consideración por los estados en el campo específico del diseño y ejecución de las políticas públicas.

Como señala Abramovich (2006), los instrumentos internacionales fijan estándares encaminados a orientar las políticas públicas, los que luego van a ser la norma en que se basarán las intervenciones para verificar si las políticas y medidas adoptadas se ajustan o no a ellos (por ejemplo, estándares de "razonabilidad", "adecuación", "progresividad" o "igualdad", o de contenidos mínimos que pueden venir dados por las propias normas internacionales que establecen derechos).

Justamente uno de los problemas que entran en agenda es la falta de correspondencia entre compromisos asumidos formalmente y la realidad que transitan las personas. Pautassi (2008) señala que un dilema de los gobiernos de los países latinoamericanos es la relación entre las obligaciones que les corresponden en los mandatos de sus constituciones políticas, y los compromisos incluidos en los pactos y tratados internacionales, en relación al conjunto de políticas vigentes no totalmente respetuosas de los derechos humanos. Para la autora uno de los desafíos consiste en que las políticas de desarrollo procuren la plena realización de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. Según la autora a diferencia de los programas sociales de tipo "focalizado" se debe avanzar en la consideración de las personas como titulares de derechos y políticas sociales universalistas y es necesario que la revisión y diseño de políticas con enfoque de derechos se realice en base a un debate "público y participativo" por parte de la ciudadanía, ya que de este modo ésta podrá dar cuenta de sus demandas en relación con las políticas propuestas.

González Plessmann (2008) entiende las políticas públicas con enfoque de derechos humanos como la articulación racional de acciones y omisiones del Estado y los resultados orientados a la realización de derechos de la población y basadas en:

- a) las obligaciones contraídas voluntariamente por el Estado a través de instrumentos de derechos humanos y su interpretación. Se trata de los tratados internacionales y normas promulgadas internamente que implican los compromisos a cumplir con los pueblos que delimitan el contenido de los derechos y definen los medios para que se hagan efectivos. A su vez, refiere al poder de los sujetos para hacer y/o disponer y exigir bienes y servicios que satisfagan las necesidades de vida digna. En políticas públicas, supone reconocer la capacidad de disponer y exigir por parte de las personas/grupos. La obligación vital de toda política pública con enfoque de derechos humanos es la no discriminación y esto debe estar reflejado no sólo en las leyes y prácticas que afectan de manera negativa a los pueblos sino también deben adoptar medidas que reviertan la discriminación que existe en las sociedades.
- b) la participación de la sociedad en los problemas, necesidades y déficit de derechos, el diseño de monitoreo y evaluación de las políticas. Se asume especialmente la importancia de la participación de quienes son las principales víctimas de violación a sus derechos en el marco de la democratización permanente de la sociedad y el Estado. Asimismo, la participación es un apoyo a la efectividad de las políticas y a la legitimidad de las mismas y constituye un derecho humano. Las políticas públicas con enfoque de derechos humanos no son neutrales, sino producto de relaciones de poder que existen dentro del Estado y en la sociedad, donde se imponen (en ocasiones con resistencias) ciertas visiones, sectores y proyectos que no necesariamente son los de las mayorías.

Según este autor el enfoque de derechos humanos se caracteriza por no subordinarse a la economía sino al bienestar de las personas y pueblos; privilegiar la participación de los sectores estructuralmente discriminados que son las principales víctimas de violación a sus derechos, por su posición subordinada en las relaciones de poder en el Estado y la sociedad; plantear un proceso de democratización permanente de la sociedad y el Estado en los ámbitos político, socioeconómico y cultural; suponer un Estado fuerte, con legitimidad para intervenir en la vida económica, social y cultural (González Plessmann; 2008).

Como señala Abramovich (2006), para el enfoque basado en derechos el reconocimiento de la relación directa entre el derecho, la obligación correlativa y la

garantía, tiene implicancias en el establecimiento de un marco conceptual para la formulación e implementación de políticas públicas y de mecanismos de rendición de cuentas o responsabilidad. Exige identificar mecanismos de seguimiento y responsabilidad que involucren a los actores del proceso de definición de políticas. La materialización de los derechos humanos en el marco de las políticas y estrategias de desarrollo puede alcanzarse por caminos diversos. Esos derechos no siempre imponen acciones concretas, sino tipos de obligaciones que constituyen un marco para las definiciones, dejando al Estado o a los sujetos obligados un amplio espacio de discrecionalidad para elegir las medidas específicas destinadas a efectivizarlos.

Para Abramovich (2006), los principales principios de las políticas de desarrollo abarcan: *el principio de inclusión y los estándares sobre igualdad y no discriminación* (no sólo se requiere del Estado una obligación de no discriminar, sino también la adopción de medidas afirmativas para garantizar la inclusión de grupos o sectores de la población discriminados). Aquí, el sistema interamericano avanzó hacia un concepto de igualdad material o estructural que parte del reconocimiento de que ciertos sectores de la población requieren medidas especiales de equiparación. Esto implica la necesidad de dar un trato diferenciado cuando, por las circunstancias que afectan a un grupo en desventaja, la igualdad de trato supone coartar o empeorar el acceso a un servicio o un bien, o el ejercicio de un derecho. El concepto de igualdad material es una herramienta de enormes potencialidades, tanto para examinar las normas que reconocen derechos como para orientar las políticas públicas que pueden garantizarlos o que a veces pueden afectarlos

Otro de los principios es el de *participación y su relación con los derechos civiles y políticos*, que es clave en las estrategias y políticas de desarrollo como un método para identificar necesidades y prioridades a nivel local o comunitario. Hay que destacar que la participación política en el marco de un proceso democrático va más allá de la existencia de un sistema institucionalizado de elecciones periódicas y limpias. Es fundamental ejercer otros derechos que son requisitos para que un proceso democrático funcione (el derecho de asociación y de reunión; la libertad sindical; o la libertad de expresión y el derecho de acceder a la información). La posibilidad real de poner en práctica tales derechos determinará que los sectores más pobres puedan influir en los procesos políticos y en la orientación de las decisiones gubernamentales, pero estará a su vez condicionada o limitada por el grado en que esos sectores estén en condiciones de hacer efectivos sus derechos económicos, sociales y culturales. Para incluir a todos los sectores de la sociedad en los procesos políticos y sociales de desarrollo se requiere como herramienta fundamental un adecuado acceso a la información pública y un caudal de información disponible que

brinde elementos para evaluar y fiscalizar las políticas y decisiones que los afectan directamente (Abramovich, 2006).

Por último, *el principio de rendición de cuentas y responsabilidad y los mecanismos para hacer exigibles los derechos*. La lógica de los derechos implica necesariamente que existan mecanismos para hacerlos exigibles, ya que contribuyen a reforzar los espacios de fiscalización de las políticas, los servicios públicos y las acciones de los gobiernos y de los actores sociales involucrados en las estrategias de desarrollo. Cuando se habla de mecanismos para hacer exigibles los derechos no se hace referencia sólo a los sistemas de administración de justicia. Se incorporan los procedimientos administrativos de revisión de decisiones y de fiscalización ciudadana de las políticas, los espacios de reclamo para usuarios y consumidores, las instancias parlamentarias de fiscalización política o las instituciones especializadas que resguardan derechos fundamentales. El Estado tiene la obligación de no impedir el acceso a esos recursos y también la obligación de organizar el aparato institucional de modo que todos, y en especial quienes se encuentran en situación de pobreza o exclusión, puedan acceder a esos recursos. Para eso deberá eliminar los obstáculos sociales o económicos que impidan o limiten el acceso a la justicia, brindando asesoramiento jurídico o estableciendo sistemas que eximan de gastos (Abramovich, 2006).

En particular en el campo de la salud, el enfoque de derechos comienza a formar parte de los puntos a debatir entrando en consonancia con los debates más amplios sobre las políticas públicas.

Como indica Ase (2009) para 2006, el Consejo Económico y Social de Naciones Unidas asocia el derecho a la salud a un sistema de salud eficaz e integrado, accesible para todos que incluye: a) la atención de la salud (en respuesta a prioridades nacionales y locales); b) la transformación de los determinantes de la salud (saneamiento, agua potable, educación en materia de salud); c) la garantía de accesibilidad para todos; d) la participación inclusiva, documentada y activa de la comunidad; e) la elaboración de un plan integral para las diversas enfermedades.

El documento sobre la renovación de la APS en las Américas (2007) reconoce un enfoque de salud y derechos humanos superador de los enfoques previos. En él la salud se define como un derecho humano y se apela a la necesidad de afrontar los determinantes sociales y políticos de la salud. En particular (como se verá más adelante) el documento en cuestión se estructura bajo la consideración del enfoque de derechos.

Ahora bien, este tipo referencia normativa no debe hacer olvidar las condiciones en las que las personas tienen la posibilidad de ejercer su derecho a la salud. Como señalan Pautassi y Abramovich (2006) no es suficiente ser poseedor de un derecho, ni el reconocimiento discursivo del mismo, sino que deben existir las condiciones objetivas que hagan posible su pleno ejercicio. Adquiere particular relevancia la consideración del contexto de relaciones sociales específicas en las que el derecho a la salud se inscribe, un contexto en el que sobresalen los procesos de desigualdad y de diferenciación.

Esto es particularmente significativo si se considera el campo de la salud. No es infrecuente, ni novedosa en términos temporales, la idea de equilibrio entre derechos y deberes en el que suele enfatizarse sobre todo el segundo elemento. Así se han subrayado las responsabilidades individuales más que los derechos de los sujetos y el contexto de relaciones sociales en que se inscriben.

Este énfasis que ubica en la mira al individuo puede llevar a la responsabilización por su estado de salud o enfermedad. El recuerdo de las dos gotas de lavandina para combatir el cólera, constituye un ejemplo descarnado de un tipo de responsabilización que recae sobre los grupos más vulnerables. La "causa" de la difusión y el contagio del cólera no se ubica meramente en una cuestión de higiene personal o de los hábitos saludables de las personas, sino que fundamentalmente se vincula a la omisión del Estado en el área de saneamiento básico, lo cual repercute en la salud colectiva⁴¹. Difícilmente podamos responsabilizar a los individuos si no se garantiza el saneamiento básico y sólo se efectúan acciones en materia de difusión de hábitos saludables. De lo contrario sólo se vislumbra una parte del problema y se justifican los vacíos producidos en el retroceso del accionar del Estado. La responsabilización individual ha sido útil además a ideologías que dejan a los individuos librados a su suerte, conforme a las máximas de libre albedrío del liberalismo más conservador combinadas con cierto darwinismo social.

La responsabilidad no puede ser planteada en términos abstractos o individuales, desvinculada de los procesos generales que explican las características de una estructura social y de los procesos específicos de interacción entre los grupos sociales. Todo sujeto se constituye dentro de relaciones sociales, y desarrolla un conjunto variable y cambiante de relaciones, se integra/se aparta de diversos grupos y actividades, se construyen relaciones de colaboración, ayuda mutua, pero también de competencia, conflicto o lucha. A su vez se enfrenta a estructuras sociales que no puede modificar por voluntad, hay procesos estructurales que fijan condiciones de

⁴¹ Ya en Inglaterra a inicios del S. XIX, J. Snow, identificó las causas del cólera y el Estado intervino en lo que constituyó una de las primeras políticas públicas en el campo de la salud colectiva

posibilidad y límites; dicho en otras palabras, los procesos de desigualdad operan condicionando la vida de las personas (más allá de que se puedan construir posiciones y acciones en pos del cambio revolucionario).

Habría que llamar la atención además sobre la relación entre responsabilización individual y empoderamiento. Más allá de que el término asuma distintos contenidos de acuerdo a los contextos de discusión, en salud puede asociarse a un proceso de individualización de problemas sociales. Esto es particularmente crítico cuando el empoderamiento se asocia a los procesos de toma de decisión “informados”, es decir, aquellos en los que los sujetos manejan adecuadamente un conjunto de información aceptable y científicamente fundada sobre la salud-enfermedad.

Como señalan Enrí y Staffolani (2010) se asume un “proceso de empoderamiento” a través de la información aislado de la construcción socio-cultural en que se encuentra inmerso. De esta manera, en nombre de la promoción y la prevención en los programas de salud se pretende “redireccionar la subjetividad, la moral y la vida” como si los hábitos de las personas fueran meras decisiones individuales carentes, además, de consecuencias. Por otra parte es posible pensar que tradicionalmente en los programas el médico fue el principal responsable de ejercer control sobre las enfermedades, los individuos y la comunidad. En la actualidad en cambio los “cambios de hábitos” y el logro de conductas saludables descansa sobre equipos interdisciplinarios en tanto actores capaces de interpelar las subjetividades de los pacientes para procurar/ayudar a su empoderamiento.

Así como el individuo es concebido como responsable de su salud, el enfermo es responsabilizado de su enfermedad. En términos generales, estas concepciones se han ido construyendo en un largo proceso histórico configurando la imagen dominante del individuo moderno. Desde el siglo XIX en los países capitalistas, el cuerpo sano se transformó en signo del rendimiento individual (que permitía distinguir a los "triunfadores" de los "fracasados") y las intervenciones (médicas y morales) en nombre de la salud asumieron la función de disciplinamiento del individuo. Para la identidad moderna la salud expresa connotaciones metafóricas acerca de lo que son las personas que reúnen atributos valorados positivamente (asociados a construcciones de clase y género), distinguiéndolas de aquellas valoradas negativamente y que por tanto requieren supervisión, guía o reforma (Crawford, 1994)⁴².

⁴² No es un tema novedoso el de la relación entre disciplinamiento social y las características del modelo médico hegemónico. Es justamente en el siglo XIX, en el contexto de surgimiento y consolidación del capitalismo, que la salud se transformó en un asunto de investigación científica y de la práctica médica, y en objeto de políticas públicas. En este contexto, la salud, garantizada por un cuerpo disciplinado con hábitos regulares, se transformó en un arma contra la pasión y el desorden individual y social, y fue útil

La salud y la enfermedad pueden ser consideradas entonces como parte de la problemática de la cohesión/control social, y por lo tanto adquieren relevancia en lo que se refiere a los procesos de desigualdad social. Si la salud pública hace al sostenimiento de la cohesión y el orden social, cuando el Estado repliega su campo de acción, esta queda relegada a una cuestión de acciones individuales construidas mediante recursos "propios" a lo sumo con la guía adecuada de los expertos en la materia. ¿Qué acciones y qué recursos pueden desplegar los sectores más vulnerables?. Una respuesta frecuente en el sentido de la responsabilización es la de "informarse" para prevenir estados de enfermedad. ¿Informarse cómo, en qué condiciones, bajo qué presupuestos y saberes específicos?.

La participación de la comunidad en salud puede ser tomada como solución en el sentido de generar pautas para cambios meramente individuales. Es así cuando se reduce a convocar a la población a charlas "concientizadoras" expuestas por especialistas médicos o profesionales de disciplinas vinculadas a la salud. En este panorama bastante habitual, abundan las charlas que recorren temáticas cada vez más amplias generalmente definidas por los propios especialistas del campo de la salud: educación sexual y prevención de enfermedades de transmisión sexual, amamantamiento, controles de salud y vacunación de los niños, en menor medida cuestiones relativas a la "violencia doméstica", etc. El silencio sigue alzándose en torno a los padecimientos asociados a las condiciones de trabajo o a la desocupación, o al rol del Estado al generar y sostener condiciones de habitabilidad dignas (servicios básicos, recolección de basura, control sobre la eliminación de residuos tóxicos o contaminantes, poda de pastizales, control sobre la población de ratas, etc.).

¿Es posible suponer entonces que la información y los saberes que actualmente detenta la medicina y las disciplinas afines, que actúan como marco y justificativo de las acciones que se emprenden, no tengan ninguna utilidad de cara a los procesos estructurales implicados en las situaciones de pobreza y vulnerabilidad y consecuentemente relativos a las situaciones de salud-enfermedad de los conjuntos sociales? Lejos de desestimar sus aportes, se trata más bien de señalar algunas de sus limitaciones simplemente porque se trata de construcciones sociales inscriptas en procesos mayores.

Si los procesos de salud-enfermedad-atención deben ser concebidos como procesos estructurales referidos a condiciones histórico-sociales concretas, la salud y

para desarrollar hábitos y la disciplina necesarios en la nueva industria. Tanto para el Estado como para la industria el ideal era el cuerpo sano, disciplinado y adecuado para constituirse como "recursos humanos" para el trabajo en la industria y el comercio. El control del cuerpo se transformó en parte esencial de la identidad burguesa naturalizando las concepciones sociales y morales de la burguesía dominante. Por su parte la medicina se constituyó como ciencia definiendo al cuerpo como su objeto y el mantenimiento o restauración del normal funcionamiento del cuerpo como su objetivo (Crawford, 1994).

la enfermedad pensadas como proceso y como fenómeno colectivo, ponen en juego el replanteo de categorías de análisis y formas de intervención de cara a la complejidad de los propios problemas sociales. Y ello incluye tanto a la atención primaria como a la participación de la comunidad en salud.

Como señala Morgan (1993) entre los múltiples contenidos del concepto de participación comunitaria, en un extremo se ubica una concepción que apunta a cuestionar y redefinir la estructura de poder dominante, en el otro, un medio para que la población, especialmente los pobres, asuman los costos de la infraestructura en salud y sean responsables de su salud y sus propios padecimientos. En salud, esto es crucial para comprender el marco en el cual se generan las políticas que apelan a la participación de la comunidad.

Como señala Ugalde (2006), la pregunta de ¿por qué deben participar las comunidades?, tiene respuestas diversas (en parte asociadas a la forma en que se defina la participación), y pueden reconocerse al menos varias posiciones, algunas de las cuales pueden converger. Una que ubica la participación como necesaria, por razones funcionales, frente al fracaso de los proyectos de desarrollo en el Tercer Mundo y de los proyectos de bienestar para los pobres en los países industrializados. Para esta posición, la participación (visible en particular en la propuesta de la descentralización del proceso decisorio para invertir la lógica de la planeación vertical) permite superar situaciones por las cuales proyectos “técnicamente” correctos han sido rechazados o han sido utilizados de formas diferentes a las previstas. La segunda posición refiere a razones económicas que recuperan la idea de la participación con el objetivo de abaratar costos. En esta posición convergen desde los economistas liberales hasta actores y sistemas políticos comprometidos con el bienestar de los más pobres. Una tercera posición impulsa la participación comunitaria como mecanismo de control de los servicios de salud a nivel local, particularmente para atacar los abusos de los proveedores. En esta posición también convergen ideologías opuestas, los que pugnan por la disminución de las funciones del sector público y los que pugnan por el incremento de poder de los usuarios (Ugalde, A. 2006).

A manera de síntesis:

En sociedades como la nuestra el proceso de salud-enfermedad expresa los procesos de desigualdad propios de las sociedades de clases. De este modo, las formas de vivir, morir, perder y restablecer la salud, de los conjuntos sociales, se encuentran determinadas por las condiciones de vida y de trabajo, inescindibles del contexto histórico social en el que se inscriben.

Frente a estos procesos, y en términos históricos, las relaciones de clase han determinado respuestas desde las organizaciones del Estado que garantizan (en grados variables) ciertas condiciones de reproducción social. Las acciones del Estado (entre las que puede ubicarse la omisión de acciones frente a ciertos problemas) han sido y son cambiantes, en sintonía con las contradicciones propias de los intereses de clase contrapuestos (que implican tanto disensos como consensos dinámicos).

Al considerar a las políticas sociales y, dentro de ellas, las políticas de salud como constitutivas del proceso de producción y reproducción social, aquellos rasgos que se identifican como representativos de distintos momentos históricos resultan una referencia ineludible al considerar las acciones concretas desplegadas por distintos organismos del Estado para responder a aquello que se construye como un problema social. Las políticas sociales aseguran ciertas precondiciones socioestructurales para el mantenimiento y reproducción de la fuerza de trabajo (regulación del proceso de proletarización) y al construirse en el marco de la relación capital-trabajo suponen relaciones de fuerza en las que emergen las demandas e intereses contrapuestos de las dos clases fundamentales. Los gastos sociales (proyectos y servicios que además permiten mantener ciertos niveles de armonía social) son constitutivos de la función legitimadora del Estado, de tal manera que acumulación y gasto social se unen en un proceso contradictorio y dinámico. Es así que las políticas en salud, históricamente han contribuido tanto al mantenimiento y reproducción de la fuerza de trabajo como a asegurar ciertos grados de consenso y legitimidad en los distintos momentos en los que es posible distinguir cambiantes correlaciones de fuerza entre las clases sociales. De esta manera, tanto las características del sistema de atención médica como las acciones que impactan en las condiciones de vida de la población y por ende en los procesos de salud enfermedad deben ser descritos y analizados a la luz de los procesos sociohistóricos en los que se inscriben. Para nuestro país, pueden distinguirse distintos momentos en el modelo de acumulación, que suponen redefiniciones en las relaciones de fuerza sociales y consecuentemente en la organización del sistema de atención médica, la prestación de los servicios de salud y las políticas en salud.

En el sector salud, a partir de mediados de la década de los setenta, se generan transformaciones en el sistema de atención de la salud que entran en sintonía con un modelo de sociedad con fuertes rasgos excluyentes. A su vez, si bien es posible identificar una reestructuración con posterioridad a la crisis de 2001 no parece haberse avanzado hacia modificaciones muy significativas.

A partir del golpe cívico-militar de 1976, se consolida una tendencia de desfinanciamiento de los servicios estatales de salud que con recursos disminuidos

deben hacer frente a una demanda creciente (por parte de personas sin obra social o que no podían hacer frente al pago de co-seguros) relacionada con la transformación del aparato productivo y la crisis de las obras sociales (intervenidas y progresivamente desfinanciadas). Paulatinamente se deja de lado la concepción de la salud como un derecho y se transforma en un bien de mercado a la vez que se consolida la oferta de servicios de la medicina privada. A partir de la década de los 80 y en especial en los 90 se cuestiona el papel subsidiario del estado respecto del sistema de obras sociales (en particular a través de la atención de afiliados en el sistema público) cuya capacidad financiera se ve afectada por el aumento de los costos, la caída del salario y la disminución de aportantes. Se ensayan fórmulas de reestructuración de los servicios públicos entre las que sobresalen intentos de transformar la modalidad de gestión financiera de los hospitales (los Hospitales Públicos de Autogestión), se profundiza la transferencia de efectores nacionales a las jurisdicciones provinciales (conocida como descentralización hospitalaria y que se iniciara a mediados de los 70), se implementan políticas focalizadas, se privatizan servicios asociados a la atención médica en los hospitales, se estancan los salarios de los profesionales y auxiliares. Se intenta además la desregulación de las obras sociales, un proceso que encuentra la resistencia del sindicalismo pero que concluye con la ampliación de la participación del sector privado en el sistema de cobertura de salud de los asalariados. Con la inflexión de la crisis de 2001, y frente a una sociedad con mayor grado de inclusión asociada al incremento del empleo y la ampliación del mercado de trabajo, el cuestionamiento de los modelos neoliberales ensayados en las décadas previas y la recomposición del rol del estado, se reivindica el papel de rectoría del Ministerio de Salud a nivel nacional (articulación de intervenciones y desarrollo de lineamientos generales a través de programas nacionales), se desarrollan/continúan políticas tendientes a garantizar el acceso a los medicamentos, se dio impulso a la prevención y promoción de la salud, se impulsan medidas en torno a la salud sexual, aunque en el panorama general no se puede afirmar que se introduzcan cambios significativos en el área de la seguridad social ni respecto de las líneas de desarrollo de la medicina privada y la mercantilización de la medicina.

Este breve recorrido permite trazar el contexto en el que podemos ubicar por un lado a la atención primaria de la salud, y por otro, a la participación comunitaria que esta implica. Al enfocar la relación entre atención primaria de la salud y participación, es evidente su frecuente referencia en la definición de políticas públicas y, al actualizarse en contextos sociohistóricos diversos, ha supuesto que no asuma un sentido unívoco y que refiera a prácticas diversas. Por ello resulta crucial que las

modalidades y mecanismos de participación sean referenciados recuperando las particularidades socio-históricas que les son constitutivas.

La necesidad de inscribir la discusión sobre la participación en salud en un marco mayor de relaciones sociales con perspectiva histórica, ha llevado a un racconto en el que se destacaron algunos ejes centrales.

Las primeras experiencias que aluden a la participación comunitaria podemos ubicarlas dentro de la discusión sobre el desarrollo de la comunidad. Hacia la segunda mitad de la década de los '50 y durante la década de los '60, en los países latinoamericanos (en el marco de los procesos de industrialización) las políticas sociales (subordinadas a las políticas productivas) incorporaron la temática de la participación partiendo del supuesto de que los valores tradicionales de la población rural y de los sectores pobres urbanos constituían un obstáculo para el desarrollo.

En general en Latinoamérica, la organización comunitaria apareció como la respuesta a la necesidad de introducir cambios de valores y asegurar el éxito de los programas de autoayuda que permitirían bajar costos extrayendo trabajo no retribuido en un programa modernizador que buscaba reemplazar las instituciones tradicionales por otras formas organizativas signadas por el autoritarismo, la centralización y la justificación de las desigualdades.

En el campo de la salud, con anterioridad a la conferencia de Alma Ata de 1978, la participación comunitaria fue reivindicada por sectores que abarcaron un amplio espectro ideológico. Los primeros intentos de promoverla datan sobre todo de los años '60, y básicamente consistieron en proyectos piloto o experimentales con el apoyo de iglesias, universidades y agencias de gobierno que contaron en su mayoría con financiamiento internacional. Estas primeras experiencias han recibido fuertes críticas que apuntan centralmente a la falta de respuesta a las demandas de la población que recuperaban el plano político y colectivo de la salud.

En Argentina, el desarrollo de comunidades se institucionalizó a partir del año 1967 y los programas sociales priorizaron a las comunidades rurales y los grupos urbanos periféricos, todos ellos concebidos como marginados y con actitudes de resistencia al progreso económico y social. Sin embargo a diferencia de otros países latinoamericanos, la organización comunitaria no constituyó un eje central en la formulación de las políticas en salud.

A partir de la década del 70, en el marco de una fase recesiva de la economía mundial, comienza a producirse un proceso de reorganización económica que abarca tanto a los países desarrollados como los dependientes.

Paralelamente se asiste a un significativo impulso a la APS en el plano internacional. Se buscaba brindar una atención de la salud diseñada particularmente para los campesinos y los pobres urbanos, donde los comités de salud y la participación comunitaria funcionaron como instrumentos de legitimación para una atención de baja calidad y baja complejidad pero que permitía abaratar costos. Esta es la década en la que se produce la declaración de Alma Ata (1978), que pasará a operar como referente en las discusiones en salud por varias décadas, encarnando un proyecto al que se apelará con mayor o menor énfasis, y que recibirá múltiples interpretaciones, en un mundo cargado no solo de desigualdades económicas sino de realidades políticas disímiles.

En los países latinoamericanos sumergidos en dictaduras, no es de extrañar que las acciones implementadas en el sector salud enfatizaran los componentes técnicos de la declaración de Alma Ata, obturando las posibilidades de discusión política. Pero incluso las acciones más técnicas que terminaron conformando la atención primaria en su cara más restrictiva, mostrarían sus estrechos límites frente a los crecientes procesos de desigualdad, evidenciando las limitaciones de las políticas de salud que la impulsaron durante períodos dictatoriales.

En la Argentina, a partir del golpe de 1976 comenzó un proceso cuyo objetivo fue reordenar la sociedad bajo el diagnóstico liberal-conservador de la crisis del Estado "Benefactor". Se intentó disolver las formas de organización colectivas y los canales de participación. Este proceso fue acompañado por la concepción liberal sobre la relación Estado-mercado, a favor de este último. Durante esta década, las políticas estatales comenzaron a concentrarse en la provisión de bienes y servicios dirigidos a los grupos más carenciados y, en el campo de la salud, la participación (presente en la definición de la atención primaria desde Alma Ata) prácticamente quedó fuera del discurso y de la práctica. A su vez lo que recibió una apreciación positiva fue cierta "participación civil" acotada y circunscripta a la esfera de lo microgrupal (sobre todo familiar y barrial) que viabilizaba la satisfacción de ciertas demandas y necesidades resultando funcional a los objetivos de control y disciplinamiento social.

La década de los '80 mostró un cuadro de profundas desigualdades en la distribución del ingreso y la riqueza en el conjunto de los países latinoamericanos, no obstante lo cual se implementaron las llamadas políticas de ajuste y un conjunto de medidas para restringir el déficit público.

En Argentina con la apertura democrática de 1983, se hizo evidente la situación deficitaria en materia de satisfacción de necesidades básicas y el deterioro en la

provisión de servicios. Frente a esto, el sector público estructuró programas masivos como intento de dar respuesta a los problemas más acuciantes. En muchos de ellos, al menos en lo que hace al diseño, el componente participativo estaba presente, sin embargo las políticas participativas siguieron instrumentadas "desde arriba", a la vez que se producía un redescubrimiento de la sociedad civil compuesta por una variada cantidad de organizaciones. El desarrollo de nuevos mecanismos de expresión para amplios sectores de la población emergía como contrapeso a la enorme concentración de poder en manos de minorías empresariales y tecnocráticas.

Por esta época comenzó a tomar impulso el debate sobre el vasto campo de la salud. En este marco, se recuperó la discusión sobre la atención primaria de la salud y la noción de participación en salud fue sometida a una fuerte revisión crítica. Por un lado, se denunciaron aquellas modalidades que la incorporaban pero buscando paliar las consecuencias de la retracción de las acciones del Estado y su incapacidad para brindar servicios de salud satisfactorios a la población. Por otro lado se reivindicó un modelo de participación efectiva o emancipadora, que podría apuntalar la toma de conciencia respecto de los componentes extrasectoriales de las problemáticas de y en salud, restituyendo la discusión política a un primer plano.

En la década de los '90 la discusión sobre la participación toma un nuevo giro. Como señala Menéndez (2009), diversas organizaciones internacionales (especialmente el Banco Mundial) promovieron discursivamente la participación social y el involucramiento de los conjuntos sociales, especialmente de los más vulnerables, en la mejora de sus condiciones de salud y de vida. Como contrapartida a la participación de la sociedad civil, el Estado debería descentralizar sus funciones y la provisión de bienes y servicios. Junto a la idea de descentralización se incorpora la idea de focalización en materia de políticas que justificaba el accionar del Estado exclusivamente dirigido a los sectores más pobres y excluidos. Para luchar contra la pobreza se propone la fórmula liberal de fortalecer los mercados y retraer la acción del Estado (que queda reducida a la formulación y desarrollo de proyectos destinados a los grupos más pobres, hasta tanto el libre juego de las fuerzas del mercado subsane los problemas de inequidad). Asimismo se espera que el Estado asuma un conjunto de medidas para reducir los riesgos que podrían auerantar al capital: garantizar educación y salud básicas, promover los microemprendimientos familiares, focalizar recursos en los sectores de pobreza extrema, garantizar una infraestructura básica (agua potable, saneamiento), entre otros. El crecimiento de la pobreza y el aumento de las tensiones sociales llevan a discutir la implementación de políticas que compensen los efectos del ajuste. Pero conforme el modelo neoliberal avanza, comienza también a ser

cuestionado: emerge la discusión en torno al desarrollo sostenible y la necesidad de un marco regulatorio.

En este contexto en el que el neoliberalismo impera, dos grandes temas sobresalen en el campo de la salud: la discusión en torno a la reforma de los sistemas de salud y el reconocimiento de la importancia de la atención primaria de la salud y su componente participativo (ello enmarcado en el hincapié de organismos internacionales en la necesidad de construir estrategias destinadas a los sectores sociales más desprotegidos).

A partir de la década de los 90 a la par que se re-instala y difunde la apelación a la participación, va adquiriendo cada vez mayor relevancia el concepto de ciudadanía y paulatinamente cobra relevancia el denominado enfoque de derechos. En salud, se comienza a discutir el derecho a la salud enmarcado en los derechos humanos. En este sentido, como indican Abramovich y Pautassi (2006), puede identificarse un creciente consenso en América Latina en relación con la necesidad de pensar a las políticas públicas en general, y a las políticas sociales en particular, como parte de las obligaciones estatales para el cumplimiento efectivo de los derechos humanos. Este enfoque implica la consideración de parámetros mínimos de dignidad, de los cuales es responsable el Estado, que tensionan la lógica en la que descansaran las políticas focalizadas de los ochenta y noventa.

A nivel internacional, en el campo de la salud, el enfoque de derechos comienza a formar parte de los puntos a debatir entrando en consonancia con los debates más amplios sobre las políticas públicas. Ejemplo de ello son la asociación del derecho a la salud a un sistema de salud eficaz e integrado, accesible para todos postulada por el Consejo Económico y Social de Naciones Unidas (Ase, 2009) y el documento sobre la renovación de la APS en las Américas (2007) que define a la salud como un derecho humano y reconoce un enfoque de salud y derechos humanos superador de los enfoques previos. Si bien la referencia normativa por sí no es suficiente, se abre el debate sobre las condiciones objetivas que deben hacer posible el pleno ejercicio de los derechos.

Esto es particularmente significativo si se considera el campo de la salud si se entiende que los procesos de salud-enfermedad-atención constituyen procesos estructurales referidos a condiciones histórico-sociales concretas. Las condiciones objetivas que hagan posible el ejercicio de derechos redireccionan al complejo problema de los determinantes de la salud-enfermedad y a la construcción social de respuestas ante los problemas de salud. Esto resulta fundamental para comprender el marco en el cual se generan las políticas en salud que apelan a la participación de la

comunidad y los derechos y deberes (en particular las responsabilidades) individuales y colectivos.

Capítulo II

Atención primaria de la salud y participación. La perspectiva desde algunos documentos clave.

Como vimos, uno de los puntos que reúne frecuentes cuestionamientos refiere a la orientación del sistema de servicios hacia la atención médica reparativa de la enfermedad y la institución hospitalaria. Frente a esto, se ha sostenido la atención primaria de salud como estrategia básica. Sin embargo para no parcializar la mirada en situaciones relativamente coyunturales, conviene ubicar este tema en una reflexión conceptual mayor.

Para considerar el lugar que esta ocupa en el modelo de salud de nuestras sociedades, atendiendo a la articulación entre distintas estrategias que se definen desde la lógica de carácter estructural propia de las acciones y representaciones en torno a la salud y la enfermedad, es útil retomar la caracterización de Menéndez (1990) sobre las funciones que cumple el Modelo Médico Hegemónico⁴³.

Se trata de tres tipos de funciones que no incumben sólo a las instituciones médicas, sino también a las relaciones de estas con el Estado y con los conjuntos sociales. Los tres tipos de funciones son: 1) curativas, preventivas y de mantenimiento; 2) de control, normalización, medicalización y legitimación; y 3) la función económico-ocupacional.

Interesa destacar que las funciones de curación y prevención son dominantes tanto para el personal de salud como para los conjuntos sociales que identifican a la medicina con estas funciones, aunque predomina con claridad la orientación curativa⁴⁴. La prevención definida exclusivamente en términos del paradigma biomédico excluye otras alternativas de tipo preventivista, es así que generalmente se identifica la prevención con situaciones en las que el perfil epidemiológico está dominado por padecimientos infecciosos y parasitarios (el ejemplo más conocido sea el de la diarrea infantil). Es allí donde se constata la ecuación de menores costos, en

⁴³ Por Modelo Médico Hegemónico (MMH) se entiende el conjunto de saberes generados por el desarrollo de la medicina científica que ha hegemonizado a los otros saberes desde fines del siglo XVIII hasta constituirse en la forma por excelencia de diagnosticar, explicar, atender y solucionar los problemas de enfermedad, legitimada tanto científica como políticamente. Algunos de los caracteres estructurales de este modelo son: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asocialidad, mercantilismo y eficacia pragmática (Menéndez, 1990).

⁴⁴ Las funciones del segundo tipo han sido analizadas en profundidad por las ciencias sociales, por ejemplo han reflexionado sobre la transmisión de pautas de comportamiento consideradas correctas por parte de la medicina en un proceso en el que participan al mismo tiempo y complementariamente los distintos grupos sociales; han abordado el proceso por el cual la medicina amplía su injerencia a cada vez más áreas del comportamiento (medicalización), etc. El tercer tipo de funciones refiere a las "industrias" de la salud y de la enfermedad. En los países capitalistas centrales el sector servicios y en particular el sector salud tienen el mayor porcentaje de creación de nuevos empleos. Además, el costo de la atención médica, de los equipos, fármacos, recursos humanos, etc., configura una parte creciente del PBI y es reforzada permanentemente por la orientación curativa del modelo (Menéndez, 1990).

tanto requiere una cantidad relativamente reducida de personal sin gran cualificación profesional (Menéndez, 1990), a la vez que emerge como complementaria al resto de las funciones mencionadas por el autor.

Este conjunto de funciones se articulan entre sí en una relación de tensión permanente. Esa tensión es particularmente clara en los argumentos que cuestionan al propio modelo. Es hacia la década del '60 que podemos ubicar el más fuerte cuestionamiento a su legitimidad. Las críticas surgen tanto desde los países centrales como de los dependientes y pertenecen a diferentes orientaciones teórico/ ideológicas. Nos interesa destacar dos de las señaladas por Menéndez (1990): las generadas dentro del MMH, que proponen la implementación de prácticas preventivistas (por ejemplo el impulso a la atención primaria de la OMS y la UNICEF durante los '70 y '80), y en segundo lugar, las que desde una perspectiva económica neoliberal cuestionan el aumento de los costos y proponen una revisión de la orientación del MMH en términos de costo-beneficio (es una de las críticas con mayor éxito tanto político como ideológico).

En particular, la atención primaria se ha constituido como la principal estrategia dentro del sector salud para dar respuesta a la crisis del modelo médico tanto en términos de su eficacia como de gasto público. La atención primaria resurge en las décadas de los 80 y 90 apelando a la articulación comunidad/sector salud para actuar en situaciones de pobreza y crisis en la forma más eficaz y barata posible⁴⁵. Bajo esta modalidad, los profesionales (médicos y enfermeras) constituyen figuras secundarias en el sentido de que su accionar se reduce a un rol técnico de referencia. El éxito de los programas de atención primaria se basa en el trabajo comunitario y la supervisión médica constantes, así como en una tecnología sanitaria simple que pueda ser comprendida y utilizada por la comunidad (incluso la industria químico farmacéutica, aunque por razones de mercado, ha diseñado productos sencillos de autoadministración).

Esta estrategia es complementaria a la orientación curativa del modelo; se trata de una medicina barata, simple y eficaz que no genera conflictos en sociedades en las que el personal médico es escaso. Pero en sociedades con un gran número de profesionales y creciente desocupación, la atención primaria constituye una alternativa ambivalente. Por un lado permite obtener una ocupación, pero con bajas remuneraciones y en gran medida descalificada por los profesionales médicos (una

⁴⁵ Se destacan las estrategias conocidas como GOBI-FFF que demostraron una gran capacidad para limitar la mortalidad infantil (Menéndez, 1990).

medicina "de segunda"). Por otro, el Estado abarata costos al reducir inversiones incluidos los salarios de los profesionales (Menéndez, 1990).

Por otra parte, si la atención primaria se basa en los grupos familiares y la comunidad, y la práctica médica asume un segundo plano (reservando un lugar preponderante en los restantes niveles de atención) operando a nivel de asesoría y de promoción, la autoatención debería reconocerse como el primer nivel real de atención. La mayoría de los padecimientos más frecuentes pueden ser eficazmente atendidos por los grupos primarios y la eficacia aumenta conforme se eleva el nivel de vida, a la vez que permite reforzar la autonomía y cuestionar los procesos de control social asociados a la medicalización. Sin embargo, esta conceptualización entra en contradicción con la construcción de hegemonía del modelo y las necesidades ocupacionales del personal de salud (Menéndez, 1990).

Es de esperar entonces, que tanto la atención primaria como la participación de la comunidad emerjan en un campo de disputas, donde las relaciones de fuerza constituyan sentidos y prácticas en los que se manifiesten procesos en los que se articulen confrontaciones, adhesiones e imposiciones, es decir mecanismos de confrontación, negociación, conflicto y consenso.

Tratándose de una experiencia ampliamente debatida, llevada a la práctica bajo modalidades disímiles, y con una persistencia temporal importante, no es de extrañar que existan distintas concepciones de la atención primaria, aunque como vimos en el apartado anterior estas distintas concepciones están firmemente ancladas en procesos sociales, políticos y económicos concretos. Menéndez (1994) 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 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 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).

ANÁLISIS DE algunos DOCUMENTOS clave.

Se propone considerar las aproximaciones conceptuales sobre la atención primaria de la salud y la participación, tomando algunos documentos significativos elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Este recorrido incluye la referencia al documento inicial de 1978 (Alma Ata-URSS), una serie documental de 1990 que versa sobre los Sistemas Locales de Salud (SILOS) en la que se plantean los nudos conceptuales básicos del tema⁴⁶, y finalmente documentos presentados entre 2007 y 2008 en los que, a raíz del 30^a aniversario de la declaración de Alma Ata, se propuso la renovación de la atención primaria de la salud.

Este recorrido que se propone implica sumergirse en un conjunto de definiciones, algunas de las cuales se presentan en un carácter técnico, pero también evidencian un carácter valorativo, ideológico, o atinente al universo de los significados socialmente construidos. Se pretende realzar las concepciones de lo social que aparecen involucradas, y los silencios, las omisiones, que hablan también de la forma en la que se concibe la realidad.

⁴⁶ Se hace referencia al documento *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud*, de la OPS/OMS (1990). En él se incluye un examen conceptual sobre la participación y los sistemas locales de salud, y representa un punto significativo para caracterizar una de las principales propuestas que actuó como modelo para discutir la transformación de los sistemas de salud y sigue siendo una referencia cuando se discute el tema a pesar de las críticas y cuestionados resultados obtenidos en las experiencias que intentaron desarrollar los sistemas locales de salud.

Coincidiendo con Morgan (1993), es posible pensar que la OMS generalmente despolitiza las dimensiones políticas de la salud y prefiere, por el contrario, centrarse en las intervenciones tecnológicas en salud. Esta despolitización lleva a formulaciones de principios valorativos por un lado, y a explicitaciones más “técnicas” sin considerar en profundidad la articulación entre las dimensiones política, socioeconómica y cultural de la desigualdad.

La declaración de la Conferencia Internacional de Atención primaria de la salud, de Alma Ata (1978)

En el capítulo previo se ha caracterizado el contexto sociohistórico en el que podemos ubicar declaración de Alma Ata. Interesa en este apartado, detenerse en ese documento inicial que tanto se referencia.

En primer lugar se define a la salud realizando dos planos. Primero, que la salud se entiende como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo como ausencia de enfermedad. Segundo, que la salud se piensa como derecho humano fundamental.

Este primer señalamiento merece dos comentarios. Por un lado, las consabidas dificultades para caracterizar el completo estado de bienestar al que se alude, si bien al introducir un ámbito que excede la enfermedad permite la consideración (al menos potencialmente) de la dimensión social y política relativa a las condiciones de vida de los conjuntos sociales. En segundo término, la mención a que la salud forma parte de los derechos humanos, un punto que (por lo que se apuntó en el capítulo anterior) retoma actualidad a la luz de las discusiones más recientes. En todo caso esta aproximación constituyó un punto crucial en las discusiones posteriores sobre la atención primaria de la salud, permitiendo la emergencia de miradas por fuera del ámbito técnico médico (aunque sin necesariamente excluirlo).

Expuesto este punto inicial, el documento plantea que el logro del nivel de salud más alto posible constituye un objetivo social prioritario en todo el mundo y su consecución implica la acción de muchos sectores sociales y económicos, además del sector salud, actuando en forma integrada. Se critica la desigualdad en el estado de salud entre países desarrollados y en vías de desarrollo (se califica de “inaceptable” en términos políticos, sociales y económicos) y se asume como posible lograr un nivel aceptable de salud para todo el mundo en el año 2000, mediante del uso de los recursos mundiales volcados a fines pacíficos (sustrayéndolos de la producción y

utilización de armamentos en conflictos militares). El desarrollo social y económico, la paz y la fraternidad emergen como condición y a la vez posibilidad de construir “un nuevo orden económico internacional”. La promoción y protección de la salud son consideradas esenciales para mantener el desarrollo económico y social, y contribuir a una mejor calidad de vida y a la paz en el mundo.

El documento plantea además que los gobiernos tienen la responsabilidad de la salud de sus poblaciones y pueden conseguirla proveyendo medidas sanitarias y sociales. En este sentido, uno de los objetivos sociales de los gobiernos y de la comunidad mundial debería ser la promoción de un nivel de salud que permita una vida productiva social y económicamente. Para conseguir este objetivo la atención primaria de la salud aparece como clave y parte de lo que se denomina “espíritu de justicia social del desarrollo”.

Es evidente en estos puntos, el contexto socio-histórico en que se inscribe el documento. Aun así, la integración, el logro de la paz, la fraternidad, y de un nuevo orden económico internacional surge como una apelación genérica que desconoce los procesos estructurales de carácter económico-político que explican sus características. Por su parte, la vinculación entre salud y desarrollo, opaca la relación entre los procesos productivos del mundo moderno y los procesos salud-enfermedad asumiendo que el “desarrollo” (o los procesos productivos del mundo moderno) no resuelven o no tienden a resolver los problemas de salud-enfermedad sino que se encuentran en su propia génesis.

Una de las características de la atención primaria, tal como aparece presentada en el documento, es la integración. Integración entendida como a) articulación del sector sanitario con todos los sectores vinculados al desarrollo nacional y comunitario (agricultura, industria alimenticia, educación vivienda, servicios públicos, comunicaciones, etc.); y b) articulación del propio sistema de sanitario. Sobre este último punto, la atención primaria se concibe como el primer nivel de contacto con el sistema de salud. Ese primer contacto debería vincularse a través de la interconsulta con el resto del sistema.

Es aquí donde podemos reconocer una de las tensiones en la propuesta que, como señalan Bloch y Colab. (1992) remite a dos formas de entender la atención primaria que no necesariamente se hallan articuladas, y que pueden manifestar como mínimo algunas contradicciones en términos de las acciones emprendidas (y que seguramente se expresarán en torno a uno de los puntos centrales en la APS como es el referido a la participación). Por un lado la propuesta remite a las condiciones de

vida de la población y a las acciones emprendidas por el Estado y cualesquiera otras organizaciones sociales para el logro de mejoras. Por otro lado referencia la estructura organizacional del sistema de salud y la organización y articulación de las instituciones que lo conforman atendiendo a criterios de complejidad (de los problemas de salud y de las respuestas técnicas ante ellos). Esto último vincula a la APS con un “trayecto terapéutico” y la ubica como puerta de entrada al sistema, lo que constituye uno de los aspectos que frecuentemente se enfatizan en detrimento del primero.

En el documento se plantea además el componente más técnico de la atención primaria que refiere al tipo de actividades involucradas dirigidas a los principales problemas sanitarios de la comunidad a través de servicios preventivos, curativos y rehabilitadores. Incluye como mínimo ocho componentes fundamentales: la educación para la salud y prevención; la provisión de alimentos y nutrición apropiada; el abastecimiento de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno-infantil y planificación familiar; la inmunización contra enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales.

Según el documento, la atención primaria requiere profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, comadronas, asistentes sociales, médicos de cabecera según sea el caso) formados social y técnicamente a fin de responder a las necesidades sanitarias expresadas por la comunidad.

Pero la atención primaria no solo descansa en estos actores. El documento plantea que la atención primaria requiere y promueve el autodesarrollo comunitario e individual al máximo posible, con participación en la planificación, organización, desarrollo y control de la atención primaria sanitaria. Se considera, además, que las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación e implementación de su atención sanitaria, y finalmente que la atención primaria sanitaria refleja las condiciones económicas y socioculturales, así como las características políticas de un país.

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

rurales). En este sentido será crucial comprender las características del mercado de trabajo de los profesionales de la salud en vistas al diseño y desarrollo de las políticas de atención primaria de la salud.

Por otra parte, el documento menciona que estos actores son quienes deben responder a necesidades expresadas por la comunidad. ¿En qué consiste esa expresión, cómo realizarla, a través de qué mecanismos y canales? El texto solo hace referencia a un tipo de participación por parte de los individuos y la comunidad que los involucra directamente en la planificación, organización, desarrollo y control de la atención primaria sanitaria. Tales actividades remiten a la interacción con los profesionales de la salud y allí necesariamente encontraremos relaciones de poder. Es sabido que las relaciones de poder entre profesionales médicos y “pacientes” muestran una marcada asimetría a favor de los primeros que se justifica en términos técnicos. Es sabido también que esta característica se encuentra en otros componentes de los equipos técnicos de salud (enfermeros, auxiliares, profesionales de disciplinas afines a la medicina). De esta manera, cuando más importancia se asigne al componente técnico-médico más poder detentarán los profesionales para definir tanto los problemas como los ámbitos y maneras de actuar. Así, el componente técnico avanza sobre la discusión de los problemas de salud como problema de carácter público y colectivo. ¿Necesariamente se despolitizan los problemas de salud-enfermedad?⁴⁷. Más bien pareciera que se pone de manifiesto una tensión entre al menos dos tipos de actores y de justificaciones que, de acuerdo con las características contextuales más específicas, darán por resultado un proceso y situaciones con mayor o menor grado de discusión sobre los componentes sociales (no ya exclusivamente técnico-médicos) involucrados en los procesos salud-enfermedad.

En este sentido, hay que reconocer también que la declaración de Alma Ata ofreció un referente para la discusión política (no en vano se ha recuperado para reivindicar la lucha contra la desigualdad como base para alcanzar la salud). En este sentido se puede acordar con Menéndez (2009) en que:

“Las acciones, luchas, transacciones en salud colectiva operan constantemente, pero en forma discontinuada, de allí la necesidad de que la PS (participación social) con objetivos de transformación sea mantenida como un imaginario que por lo menos ideológicamente tienda a recuperar recurrentemente la idea y/o las aspiraciones individuales y colectivas hacia la “autogestión” o hacia la “comunidad”, para que en determinadas coyunturas se intente realizarlas” (...) “Esa calidad de imaginario es lo que conduce reiteradamente a buscar en la PS mecanismos de transformación de la realidad

⁴⁷ Señalábamos en el capítulo anterior que algunos autores (Morgan, 1993 y Navarro 1984) llamaban la atención sobre la ausencia de la consideración del ámbito político lo cual lleva a un discurso que despolitiza las dimensiones políticas de la salud.

o por lo menos de las condiciones de salud colectiva, pese a que la experiencia evidencia también reiteradamente las limitaciones e imposibilidades de las actividades y actores para lograr la transformación significativa de la realidad social, aunque también evidencie una mayor posibilidad de modificaciones en el campo de la salud” (Menéndez, 2009:238)

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

Década de los 80: la Carta de Ottawa.

En 1986 se realiza la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud en la que se formula el documento conocido como la “Carta de Ottawa”. El centro de las discusiones refirió principalmente a las necesidades de los países industrializados; sin embargo, se hace explícita la consideración de problemáticas de otras regiones. El énfasis del documento se ubica en la promoción de la salud, consecuentemente, implica una forma de entender la salud y una reflexión sobre los medios para alcanzarla.

En este documento, la salud es entendida como un estado adecuado de bienestar físico, mental y social a nivel individual o grupal implica identificar y realizar aspiraciones, satisfacer necesidades y adaptarse al medio ambiente. Se plantea que la salud trasciende la idea de formas de vida sanas y la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario. Se señala que la salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana y es el resultado de los cuidados propios y los proporcionados a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad ofrezca a sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud.

Al respecto vale realzar dos elementos, uno que ubica a la salud y a la promoción de la salud en un ámbito que trasciende el sector sanitario (y por ende nos remite a las condiciones de vida de los conjuntos sociales), otro que ubica a los sujetos como creadores activos de las condiciones de vida que permitan el logro de un adecuado estado de salud. Se trata de una tensión no menor entre condiciones sociales estructurales y capacidades individuales que el texto que nos ocupa ubica como equidistantes, de tal forma que se apela a acciones coordinadas entre diversos

sectores para generar las condiciones en las que los individuos lograrían controlar aquello que permita el logro de un estado de salud.

En relación a ello, el texto plantea que la promoción de la salud busca alcanzar la equidad sanitaria, reduciendo las diferencias en el estado de salud, asegurando la igualdad de oportunidades y proporcionando los medios para que la población desarrolle al máximo su salud potencial. Esto último se logra si hombres y mujeres son capaces de asumir el control de todo lo que determina su estado de salud, y presupone la acción coordinada de gobiernos, sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, organizaciones benéficas, autoridades locales, industria y medios de comunicación.

Es aquí donde aparece la apelación a la participación activa tanto a nivel individual como de gestión de los asuntos públicos. De esta manera el texto plantea que la participación activa en la promoción de la salud implica *la elaboración de una política pública sana* que forme parte de los objetivos de los responsables de la elaboración de programas políticos, en todos los sectores y niveles, ya que sus decisiones suponen consecuencias sobre la salud y tienen responsabilidades al respecto. Implica además *la creación de ambientes favorables* en lo atinente a la interacción del individuo y su medio y la responsabilidad a nivel mundial sobre la conservación de los recursos naturales, como en lo referido al trabajo y al ocio que deben constituirse como una fuente de salud para la población. Supone *el reforzamiento de la acción comunitaria* con la participación efectiva de la comunidad en la definición de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar el mejor nivel de salud. Entraña *el desarrollo de aptitudes personales* en tanto la promoción de la salud favorece el desarrollo personal y social al proporcionar información, educación sanitaria y perfecciona las aptitudes para la vida, incrementando las opciones para que la población ejerza mayor control sobre su propia salud y el medio ambiente (ello se hace posible a través de las escuelas, los hogares, los lugares de trabajo y el ámbito comunitario). Conlleva *la reorientación de los servicios sanitarios* por cuanto la responsabilidad de la promoción de la salud la comparten los individuos, los grupos comunitarios, los profesionales de la salud, las instituciones y servicios sanitarios y los gobiernos, e implica su trabajo conjunto.

Finalmente, el texto propicia el compromiso a favor de la promoción de la salud a través de la intervención en el terreno de la política de la salud pública, la oposición a lo que genere daños a la salud (productos dañinos, condiciones de vida malsanas, destrucción de recursos naturales, contaminación, etc.), la lucha contra las

desigualdades en términos de salud. Llama también a reconocer que los individuos constituyen la principal fuente de salud y la comunidad constituye el portavoz fundamental en salud, y a la necesidad de reorientar los servicios sanitarios y a que se comparta el poder con otros sectores, disciplinas y el pueblo mismo.

En esta apelación final sobresale la mención a la necesidad de participar en el debate de la política de la salud pública y el llamado a revisar las estructuras de poder dominantes en el sector salud, dando cabida a nuevos interlocutores a los que se asigna una cualidad activa y fundamental en el logro de la salud.

La carta de Ottawa recupera señalamientos previos de la OPS, pero también introduce un énfasis particular al menos en tres puntos: que la situación de salud trasciende el sector sanitario y que supone un debate político; que el sector sanitario debe repensar su funcionamiento y características en términos de las relaciones de poder que construye; y que la comunidad/el pueblo y los individuos constituyen el sujeto fundamental en el proceso de lograr salud a nivel individual/colectivo y en la reorientación del sistema de salud.

La perspectiva de la OPS/OMS en los noventa. Los Sistemas Locales de Salud (SILOS)

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 (externos⁴⁸ e internos⁴⁹) que permiten tanto explicar esta situación como proponer una

⁴⁸ 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-.

⁴⁹ 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

estrategia superadora centrada en el fortalecimiento de los sistemas locales de salud (los SILOS).

Respecto de los intentos por promover algún tipo de *participación* en materia de salud, se reconoce que los éxitos obtenidos han sido variados. Esta disparidad en los resultados se explica por la asistematicidad de muchas actividades y la carencia de una definición clara de participación o de medios compatibles para su logro. Identificados estos obstáculos, 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, entre los que se destacan los talleres regionales sobre sistemas locales de salud realizados en 1988 y 1989. Con ellos (además de las mencionadas consideraciones negativas) se identificaron situaciones en que se observaba una mayor participación por parte de la comunidad y que coayudaron a definir los aspectos positivos, asociados a políticas oficiales de apoyo e incentivo a la participación (incluido el adiestramiento del personal de salud en participación comunitaria); al consenso sobre la salud como necesidad prioritaria y antecedentes de trabajo conjunto; y la importancia de la participación continua preferentemente a través de una organización creada por la propia comunidad.

El documento de 1990 presenta un conjunto de definiciones y explicita en extenso su perspectiva. Entre ellas resulta pertinente destacar la de los sistemas locales de salud (SILOS) que, para la OMS, se encuentran articulados con otros sistemas, el mayor de los cuales se identifica como el sistema social general⁵⁰. El encadenamiento de los distintos sistemas culmina en el sistema local y la comunidad que, se considera como un sistema social en miniatura. Subyace aquí la idea de

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 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.

⁵⁰ En el documento se postula la interrelación de cuatro sistemas con orden descendente de alcance: el sistema social general (combina sociedad y cultura, supone cierta forma de organización social y un conjunto de instituciones, sectores y relaciones políticas, económicas, educacionales y culturales, todo enmarcado en una serie de valores, creencias y normas de conducta que describen una forma de vida específica); el sistema de salud (incluye los elementos que están relacionados directa o indirectamente con la salud y no se limita al sector salud pero lo incluye: educación, sistema económico (empleo e ingreso), cultura, sistema político y los servicios públicos o privados como agua, electricidad y transporte); el sistema de atención de salud (actividades de atención de la salud: servicios de salud públicos y privados); el sistema tradicional de atención de salud de la comunidad (parteras tradicionales, curanderos y medicinas populares); y el sistema popular de atención de salud (autocuidado, atención familiar y asistencia proporcionada a través de las redes de apoyo social); y el sistema de servicios de atención de salud (un subsistema o componente del sistema de atención de salud, compuesto de los servicios institucionales que prestan servicios de salud)¹⁰ (OPS/OMS; 1990)

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

La definición de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), indica que deben ser entendidos como un conjunto interrelacionado de recursos de salud sectoriales y extrasectoriales, responsable por la salud de una población y un ambiente definidos en una región geográfica específica. Se señala que a través del sistema local de salud se coordinan los recursos del sector salud y de otros, se facilita la participación social y se revitaliza y reorienta el sistema nacional de salud, haciéndolo más sensible a las verdaderas necesidades en materia de salud y desarrollo del país. Se indica que 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; y que la salud de la comunidad es la razón de ser del sistema.

En cuanto a la participación social en los sistemas locales de salud, el documento señala que 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 confluyeron para que no se produjeran los resultados esperados en las experiencias desde los años 50 a los '70, 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 y que ya hemos indicado al recuperar el análisis de varios autores.

Los sentidos diversos de la participación en salud a los que se alude en el documento engloban a la consideración de la participación en términos de suministro de dinero, trabajo o servicios voluntarios proporcionados por la comunidad en proyectos de salud previamente determinados; a la cobertura o la reducción del costo de los servicios, y a veces simplemente designa el uso que hace la comunidad de los servicios proporcionados por el sistema de salud. Todos ellos son caracterizados como *manipulativos*, en el sentido de 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 a las experiencias participativas en salud que se han llevado a cabo en el marco de la implementación de distintas políticas de salud (Morgan, 1993; Ugalde, 2006; Menéndez, 2009; Belmartino y Bloch, 1984; Escurra, 1988; Fassler, 1979 y 2007; Iriart y colab, 1995, entre otros). Como se ha señalado en páginas precedentes, se trata de significaciones construidas en relación con experiencias concretas y su sentido histórico es el que debe ser revisado para comprender su contenido. Así, más allá de la apelación a la participación, podemos identificar algunas características generales de los procesos participativos en relación a distintos momentos histórico-sociales. Es así que, en la década de los 50 las políticas sociales incluyeron la participación vinculada a la noción de desarrollo de la comunidad y un programa modernizador que priorizó la incorporación de los "sectores tradicionales" (principalmente campesinos, aunque también a los pobres urbanos) a la sociedad de consumo. De esta forma se justificó la remoción de actitudes de resistencia al "progreso" económico y social. En el campo de la salud la participación fue reivindicada por sectores que abarcaron un amplio espectro ideológico, desde los defensores del "desarrollo", a los sectores reformistas que defendían la inclusión de la comunidad en todas las instancias vinculadas a la definición e implementación de planes y programas gubernamentales, e incluso sectores radicales que ubicaban las mejoras en salud estrechamente asociadas a cambios que procuraran la igualdad social. En los 70 en la mayoría de los países latinoamericanos, en un contexto de redefinición del modelo de acumulación previo, el impulso de la APS y la participación de la comunidad permitió en parte legitimar una atención de baja calidad en contextos autoritarios o de democracias debilitadas y de creciente exclusión social. Se promovía la "contribución" (recursos o trabajo voluntario), mientras los gobiernos se desligaban de responsabilidades esenciales en lo atinente a la salud colectiva y la provisión de servicios. En la década de los '90 y en el marco de un fuerte proceso de exclusión social y empobrecimiento, se implementaron políticas focalizadas dirigidas a los grupos más afectados por las transformaciones en el aparato productivo y el mercado de trabajo. Se impulsó la retracción del accionar del Estado, apelando a la necesidad de lograr su modernización y a la necesidad de fortalecer la sociedad civil, lo cual llevó

a recuperar nuevamente la idea de participación, esta vez concebida como participación ciudadana. En el campo de la salud se discutió la reforma del sistema de salud en la mayor parte de los países latinoamericanos. Como se ha planteado previamente, en nuestro país se implementaron los hospitales autogestionados y se incorporó al menos explícitamente en ciertos documentos generados por instituciones del Estado, tanto a la APS como a la participación de la población en salud. En la primera década de 2000 no puede hablarse de grandes transformaciones en el sistema de salud nacional, pero sí que la APS asume importancia sobre todo a nivel local. En resumidas cuentas, cada una de las experiencias concretas, en términos históricos, involucran distintos sentidos sobre la participación o los procesos participativos⁵¹ de tal manera que existe una polisemia (no reductible a proposiciones pretendidamente exhaustivas) inescindible de los procesos sociales en los que se asienta.

Junto al primer factor relativo a los diferentes significados asociados a la participación, el segundo factor que se menciona en el documento respecto de las fallidas experiencias desde los años 50 a los '70, atañe a la estructura del sistema de servicios de atención de salud. Las características que se destacan son: a) la centralización y burocratización de los servicios de salud estatales y la organización de actividades definidas a nivel central (e incluso internacional); b) la relación jerárquica entre médico y paciente, y c) la primacía del tratamiento médico individual por encima de campañas de promoción y prevención de la salud.

Nos encontramos frente a una caracterización de procesos sociales que han sido tomados en consideración en los estudios generados desde el campo de las ciencias sociales. Por una parte, en referencia al primer punto (a), la característica de centralización y burocratización debe ser comprendida en el marco de las relaciones sociales en que se desarrollan. Ya se señaló, recuperando a Menéndez (1990), que 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 corporativos 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

⁵¹ A ello podría sumarse una de las características estructurales del Modelo Médico Hegemónico que de acuerdo con Menéndez (1990) supone una relación de subalternidad de la orientación preventiva respecto de la curativa.

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 solo 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 naturalmente implicaron el reforzamiento de las prácticas curativas, la especialización médica, la importancia de los métodos de diagnóstico con uso de alta tecnología, la eficacia centrada en los efectos de los medicamentos y la demanda creciente por parte de la población del conjunto de prácticas características de este modelo.

En referencia al segundo punto (b), la relación de asimetría entre el médico y el paciente (un tema ampliamente analizado por las ciencias sociales) remite a una relación social y por ende no constituye 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. Un cambio en este tipo de relación supone el cuestionamiento de varios de los rasgos estructurales del modelo médico hegemónico.

Finalmente, en referencia al tercer punto (c), la relación entre curación y prevención ha estado marcada históricamente por la subordinación de la segunda (Menéndez; 1990) y si bien el submodelo cooperativo público enfatiza la importancia del preventivismo (así como del "medioambiente") aparece subordinado a lo curativo en todos los contextos.

Además, la prevención no puede ser pensada exclusivamente en términos de un producto generado solo 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 estas debemos incluir también a los diversos criterios y acciones de tipo preventivo que no pueden ser identificados con el modelo biomédico.

En este sentido, 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 social. 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 modificados. 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. 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, además de los distintos significados asociados a la participación y de la estructura de los servicios de salud, 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*⁵². A pesar de ello, se señala la interrelación entre democracia política, democracia social y equidad económica: la democracia política por sí sola, sin democracia social adecuada y equidad económica, no es suficiente para sostener la participación. 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 lo expresado entra en línea con la idea de que las experiencias de participación en salud se dieron en diversos contextos políticos (democracias y dictaduras), aunque siguiendo a autores como Ugalde (1985; 2002) o Morgan (1993), queda claro que para comprender el devenir de las experiencias en las que hubo participación y las que fueron desarticuladas (ya sea por la fuerza o "controladas" para que no excedieran ciertos límites), hay que considerar las características de una sociedad en términos de las relaciones de desigualdad (económicas, políticas y socioculturales) que las caracterizan. Se trata de profundizar en, y recurrir a, herramientas conceptuales críticas que permitan superar el plano descriptivo a-crítico para construir una explicación exhaustiva y holista de la compleja la realidad social.

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 contextos sociales de variable y heterogénea desigualdad. Baste recordar la década de los 90 y cómo la relación equidad-focalización con la que se cuestionaba a las políticas "universalistas" llevó a proponer que la asistencia llegara a quienes efectivamente lo necesitaban. Incluso en estos modelos de intervenciones focalizadas la preocupación por la

⁵² La cursiva corresponde a la autora.

participación se hallaba presente, aunque como una participación pasiva o simbólica (Sirvent, 1999) cumpliendo una función legitimadora en un contexto social de profundas desigualdades sociales.

El documento indica además, que el fortalecimiento de los sistemas locales de salud constituye un medio para eliminar algunos obstáculos a la participación. El propósito de reforzar los sistemas locales de salud, según se indica, consiste en descentralizar el proceso decisorio mediante la transferencia de los poderes reguladores del nivel central al nivel local e incorporar a la comunidad en dicho proceso (deja de ser un objeto de la intervención) lo cual permite ajustar las medidas de salud a las necesidades y condiciones locales. Se señala que el fortalecimiento de los sistemas locales de salud es también el resultado del propio proceso participativo.

Como señalan Grassi, Hintze y Neufeld (1994), generalmente la participación como mecanismo de movilización de recursos sociales es considerada posible en contextos locales, y pocas veces se escuchan voces que cuestionen este postulado. Sin embargo esta concepción entraña un conjunto de riesgos.

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

(nacional, provincial, zonal, etc.) con el propósito de recortar gastos en organismos de orden nacional.

Otro de los puntos del documento que resulta de interés remite a las definiciones sobre la participación comunitaria y participación social. Este último concepto es el que se presenta como el más adecuado para los sistemas locales de salud. La **participación comunitaria** se define como las acciones individuales, familiares y de la comunidad para promover la salud, prevenir las enfermedades y detener su avance. Se señala que 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 para diseñar, probar y poner en práctica las soluciones. La participación social es caracterizada como "de naturaleza sistémica", para referirse a la interacción de los múltiples 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 condiciones⁵³.

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 la noción de *comunidades sanas* que se plantea como un elemento clave, en el cual individuos trabajan juntos no solo para mantener y mejorar su propio estado de salud, sino también el de la comunidad. 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*" (OPS/OMS, 1990:11). De allí que, una ciudad o una

⁵³ 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).

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*” (OPS/OMS, 1990:11). Se expresa además que las instituciones públicas y privadas vinculadas al desarrollo socioeconómico 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.

Podría interpretarse 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 moderna⁵⁴. 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 o un grupo, construyen relaciones sociales en términos de igualdad?; ¿las relaciones de poder y los procesos de subordinación pueden "suspenderse" en 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 solo reproducida.

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" y si bien las acciones

⁵⁴ Tonnies (1855-1936) construyó una clasificación tipológica ya clásica en la que opone comunidad y sociedad. 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.

colectivas pueden generar una redefinición de las relaciones de fuerza propias del sistema dominante, ello difícilmente se logre exclusivamente en el ámbito local y mucho menos suponiendo el mero apoyo mutuo: el principal problema de las sociedades para las cuales han sido propuestos los SILOS es el de la pobreza y esta no se genera por la falta de unidad u homogeneidad de los grupos; sus causas se hallan en las características estructurales del sistema, el problema no se encuentra meramente en una cuestión asociada a la integración sino en la desigualdad.

Por otra parte la definición de *participación comunitaria* que aparece en el documento alude a acciones individuales o microgrupales (sean familiares o de interrelaciones próximas) de carácter preventivo frente a los problemas de salud. Dos cuestiones merecen ser mencionadas respecto de este tema considerando que el documento que nos ocupa no realiza mayores precisiones.

Una se refiere a las acciones preventivas (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 solo 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, sino que se combinan con otras prácticas y saberes⁵⁵.

Menéndez (1990) postula que este nivel de atención (que denomina autoatención) 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

⁵⁵ Menéndez (1990) plantea que el Modelo de Autoatención, 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: 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).

y eficaz⁵⁶, a la vez que las posturas más reduccionistas obturan la posibilidad de pensar en una concepción alternativa de la atención primaria.

También es cierto que las posturas que reivindican la relevancia del autocuidado, pueden considerarlo solo en la faceta de reproducción de la perspectiva biomédica y consecuentemente como complemento de los sistemas de salud. 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 identifican como obstáculos a ser removidos.

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

⁵⁶ Menéndez (1990) señala que la medicina hegemónica pocas respuestas ofrece frente a un conjunto de padecimientos como por ejemplo el alcoholismo, la drogadicción o la obesidad, y sin embargo apoya 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.

Finalmente, es importante detenerse en los puntos del documento que refieren a la promoción de la participación social y el fortalecimiento de los sistemas locales de salud. En relación a ello, se mencionan un conjunto de "enfoques principales" y "normas generales": a) la reorganización estructural y la reorientación de políticas⁵⁷; b) la promoción de la salud como un elemento clave en los nuevos modelos de atención⁵⁸; c) la investigación-acción participativa⁵⁹; d) ejecución, monitoreo y evaluación de la planificación local participativa⁶⁰, y e) la educación y entrenamiento como apoyo a estos enfoques⁶¹.

Como se ve (en función de lo desarrollado en el capítulo previo), en el documento se combinan recomendaciones muy en voga en la década de los 90 con otras que dejan abiertos caminos no tan fácilmente alineables al neoliberalismo. Así la investigación-acción participativa convive con la reorganización estructural de los sistemas de salud que para esta década supuso el cuestionamiento directo sobre todo a los sistemas universalistas y públicos. En particular, en torno a la participación, se presentan fórmulas idealistas que no toman seriamente en consideración la complejidad de los procesos sociales.

⁵⁷ La reorganización estructural y la reorientación de políticas apunta a: 1) la *reorientación y reorganización del nivel central* (que impulse la integración del sistema, y actúe como guía); 2) la *descentralización* que refiere a la transferencia de poder político y de recursos; 3) el *fortalecimiento de la capacidad administrativa*, que apunta a la optimización del uso de recursos y que se favorezca la participación social; 4) el *ajuste de los mecanismos financieros*, refiere a la conformación de un presupuesto que permita mejorar su uso en relación a las necesidades prioritarias determinadas a nivel local; 5) la *creación o fortalecimiento de vínculos intersectoriales*, que incorpore todas las organizaciones públicas y privadas en relación con las condiciones que afectan la salud.

⁵⁸ La promoción de la salud refiere a: 1) contar con una *política de promoción de la salud* que destaque la promoción y educación para la salud en las estrategias de atención primaria y en las políticas global y nacional de salud y desarrollo. 2) Fomentar la *participación social y comunitaria* mediante programas amplios e intersectoriales, talleres y la investigación participativa. 3) Apoyar el *autocuidado* (educando al público para que asuma responsabilidades respecto a su propia salud y calidad de vida y promoviendo un cambio de función entre los profesionales de la salud para que se transformen en facilitadores más que proveedores; y realizando investigaciones). 4) Desarrollar *estrategias de comunicación* y promoviendo la investigación aplicada.

⁵⁹ La investigación acción participativa refiere a promover la participación de la comunidad en la investigación de los factores asociados a la mejora de la salud y en las acciones que permitan el mejoramiento de la salud (así la comunidad adquiere más capacidad para resolver problemas, asumir mayores responsabilidades y ejercitar la autodeterminación). Se parte del supuesto de que las condiciones de salud no sólo dependen de la presencia o ausencia de los servicios, sino también de la manera de vivir de la gente y de cómo las personas perciben la salud y las enfermedades. Asimismo trata de integrar el conocimiento popular válido con el conocimiento científico tecnológico transformando la manera en que el servicio de salud profesional interactúa con la comunidad.

⁶⁰ La planificación local participativa implica la incorporación de la participación social en la planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de las acciones de salud, buscando la discusión y análisis continuos de los problemas sociales, biológicos y ambientales que afectan a la salud (movilizando los recursos disponibles para solucionarlos) y armonizar los conflictos y las luchas de poder mediante un proceso deliberativo que busque el consenso.

⁶¹ La educación y entrenamiento son complementarios los procesos de investigación, planificación, ejecución, monitoreo y evaluación participativas. Abarca al personal de salud (implica trascender los servicios médicos, crear vínculos y democratizar el conocimiento) y a los participantes de la comunidad y extrasectoriales (se apunta a que todos desarrollen y compartan un conjunto de conocimientos comunes).

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

- ✓ Para el modelo de participación comunitaria de OPS/OMS y otras agencias internacionales según el cual la comunidad participa en la toma de decisión, planificación, administración y elección de comités de salud no es realista y es inimplementable, dado que estas son funciones políticas y deberían estar a cargo de cuerpos políticos con derechos y obligaciones (consejos, asambleas municipales, etc.)
- ✓ Las comunidades y los comités de salud pueden ser utilizados para monitorear y controlar el desempeño de los funcionarios civiles de menor jerarquía (sería el caso de que el interés estuviera por ejemplo en reducir la corrupción). En general, esta es una función del sistema de administración que forma parte del proceso burocrático y no debería ser confiada a la comunidad de manera permanente toda vez que existan otros mecanismos para formular demandas y recursos legales.
- ✓ La participación de la comunidad en programas organizados por grupos privados podría ser efectiva como medio de descentralizar⁶², resolver algunos problemas inmediatos de salud, mejorar la utilización de recursos y crear conciencia social y política. En países donde los ciudadanos consideran que sus intereses y demandas de salud no son articulados adecuadamente por los partidos políticos, la participación de los ciudadanos en la conformación de políticas a través de asociaciones privadas son necesarias y útiles.
- ✓ Debería resultar claro que los servicios de atención primaria pueden ser exitosos sin la participación comunitaria (las fallas en la provisión de la atención médica radican en la incompetencia, corrupción o mala administración, no en la falta de participación comunitaria).

⁶² Podría considerarse también que la descentralización puede reproducir o generar mayor heterogeneidad y dispersión de acciones, una atomización contraproducente si no existen instancias de discusión colectiva en las cuales confrontar realidades que exceden lo local o regional, y si no existen directrices globales que permitan establecer cursos de acción a mediano o largo plazo que tomen en consideración los distintos intereses y realidades sectoriales/regionales en juego.

Podría plantearse que Ugalde (1985) introduce una dimensión importante para la discusión sobre la participación comunitaria en salud. Se trata de la consideración de la actividad política regular en una sociedad concreta.

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

En el caso de la APS, un conjunto de acciones y funciones se despliegan dentro del sistema administrativo estatal (en ciertos casos conjuntamente con organizaciones de la sociedad civil), en especial las que competen a la provisión de servicios de salud y atención médica. Este nivel, en particular, se adjudica una aproximación "técnica" que no necesariamente requiere de mecanismos de participación, y que aun así pueden asociarse a lo que se consideran resultados positivos en la salud colectiva. Este tipo de aproximación, no constituye un nivel apolítico sino que al componer un fenómeno social detenta una dimensión política o relativa al poder.

El sistema administrativo estatal diagrama, canaliza y ejecuta decisiones propiamente políticas en torno a la salud colectiva y la provisión de servicios de salud. Está constituido por diversos agentes (individuos y organizaciones) con distintos grados de control e influencia sobre los recursos colectivos acompañados por diversas justificaciones técnico-ideológicas.

En cuanto a la implementación de políticas que promuevan la participación (e incluso en referencia al criterio para definir si la participación es "exitosa" o "no exitosa"), resulta imprescindible considerar las relaciones y procesos sociales que las enmarcan y las perspectivas analíticas o el enfoque desde el cual se interpretan.

En este sentido, Morgan (1993) ha señalado que es posible plantear que la participación comunitaria disminuye conforme aumenta la participación estatal en la atención de la salud. Uno de los ejemplos que menciona la autora es el de Cuba, un país que ha dado prioridad a la atención primaria de la salud, pero en el cual la participación comunitaria sería mínima y en donde el sistema de salud actúa como un

medio de control social lo que implica formas estructuradas de participación definidas por el Estado. Ugalde (1987) en cambio señala que en el caso de Cuba la participación comunitaria fue incorporada en todos los programas públicos como parte de la propuesta revolucionaria. Inicialmente el sistema de provisión de atención médica fue diseñado sin aportes de la comunidad y la participación se centró casi exclusivamente en la implementación. Una vez que la revolución se consolidó, se permitió a los ciudadanos elegir asambleas municipales y desde entonces la atención primaria está bajo su control⁶³.

Por otra parte, en países con una situación de pobreza extendida se han desarrollado experiencias de participación como respuesta a situaciones de crisis. En este sentido, algunos estudios han demostrado que en los '80 los peruanos respondieron formando cientos de organizaciones comunales haciendo de la participación un mecanismo de supervivencia ante un Estado que no respondía a las necesidades de la población (Morgan; 1993). Sin embargo, bien podría plantearse que dichas experiencias conjugan la falta de respuesta por parte del Estado con tradiciones arraigadas o experiencias de lucha y organización social previas reactualizadas en contextos críticos.

Esto es importante a la hora de considerar el criterio para definir si la participación es "exitosa" o "no exitosa". Si se toma la definición de la OPS en la que se indica el carácter de "complemento" al sistema de salud, los ejemplos en que la participación se da sin vinculación al sistema podrían calificarse como "no exitosas".

Morgan (1993) sugiere tomar un enfoque más útil, analizando las negociaciones y debates que se dan entre los grupos que compiten por el control ideológico, político y económico incluyendo partidos políticos, representantes estatales y locales, profesionales, organizaciones e individuos que componen las comunidades locales heterogéneas. La participación será mayor donde y cuando exista una necesidad de cambio social más urgente e inmediata; y si las relaciones entre Estado y ciudadanos son de mayor cooperación y respeto mutuo la participación será menos necesaria.

Si la participación social remite a la recuperación de la comunidad, lo local o lo barrial, una cuestión no menor radica en pensar cuál es el tipo de dinámica social que

⁶³ Por otra parte, el significado y contenido de la participación comunitaria en el sentido de control social no es patrimonio exclusivo de los países con regímenes socialistas. EEUU en los '70 estableció una política hacia América Central en la que la salud y la participación comunitaria aparecían como útiles para impedir la "subversión" y financiaron programas de salud que realizaban a los gobiernos e ideologías que contaban en ese momento con el apoyo de EEUU. La revolución nicaragüense de 1979, la guerra civil en El Salvador y en Guatemala y la inestabilidad social asociada a la crisis económica de 1980, dejaron en evidencia que la participación comunitaria podía suministrar una vía para canalizar el desacuerdo, lo cual llevó a pensarla como una amenaza al "proceso democrático". La tolerancia hacia la participación disminuyó al aumentar el descontento social (Morgan, 1993).

se trata de constituir o reconstituir. Ciertos sectores organizados pueden generar la exclusión de otros sectores sociales o la subordinación de una parte de los miembros del grupo, debido a la aplicación de reglas que estructuran social y culturalmente no solo la subordinación y la exclusión, sino que pueden llegar a legitimar y/o reforzar la dependencia, aunque con otra orientación y hacia otros sujetos y/o entidades (Menéndez, E. 1990).

Simplemente podría pensarse que en el fondo lo que se discute tiene relación con el tipo de transformaciones que se buscan o se esperan y los intereses de los sectores sociales representados. En el caso de las recomendaciones de los organismos internacionales se trata de transformaciones que no buscan una ruptura o la redefinición del orden establecido. Algunas de las transformaciones operadas "desde arriba" pueden intentar adelantarse al conflicto generando adhesiones. Otras, operadas "desde abajo" pueden suponer la defensa de intereses cuestionados o rechazados por los grupos dominantes o que pueden ser recuperados e incluidos en acciones que impliquen un relativo consenso.

Las estrategias participativas en un contexto de explotación, desigualdad y/ o crisis de legitimidad, pueden suponer una respuesta "desde arriba" que busque el desarrollo de una "*autonomía controlada*" ya sea apoyando las demandas en ciertos aspectos cuestionadoras del status quo defendidas por los grupos subalternos, o apoyando el desarrollo de demandas en ciertos aspectos cuestionadoras del status quo no necesariamente defendidas por los grupos subalternos. En ambos casos la construcción de legitimidad se apoya tanto en el desarrollo de una autonomía controlada que, considerando la realidad actual "responsabiliza" a los conjuntos sociales más desfavorecidos, como en intervenciones paliativas en un contexto de profundización de la desigualdad que obviamente no resuelve el problema de fondo.

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

control diferencial sobre los medios de producción que conduce a un acceso diferencial a los bienes y servicios.

La perspectiva de la OPS/OMS en la primera década de 2000. La renovación de la atención primaria de salud

En 2007 la OPS/OMS difunde un documento denominado “La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas”. En él se propone una revisión del legado de Alma Ata, buscando sentar las bases de una nueva estrategia para la renovación de la APS y el esbozo de la secuencia de pasos que deberán seguirse para alcanzar la idea de un sistema de salud basado en ella⁶⁴.

En el documento se plantea la importancia de recuperar la definición surgida de Alma Ata, aunque introduciendo algunos cambios. Por un lado, estos cambios se justifican como respuesta a nuevos desafíos epidemiológicos; a la necesidad de corregir debilidades e incoherencias en algunos enfoques de la APS; a la necesidad de incorporar nuevos conocimientos e instrumentos que incrementan la efectividad de la APS; al reconocimiento de la APS como estrategia para reducir las desigualdades en el ámbito de la salud; y al creciente consenso respecto de la solidez de su enfoque para abordar las causas de la falta de salud y las desigualdades. Define además al sistema de salud basado en la APS como un enfoque que tiene por objetivo principal el derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible tomando como base para la planificación y la acción a las familias y la comunidad.

Por otro lado, el documento expresa que existen discrepancias (incluso “conceptos erróneos”) sobre qué es la APS y presenta algunas definiciones que anteceden e introducen la aproximación que se revela como superadora. La inicial entiende a la APS como primer nivel de los servicios de salud (denominada “Atención Primaria”) y se señala que corresponde a Europa y otros países industrializados. Constituye la puerta de entrada al sistema de salud y es el ámbito en que se realiza la atención de la mayor parte de la población la mayoría de las veces (supone médicos especializados en medicina general o medicina de familia)⁶⁵. En segundo término, la APS “selectiva” desarrollada sobre todo en los países en vías de desarrollo y que implica unas pocas intervenciones de gran repercusión dirigidas a las causas

⁶⁴ Esta revisión explicita la incorporación de iniciativas como la Carta de Ottawa para la promoción de la salud, la Declaración del Milenio (Nueva York, año 2000) y la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la OPS/OMS (OPS/OMS, 2007)

⁶⁵ De acuerdo a la revisión del documento de Alma Ata que se desarrolló en páginas precedentes, surge como discutible que la acepción que de allí se desprende no incluya la opción de “puerta de entrada” al sistema, pero el documento enfatiza en todo caso la concepción de salud que se postula en el documento.

prevalentes de mortalidad infantil y algunas enfermedades infecciosas, con una orientación casi exclusiva a las mujeres y los niños (este tipo de orientación ignora la importancia de otros problemas como las afecciones crónicas, las enfermedades mentales, las lesiones externas, infecciones por ETS y por VIH/SIDA, así como otros grupos vulnerables como los adolescentes y los ancianos). La tercera categoría, denominada “Atención Primaria de Salud Integral”, recupera la definición presente en la declaración de Alma Ata (presentada en páginas precedentes). Finalmente, la cuarta refiere al “Enfoque de Salud y Derechos Humanos”. Esta última, concibe la salud como un derecho humano y destaca la necesidad de afrontar los determinantes sociales y políticos de la salud a vez que pretende dejar atrás los aspectos específicos de las enfermedades y apunta a políticas de desarrollo más globales, dinámicas y transparentes, apoyadas por compromisos legislativos y económicos.

Estos cuatro sentidos de APS, guardan cierta relación con la clasificación que se presentó al inicio del capítulo, propuesta por Menéndez (1994). En principio lo que este autor denomina *atención primaria integral* se ubica en cercanía a la “Atención Primaria de Salud Integral”. Si bien el documento escasea precisiones conceptuales, la *atención primaria selectiva* en principio parecería ubicarse en cercanía a lo que Menéndez denomina de igual manera. Finalmente, la “Atención Primaria” mencionada en el documento de OPS/OMS y que refiere específicamente a las formas de articulación entre problemas de salud y provisión de servicios médicos en el sistema de atención, parecería próxima a la *atención primaria médica* mencionada por Menéndez (y que expresa la relación de subordinación de la prevención y promoción de la salud respecto de la orientación curativa del modelo).

Queda revisar la última categoría que surge en el documento, es decir el “Enfoque de Salud y Derechos Humanos”. Este enfoque tal como es presentado por la OPS/OMS, reivindica el reconocimiento de los “determinantes sociales y políticos de la salud” y subraya que las políticas de desarrollo deberían apuntar a conseguir mejoras equitativas en materia de salud. El documento señala que, bajo este enfoque, la salud es una capacidad humana, un requisito para que los individuos desplieguen sus proyectos de vida, un elemento indispensable para las sociedades democráticas y un derecho humano. Considera que la renovación de la APS debe ser parte integral del desarrollo de los sistemas de salud y que los sistemas de salud basados en la APS son la mejor estrategia para promover mejoras equitativas y sostenibles en la salud.

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

El derecho a la salud en tanto derecho humano, supone un conjunto más amplio de derechos también estén garantizados (principalmente los llamados “derechos sociales”) y un conjunto de condiciones materiales concretas para que esos derechos desarrollen su ejercicio pleno. Queda así planteada cierta tensión que atraviesa el documento, en tanto que junto a la mención de orden general de problemas sociales, políticos y económicos, se ubica la (retórica) apelación a los esfuerzos para garantizar esos derechos. Lo que justamente queda en un cono de sombra es la explicación sobre el porqué de esos “problemas”, que remiten a condiciones histórico-sociales de los procesos sociales de desigualdad⁶⁶.

A la definición inicial del enfoque general sobre la APS, el documento suma referencias más específicas al ámbito de la prestación de servicios y el sistema de salud. En particular, el documento señala que la APS se centra en el sistema de salud en su conjunto aunque se subraya que la APS es algo más que la prestación de

⁶⁶ Se puede coincidir con Abramovich y Pautassi (2006) sobre el hecho de que el enfoque de derechos puede proporcionar un aporte sustantivo en las discusiones acerca de la universalidad, la transparencia e institucionalidad de las políticas sociales y las estrategias de desarrollo. Ello es tanto más valioso frente a las discusiones de tono neoliberal que caracterizaron la década de los noventa.

servicios de salud en sentido estricto, y se enuncia que su éxito depende de otras funciones del sistema de salud y de otros procesos sociales⁶⁷.

En resumen, se pregona una organización integrada del propio sistema de salud a la vez que articulado con otros sectores (lo cual superaría la sectorización de propuestas para enfrentar los problemas de salud de la población); el acceso universal a los servicios (garantizando el acceso de todos al sistema independientemente de su capacidad individual de pago); y marcos normativos, procesos de gestión y recursos adecuados (apuntando a la égida de una gestión adecuada a los parámetros más contemporáneos). Estos elementos constituyen directrices para la conformación de un sistema de salud basado en la APS.

Pero el documento presenta, además, un marco conceptual que se propone como una orientación para la organización de este sistema de salud. Ese marco está compuesto por valores, principios y elementos. Según el documento:

- Los **valores** proveen una base moral para las políticas y programas de interés público, pretenden reflejar los de la sociedad en general, y recuperan parámetros basados en leyes internacionales que procuran la defensa del derecho a la dignidad, la libertad y a gozar de buena salud. Estos valores a su vez deben ser analizados por los ciudadanos y los encargados de tomar decisiones.

El *derecho al mayor nivel de salud posible*: implica derechos ciudadanos, responsabilidades del Estado y de otros implicados, y crea mecanismos para que los ciudadanos puedan reclamar si los compromisos no se cumplen.

La *equidad* que refiere a la ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, el acceso a la atención de salud y a ambientes saludables, y en el trato que se recibe en el sistema de salud y otros servicios sociales. Los ciudadanos deben ser capaces de corregir las desigualdades mediante el ejercicio de sus derechos morales y legales.

La *solidaridad* entendida como el grado en que los miembros de una sociedad trabajan para definir y conseguir el bien común. Por un lado la solidaridad

⁶⁷ Según el documento, la definición de un sistema de salud basado en la APS incluye: A) un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud con el objetivo de alcanzar el mayor nivel de salud posible, maximizando la equidad y la solidaridad del sistema. B) un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptables para la población y promueven la equidad. Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción. C) requiere un sólido marco legal, institucional y organizativo, además de recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles. Emplea prácticas óptimas de organización y gestión en todos los niveles del sistema para lograr calidad, eficiencia y efectividad, y desarrolla mecanismos activos con el fin de maximizar la participación individual y colectiva en materia de salud. Promueve acciones intersectoriales para abordar otros determinantes de la salud y la equidad (OPS/OMS, 2007).

social permite la superación de problemas comunes. Además, la solidaridad entre individuos de distintas clases y generaciones, ubicada como base de los sistemas de salud y de seguridad social, permite la protección financiera y la mancomunación del riesgo. Finalmente, la solidaridad permite el trabajo conjunto del sector salud con otros sectores y actores.

- Los **principios** se identifican como la base para las políticas de salud, la legislación, los criterios de evaluación, la generación y asignación de recursos, y la operación del sistema de salud.

Dar respuestas a las necesidades de salud de la población implica que se intente satisfacer las necesidades en la forma más amplia posible, tanto si estas se definen en forma objetiva (definidas por expertos no por normas preestablecidas) o subjetiva (percibidas por el individuo o la población).

Servicios de salud orientados hacia la calidad, respondiendo a las necesidades de las personas tratándolas con dignidad y respeto, asegurando la mejor intervención para sus problemas de salud y evitando cualquier daño. Esto requiere la actualización continua de conocimientos para los profesionales. Exige además procedimientos para evaluar la eficiencia/efectividad/seguridad de las intervenciones y para asignar los recursos en forma adecuada.

Responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, que aseguran que los derechos sociales se garanticen y apliquen, mediante políticas reguladoras y procedimientos legales que permitan a los ciudadanos exigir sus derechos en caso de que no se respeten.

La justicia social implica que las acciones de gobierno deberían ser evaluadas por el grado en que aseguran el bienestar de los ciudadanos especialmente los más vulnerables⁶⁸.

La sostenibilidad, exige la planificación estratégica y un compromiso a largo plazo, particularmente en lo relativo a la sostenibilidad económica.

La participación convierte a los individuos en socios activos en la toma de decisiones sobre la asignación de recursos, la definición de prioridades y en la garantía de la rendición de cuentas. En términos individuales las personas deben ser capaces de tomar decisiones de forma libre y con información sobre su salud y la de sus familias. A nivel social la participación en el ámbito de la salud es una faceta de la participación cívica en general, garantiza que el

⁶⁸ Algunas estrategias par lograr justicia social en el sector salud incluyen: que las personas sean tratadas con respeto y dignidad, mejorar la cobertura de los pobres, asignar recursos adicionales para satisfacer necesidades de las personas desfavorecidas, mejorar la educación, asegurar la participación activa de los ciudadanos en la planificación y control del sistema de salud, combatir los determinantes sociales de las desigualdades en salud (OPS/OMS, 2007)

sistema refleje los valores sociales y proporciona un medio de control social respecto de las acciones públicas y privadas que repercuten en la sociedad.

La intersectorialidad significa que el sistema de salud debe trabajar con distintos sectores y actores para velar por que las políticas públicas procuren maximizar su contribución a la salud y al desarrollo humano (sector público y privado en empleo, trabajo, educación, vivienda, agricultura, producción y distribución de alimentos, medio ambiente, agua y saneamiento, protección social y planificación urbana).

- Los **elementos** estructurales y funcionales se interrelacionan y están presentes en todos los niveles del sistema de salud.

La cobertura y el acceso universales, suponen que los mecanismos de financiación y organización son suficientes para cubrir a toda la población, eliminando la capacidad de pago como barrera para el acceso a los servicios de salud. La ausencia de barreras a la atención de la salud abarca, además, a las de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género.

El primer contacto refiere a que la atención primaria debe ser la puerta principal de entrada al sistema de salud y el lugar donde se resuelvan la mayoría de los problemas de salud.

La atención integral, integrada y continua, implica que los servicios disponibles deben ser suficientes para responder a las necesidades de salud de la población (incluyendo promoción, prevención, diagnóstico precoz, atención curativa, rehabilitadora y paliativa, y apoyo al autocuidado). Requiere la coordinación entre todas las partes del sistema.

La orientación familiar y comunitaria supone que el sistema no descansa exclusivamente en una perspectiva individual o clínica. La familia y la comunidad son los ejes principales de la planificación y la intervención del sistema.

El énfasis en la promoción y la prevención permite ir más allá de la orientación clínica, abarcando la educación y el apoyo en el trabajo, las escuelas y los hogares. La promoción de la salud requiere criterios normativos y políticas para mejorar las condiciones de trabajo, la seguridad laboral, y reducir los riesgos ambientales. Las estrategias de promoción de la salud incluyen a las partes del sistema de salud y a otros actores sociales.

Cuidados apropiados superando la simple atención de una enfermedad o un órgano, centrándose en la persona como un todo y en sus necesidades sociales y de salud, adecuando las respuestas a la comunidad local y a su

contexto a lo largo de la vida, con intervenciones seguras y que no impliquen daños o perjuicios de ningún tipo.

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

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

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

Suponer una base moral común asociable a los marcos legales corre la misma suerte, sociológicamente es difícil considerar la existencia de tal cosa per se. A lo sumo, algunos desarrollos conceptuales defenderán su existencia y otros la cuestionarán. En este sentido, junto a Durkheim se podría suponer la existencia de una conciencia colectiva (el conjunto de creencias y sentimientos compartidos conjuntamente por los miembros de una sociedad)⁶⁹. Pero también podría suponerse, junto a Gramsci, que la pretendida base moral de una sociedad no es más que parte

⁶⁹ En Durkheim, la conciencia colectiva en la sociedad moderna convive con la diferenciación de funciones y la especialización, y supone un tipo de solidaridad (lazo social) específico (**solidaridad orgánica**). Aquí la solidaridad no emerge simplemente de un conjunto de creencias y sentimientos compartidos, sino de la interdependencia funcional en la división del trabajo. Ver: Giddens (1998)

de los intentos de construcción de hegemonía, es decir, de una dirección política y cultural de un grupo social sobre otros segmentos sociales.

Por otra parte, ya se ha señalado que el ejercicio de los derechos por parte de los ciudadanos supone considerar las condiciones reales en las que los sujetos se inscriben, y los procesos de construcción y reconstrucción de la sociedad entendida como una estructura diferenciada en la que se alistan clases, grupos y los propios individuos. Abordar esas condiciones da cabida al problema de los procesos de desigualdad y diferenciación, en relación a los recursos materiales y simbólicos de los sujetos sociales para producir, reproducir y/o transformar la propia realidad. Los procesos de desigualdad y diferenciación sociales constituyen el marco estructural o general en el que los sujetos construyen y representan la realidad. Se trata de las condiciones sociales en las que las clases/grupos y los sujetos realizan elecciones, evalúan y emiten juicios (valorativos o pragmáticos), orientan sus acciones y construyen prácticas concretas⁷⁰.

En cuanto a los **principios**, el apartado concentra predominantemente en lineamientos para las acciones de los gobiernos, en tanto que garantes de los derechos sociales y de su aplicación, y responsables de las acciones orientadas al bienestar de los ciudadanos (incluida la oferta de servicios de salud de calidad), salvaguardando la sostenibilidad económica. Refiere además a la relación del sistema de salud con distintos sectores y actores y ubica a la participación básicamente como mecanismo de control, a nivel individual (sobre los recursos económicos y la definición de prioridades) y social (sobre las acciones públicas y privadas) que garantiza el sostenimiento de valores sociales.

Aquí las acciones de los gobiernos aparecen desligadas de los actores, procesos sociales y las relaciones de poder en juego. Aparecen como abstractos garantes de derechos y responsables de ciertas condiciones de bienestar colectivo. Consecuentemente se apela a la participación como mecanismo, como medio para resguardar y garantizar el apropiado funcionamiento del sistema, desligándolo de las relaciones sociales constitutivas y concretas. No pueden ser más que declaraciones sesgadas e irrealistas.

En perspectiva sociológica, podemos considerar, junto a Giddens (1991), que gobierno refiere al aparato político, al conjunto gobernantes y funcionarios, agrupados en instituciones que toman regularmente decisiones que afectan al conjunto de la sociedad. La forma en la que se afecta el alcance y contenido de las actividades

⁷⁰ Se trata de considerar lo que Bourdieu (2012) denomina habitus de clase, entendido como forma incorporada de condición de clase y de los condicionamientos que esta impone.

gubernativas corresponde a la política, a los medios por los cuales se emplea el poder, y trasciende el aparato gubernativo porque incluye actores que no forman parte de él.

Pero la política como ámbito del poder social, puede entenderse en términos más amplios: las desigualdades sociales y económicas dan lugar a enfrentamientos por el control del poder (en función de intereses contrapuestos), y en ese enfrentamiento el Estado se pretende como árbitro de los conflictos aunque sea en realidad garante de los intereses de la clase dominante.

En estos términos más amplios, la acción política supone relaciones de poder y el poder está conformado por relaciones de fuerza entre clases sociales (Kohan, 2006).

Esto nos lleva a considerar la manera en que se entienden las relaciones entre la diversidad de actores sociales, que construyen acciones tanto individual como colectivamente. Suponer la existencia de distintos actores no dice mucho sobre los procesos sociales implicados. En el documento a lo sumo se asume la diversidad de sectores y actores, perspectiva que oculta las características de las relaciones sociales implicadas y que al pasarlas por alto o minimizarlas, permite hacer llamamientos al trabajo intersectorial en pos de orientaciones valorativas, técnicas, o del orden que fuera, superando disidencias.

Nuevamente es útil recuperar una perspectiva gramsciana. La confrontación social (ideológica y política) se realiza en el espacio formado por las instituciones de la sociedad civil, allí se da la acumulación de fuerzas y los cambios en la correlación de fuerzas⁷¹. La hegemonía⁷² implica a las instituciones gubernamentales, al parlamento, el sistema jurídico y también de los sindicatos, partidos políticos, medios de comunicación, centros educativos y culturales, etc. En este espacio complejo se construye y reconstruye la hegemonía de la clase dominante, a la vez que constituye el espacio abierto para la confrontación social, la contrahegemonía. Se trata del lugar privilegiado de la actividad política.

⁷¹ Naturalmente, existen mecanismos sociales que enmarcan el conflicto social institucional y legalmente. Una forma de caracterizar estos mecanismos lo hallamos en Peter Berger (1963) quien considera que el control social que le permite al Estado democrático garantizar la convivencia entre los individuos se da en tres campos que orientan la acción social individual. El primer campo es el de la coacción física, a cargo del Estado quien lo monopoliza legalmente (la punición se sustenta en el principio de legalidad). El segundo campo es el de la coacción económica, el Estado provee previsibilidad jurídica al cálculo racional en el que se basa el mercado (el mercado es una institución de control social basado en el principio de productividad). El tercer campo es la coacción interna (la obligación interior del propio individuo) (extraído de Pinto, 1998). La versión de Berger supone a la cultura en una función claramente reproductora del orden social, cabría aclarar que es posible pensarla como propone García Canclini (1995) vinculada al concepto de hegemonía y atinente a fenómenos que, mediante la representación o reelaboración simbólica de las estructuras materiales, tienden a reproducir o transformar el sistema social.

⁷² Refiere a la potencialidad de un grupo social para dirigir, ideológica y culturalmente, a otros grupos sociales a través de aparatos de naturaleza predominantemente política (Kohan, 2006)

En lo relativo a los **elementos**, se refieren principalmente las características de los servicios de salud,⁷³ ubicando a las necesidades de la población en un lugar significativo y apelando a una orientación superadora de la práctica médico-clínica tradicional. Ubica a la atención primaria como principal puerta de entrada a un sistema de salud coordinado, y en el lugar donde se resuelvan la mayoría de los problemas de salud, lo cual en principio invita a una transformación de los sistemas de salud de distintos países. Por otra parte se avanza sobre las prácticas de organización y gestión óptimas para mejorar la provisión de atención y recursos humanos adecuados del propio sistema de salud. Al respecto se mencionan la necesidad de que se posean conocimientos y habilidades adecuados, observar las normas éticas y tratar a las personas con dignidad y respeto. Para ello se recomienda la capacitación, incentivos para mantener al personal en sus puestos, y equipos multidisciplinarios. Finalmente, en el documento se respalda la orientación hacia lo colectivo y se desplaza el énfasis que ha tenido y tiene en muchos contextos la práctica médica clínica abriendo la consideración sobre la salud y las condiciones de vida. Asociado a esto se reivindican mecanismos de participación a nivel individual y colectivo.

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

En primer lugar y relación a los cuestionamientos del predominio de la medicina como ámbito que opera principalmente sobre la enfermedad y la orientación predominante de los servicios de salud hacia lo curativo, cabe señalar que no son novedosos. Sin embargo no es vacío recordar los principales núcleos de discusión, sobre todo porque muchos de ellos resuenan actuales a pesar de las décadas transcurridas y porque remiten a la realidad histórica de la región.

El primero remite al cuestionamiento del paradigma científico-médico occidental y sus limitaciones para abordar los problemas relativos a la salud y la enfermedad de los conjuntos sociales. Hay que señalar que dentro del conocimiento médico occidental de los últimos siglos, la exclusión de la dimensión social en el abordaje de los problemas de salud y enfermedad, no siempre fue la regla. Durante el siglo XIX, los problemas de salud pública vinculados a la Revolución Industrial y los conflictos

⁷³ Como se vio en apartados previos la discusión sobre las características de los servicios de salud (y la necesidad de introducir reformas) lleva ya algunas décadas y constituye un tema particularmente crítico en los países latinoamericanos. La apuesta por la cobertura y acceso universales a los servicios de salud re-ubica en la mesa de discusión líneas políticas de organización del sistema que fueron cuestionados en los 90.

sociales a ella asociados generaron análisis y propuestas en los que la dimensión social tenía relevancia, tal como queda expresado en los emblemáticos trabajos de J. Snow sobre el cólera en Inglaterra (Costa y Costa, 1989). El interés en las dimensiones sociales y culturales de la enfermedad estuvo presente claramente en el pensamiento científico del siglo XIX y en relación con los problemas de la salud pública desencadenados por la revolución industrial. Como señala Lieban (1992), este fue el período de desarrollo de la medicina social, dirigido por figuras como Villerme en Francia y Virchow en Alemania. Sin embargo, hacia fines del siglo XIX la medicina renuncia a este enfoque y concentra su atención en los microbios como causas inmediatas de la enfermedad y los efectos de su presencia en el cuerpo humano (Lieban, 1992). Con este giro, la enfermedad se plantea como un fenómeno biológico donde la causa se asocia a agentes microscópicos (bacterias, microbios, etc.), y al pertenecer al orden de la naturaleza las interpretaciones médicas se desarrollarán apoyándose en las "ciencias exactas" (química, física, biología). Esta será la aproximación principal al menos hasta mediados del siglo XX en Occidente.

Pero desde cerca de mediados del siglo XX, y particularmente en Latinoamérica, comienza una fuerte revisión del enfoque biomédico de los problemas de salud y la enfermedad. Como señala Laurell (1986) desde fines de los años '60 y frente al creciente deterioro de la salud colectiva resultaba cada vez más visible la gran desigualdad social ante la enfermedad y la muerte, y este fenómeno podía ser explicado en términos de su carácter de clase y se comienzan a cuestionar los postulados desarrollistas que auguraban un mejoramiento de las condiciones de salud como resultado del crecimiento económico⁷⁴. Asimismo el deterioro de las condiciones de salud no podía ser dilucidado considerando solo las 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.

Estos cuestionamientos formaron parte de lo que se llamó la corriente de la *medicina social latinoamericana* y, como señala Laurell (1986), esta revisión crítica en esta época fue posible no solo por análisis surgidos en el ámbito científico sino que se

⁷⁴ 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).

desarrolla con un impulso decisivo proveniente de los movimientos sociales. El énfasis de la corriente de la medicina social latinoamericana en el carácter social del proceso salud-enfermedad implicaba una reformulación teórica y metodológica. Hay una diferencia sustantiva entre plantear el proceso biológico humano como un fenómeno natural y postular que el proceso biológico humano asume formas históricas específicas⁷⁵. Analizar la salud-enfermedad como proceso social (destacando su articulación con los procesos económicos, políticos e ideológicos de la sociedad⁷⁶) subraya el papel central de las ciencias sociales y su aporte de elementos teóricos y metodológicos específicos⁷⁷. Lo que se pone en evidencia es la necesidad de repensar por completo el problema, al menos considerando cuatro cuestiones: 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 con un abordaje de lo social conceptualmente enfocado predominantemente 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)⁷⁸.

⁷⁵ 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).

⁷⁶ La perspectiva teórica en que se asienta este enfoque recupera los conceptos de clase social y proceso de trabajo en su acepción materialista histórica.

⁷⁷ 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".

⁷⁸ Laurell (1986) sostiene que 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 bio-químico-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.

Esta forma de repensar la salud y la enfermedad, y los argumentos que ubican la centralidad de los procesos sociales, son centrales para construir una mirada crítica sobre la concepción de la salud y la enfermedad sostenida por la OPS/OMS y sobre las modificaciones que el propio organismo introduce para abordar un problema que excede el acercamiento médico. En este sentido, resulta interesante recobrar las aproximaciones presentes en los dos últimos documentos que se recuperaron en este capítulo, esto es, el de 1990 y 2007.

La definición inicial de salud y enfermedad (*el estado completo de bienestar físico, mental y social*), si bien permitía ampliar el reduccionismo biológico al incluir lo psicológico y mencionar lo social, no sortea la dificultad que implica definir el "estado de completo bienestar" de cara al supuesto ahistórico y etnocéntrico en el que descansa. Para los 90, la OPS/OMS señalaba la complejidad de los fenómenos de salud y aludía a la interacción simultánea de muchas variables (desde procesos físicos, químicos y biológicos hasta las relaciones culturales y sociales). En el documento de 2007, se asume la existencia de complejas relaciones entre los determinantes sociales, económicos, políticos y ambientales de la salud y su distribución en la sociedad. Se propone partir del reconocimiento de la salud como una capacidad humana básica, un requisito para que los individuos realicen sus proyectos de vida, un elemento indispensable en la construcción de las sociedades democráticas y un derecho humano (OPS/OMS; 2007:3)

En particular, el documento de 1990 dedica buena parte a dejar sentada una perspectiva conceptual para abordar la problemática de la salud y la enfermedad, incluyendo una aproximación a lo que se entiende por *social* o por *sociedad*. No sería inadecuado pensar que este detallado esfuerzo por explicitar conceptualmente un enfoque, es correlato de las discusiones impulsadas en décadas previas en las que diversas disciplinas, incluidas las ciencias sociales, aportaron enfoques variados. En dicho documento, emerge una perspectiva que recupera la analogía orgánica y define a la comunidad como un *organismo social*. Se la concibe como "una unidad biológica, sociológica y cultural, y su estado de salud-enfermedad es resultado de un proceso dinámico de interacción entre ella y el ambiente tanto físico como sociocultural" (OPS/OMS;1990). Desde esta perspectiva, una comunidad, al igual que un individuo, puede estar enferma, impedida o saludable. 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 más⁷⁹- para afectar al comportamiento y los*

⁷⁹ 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

resultados con respecto a la salud, como por ejemplo, en la influencia del estilo de vida⁸⁰ en la salud." Aunque con cierta importancia diferencial, queda clara la posición de lo social como una variable más en el conjunto. Frente a este tipo de interpretación, cabe recordar que en el ámbito de las ciencias sociales se ha subrayado el propio carácter social del proceso salud-enfermedad: lo que se plantea es que en la relación entre lo biológico y lo social, el primero se halla subsumido al segundo, relación que se comprende cabalmente al asumir una perspectiva histórica. La tarea es analizar el contenido de los procesos sociales que transforman los procesos biológicos de un modo más complejo que el cambio de probabilidades de estar expuesto a distintos factores de riesgo (Laurell, 1986).

A diferencia del documento de 1990, en 2007 la OPS/OMS no avanza sobre precisiones acerca de la conceptualización o perspectiva sobre lo social, en cambio opta por una definición de derechos, reconoce las complejas relaciones entre los determinantes de la salud y asume, además, que las mejoras en la salud suponen considerar un contexto socio-económico y político en el que es necesaria la colaboración entre múltiples sectores y actores.

En segundo lugar, y en referencia a los principales señalamientos agrupados en los denominados "elementos" presentes en el documento de 2007 de la OMS, conviene sentar algunas consideraciones sobre la salud y las condiciones de vida y la reivindicación de mecanismos de participación a nivel individual y colectivo.

En el documento se sugiere que las condiciones de salud de la población exceden el sector de salud propiamente dicho e involucra al menos las condiciones de trabajo y los riesgos ambientales. La orientación clínica del sector salud se muestra limitada ante estos problemas lo cual lleva a la apelación a otros actores sociales y a la necesidad de incluir criterios normativos y construir políticas que excedan lo

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.

⁸⁰ Como señala Menéndez (1998), el concepto de **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 que ciertamente tienen que ver con ciertas formas o "estilos" de vida). 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.

sectorial y avancen sobre el colectivo. Pero además se reivindican mecanismos de participación. La participación aparece asociada por un lado a actividades de gestión, regulación y control de la comunidad hacia el sector salud, pero también aparece 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.

En este sentido, es útil recuperar algunos alertas en torno a por un lado los determinantes de los procesos de salud-enfermedad y la capacidad de los conjuntos sociales para influir en la toma de decisiones al respecto. En primer lugar, una cuestión ya señalada, es 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 de la población mucho tienen que ver con fenómenos sociales de carácter estructural, que involucran tanto a la sociedad civil como al Estado, y en particular a las relaciones de fuerza y los intereses de clase involucrados. En ese entramado de relaciones sociales es necesario ubicar las acciones de los individuos y los grupos y conjuntos sociales.

Las acciones individuales en pos del logro de estilos de vida saludables (lo que podemos denominar autocuidado), no consisten exclusivamente en acciones racionales por parte de los sujetos. Además, como señala Ugalde (2006), el autocuidado (individual, familiar y colectivo) puede ser considerado desde al menos dos posiciones ideológicas distintas. La posición conservadora lo rescata para justificar la reducción del rol del sector público y para la responsabilización de individuos, familias y comunidades de su propia salud. La posición que Ugalde denomina liberal, en cambio, cuestiona la orientación biomédica de la medicina y la medicalización abogando también por la desprofesionalización de la medicina. En esta posición el Estado no está ausente y sus responsabilidades abarcan la protección de los ciudadanos contra los productores de enfermedad y muerte, y la educación de los ciudadanos en salud.

En segundo lugar, encontramos literatura que considera que solo se puede hablar de participación auténtica cuando la comunidad participa en la toma de decisiones. La participación se caracteriza según una línea que va desde las formas de participación inducidas desde afuera (manipulativas) hasta las que se centran en el control ciudadano en las decisiones y recursos en salud, de tal modo que comunidades y gobierno negocian de igual a igual. En este último sentido algunos autores consideran que la participación debe ser una forma de incrementar el poder de las comunidades (*empowerment*) y más que una participación en el proceso decisorio

se trata de una participación en acción social y política. Otros han señalado la necesidad de dotar de poder a los desposeídos y enseñarles tácticas de negociación política en la toma de decisiones democráticas (Ugalde, 2006).

En tercer lugar, las agencias y personas que trabajan en proyectos de desarrollo han definido la participación comunitaria de una forma mucho más acotada, en la cual equivale a la cooperación o involucramiento (*involvement*) de la comunidad respecto de la entidad (agencia internacional, ONG, gobierno, universidad) que lleva a cabo un proyecto (Ugalde, 2006).

En cuarto lugar, otros autores y gobiernos consideran que existe participación cuando hay movilización de masas o voluntarios que participan en actividades organizadas por agencias o gobiernos (por ejemplo campañas de vacunación, construcción de viviendas, letrinas o acueductos, campañas de saneamiento, etc.) (Ugalde, 2006).

Estos cuatro puntos referidos por Ugalde, permiten pensar en más de una posibilidad abierta al considerarse la relación entre la participación de la población en salud y las modalidades que esta asume y las capacidades concretas de construir poder en el entramado de relaciones de fuerza. Se trata de la dimensión política de un proceso social que se manifestará a nivel colectivo y de los grupos, atravesando también a los individuos.

Pero, también se podría considerar junto a Menéndez, que “de hecho, la experiencia de sujetos, microgrupos y movimientos sociales evidencian que una parte de sus logros se dan en términos de s-e-a [salud-enfermedad-atención], y no de la transformación social en términos políticos (...) los movimientos, las luchas, las acciones no solo son discontinuas, sino que una parte del trabajo participativo tanto a nivel práctico como ideológico solo se mantiene en la mayoría de los casos durante un escaso tiempo dada una multiplicidad de procesos”, “el trabajo participativo no debe ser pensado exclusiva y excluyentemente en términos de acción y sobre todo de acciones aplicadas, sino también en términos teóricos e ideológicos entendidos como necesariamente complementarios y no como antagónicos” (Menéndez, 2009:239).

De ser así, la experiencia de la participación implica también un acervo que podrá ponerse en juego como recurso individual y colectivo en ciertos contextos de tal manera que trasciendan el orden microgrupal. Estas experiencias “silenciosas” son potencialmente constructoras de solidaridad y ciudadanía, aunque también pueden reproducir estructuras de poder tradicionales. En todo caso, nos encontramos frente a la dinámica propia de los procesos sociales.

Los sujetos se construyen en relaciones sociales, de allí que las acciones y relaciones que construyan y en las que se desenvuelven (reproduciéndolas o

transformándolas), implicarán tanto situaciones de mayor o menor simetría, procesos de colaboración y empatía, como situaciones de competencia, enfrentamiento y subordinación/resistencia.

A manera de síntesis:

En este apartado se abordaron distintas aproximaciones conceptuales sobre la atención primaria de la salud y la participación, tomando algunos documentos significativos: la declaración de la Conferencia de APS de Alma Ata de 1978 y la carta de Ottawa (1986); una serie documental de 1990 sobre los Sistemas Locales de Salud (SILOS) y los documentos presentados entre 2007 y 2008 en los que, a raíz del 30º aniversario de la declaración de Alma Ata que propuso la renovación de la atención primaria de la salud.

La declaración de la Conferencia Internacional de Atención primaria de la Salud, de Alma Ata (1978), presenta la definición más conocida (y posteriormente debatida) sobre la salud que la entiende como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo como ausencia de enfermedad, y como un derecho humano fundamental.

Se saben las dificultades para caracterizar el “completo estado de bienestar” al que se alude, pero al introducir un ámbito que excede la enfermedad permitió la consideración (al menos potencialmente) de la dimensión social y política de la salud y la enfermedad relacionada con las condiciones de vida de los conjuntos sociales. Si bien el documento presenta una apelación valorativa al desarrollo y la integración desligada de los procesos estructurales de carácter económico político que explican las características de las relaciones de desigualdad en las sociedades occidentales modernas que encuentran correlato en los procesos de salud-enfermedad de los conjuntos sociales, constituyó un referente en las discusiones posteriores. En segundo término, la mención a que la salud forma parte de los derechos humanos introduce un tema que retoma actualidad a la luz de las discusiones más recientes, particularmente al considerar que la responsabilidad de los gobiernos en relación a la salud de sus poblaciones involucra medidas sanitarias y sociales que exceden al sector salud (aunque lo implican).

Por otra parte, una de las características de la atención primaria, tal como aparece presentada en el documento remite a la estructura organizacional del sistema de salud y la organización y articulación de las instituciones que lo conforman atendiendo a criterios de complejidad (de los problemas de salud y de las respuestas técnicas ante ellos), ubicando a la APS con la puerta de entrada al sistema. Se plantea

también el componente más técnico de la atención primaria que refiere al tipo de actividades involucradas dirigidas a los principales problemas sanitarios de la comunidad a través de servicios preventivos, curativos y rehabilitadores. Incluye como mínimo ocho componentes fundamentales, algunos de los cuales exceden a los sistemas de provisión del servicio de salud.

Según el documento, la atención primaria requiere de dos tipos de actores, aquellos que son identificados como profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, comadronas, asistentes sociales, médicos de cabecera) formados social y técnicamente, y la comunidad y los individuos. Estos actores serán los centrales en relación a los procesos participativos en salud, y se postula la participación comunitaria e individual en la planificación, organización, desarrollo y control de la atención primaria sanitaria. Más allá de la identificación de las áreas en las que se supone se desarrolle la participación, no se problematiza el marco de relaciones de poder entre los actores. Esto es particularmente crítico en un ámbito particular signado por una relación de asimetría entre técnicos y legos que, si bien se hace evidente en la relación médico-paciente, la trasciende y tiende a reproducirse en otros ámbitos de discusión sobre la salud-enfermedad y entre los actores involucrados. Asimismo la participación en la toma de decisiones en la atención primaria implica actores que no son mencionados en el documento (planificadores, agentes y agencias gubernamentales, entre otros), sobre todo si se reconoce que se trata de un problema que excede al ámbito del sector salud. Por otra parte, la participación en la toma de decisiones será recuperada con posterioridad, y no solo por la OPS/OMS, haciéndose más visible en documentos y discusiones en la década de los noventa.

En cuanto a la consideración de que los problemas de salud, entendidos como problema de carácter público y colectivo y no ya como mero problema técnico-médico, hay que señalar que la declaración de Alma Ata ofreció y sigue ofreciendo un referente para la discusión política con esperables variantes ideológicas. Algunos referentes de la reflexión sobre este tema realizada desde las ciencias sociales han dejado sentado que los problemas relativos a los procesos de salud-enfermedad-atención implican un conjunto de saberes y prácticas que suponen una discusión política en la que opera un proceso permanente de reconocimiento/desconocimiento sobre los determinantes de los problemas de salud colectivos. Esta discusión política atraviesa a la APS y la participación en APS.

La Carta de Ottawa, ubica a la promoción de la salud en el centro del debate y conlleva una forma de entender la salud y una reflexión sobre los medios para alcanzarla. Si bien recupera señalamientos previos de la OPS también introduce un

énfasis particular al menos en tres puntos: que la situación de salud trasciende el sector sanitario y que supone un debate político; que el sector sanitario debe repensar su funcionamiento y características en términos de las relaciones de poder que construye; y que la comunidad/el pueblo y los individuos constituyen el sujeto fundamental en el proceso de lograr salud a nivel individual/colectivo y en la reorientación del sistema de salud.

Junto a la Declaración de Alma Ata, el documento enuncia la discusión sobre la salud (y la enfermedad) en un plano político y colectivo, trascendiendo la biomedicina y sus respuestas e intervenciones técnicas que con particular fuerza en las décadas de los 60-70 asistieron a transformaciones del propio proceso de trabajo médico que reforzaron la orientación curativa y de altos costos del modelo de atención. Uno de los problemas que emergen del planteo sobre la centralidad de la comunidad/individuos (por encima de los profesionales médicos y agentes especializados o comprometidos con la biomedicina) es su relación con las condiciones sociales estructurales en las que se inscriben. Si bien se contemplan, no se repara en los procesos de subordinación/subalternidad o de hegemonía de los procesos sociales, de tal manera que se apela a acciones coordinadas entre diversos sectores para que los individuos logren controlar aquello que permita el logro de un estado de salud (el desarrollo del máximo potencial de la salud). El problema de las relaciones de poder y de las condiciones sociales estructurales se subsume a un problema de coordinación, y por lo tanto, potencialmente de gestión individual y/o colectiva.

En el documento "Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud" se plasma la perspectiva respecto de la atención primaria de la salud y la participación de la población que va a ser considerada como referente a lo largo de la década de los 90. 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 y se propone una estrategia superadora conocida como sistemas locales de salud (SILOS). Respecto de los intentos por promover algún tipo de participación en materia de salud, se reconoce que los éxitos obtenidos han sido variados. Esta disparidad en los resultados se explica por la asistematicidad de muchas actividades y la carencia de una definición clara de participación o de medios compatibles para su logro.

En cuanto a la participación social en los sistemas locales de salud, el documento señala que 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. 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.

Otro de los puntos cuestionados en el documento refiere a la estructura del sistema de servicios de atención de salud (centralización y burocratización) la relación jerárquica entre médico y paciente; y la primacía del tratamiento médico individual por encima de campañas de promoción y prevención de la salud. Al respecto es importante señalar que la centralización y burocratización (y el correlato ubicado en la descentralización) deben ser comprendidas como parte del propio proceso de desarrollo económico político del capitalismo que conduce a la concentración y organización privada y estatal de las actividades médicas que ha determinado además la subordinación histórica de la prevención respecto de la curación (Menéndez, 1990; Cordeiro, 1984). Respecto de la relación de asimetría entre el médico y el paciente, constituye uno de los rasgos del modelo biomédico hegemónico. Finalmente, respecto de la participación subyace la antigua diferenciación que en la teoría social se ha aglutinado en torno a las nociones de comunidad y sociedad. Puede reconocerse una idealización de la comunidad (una comunidad unida, sana, donde impera el bienestar común) que peca de ingenuidad al ignorar las relaciones de poder o de asimetría, y de desigualdad en términos de recursos materiales y simbólicos.

El documento la OPS/OMS de 2007 denominado “La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas” propone una revisión del legado de Alma Ata y busca sentar las bases de una nueva estrategia para la renovación de la APS, entendida como “Enfoque de Salud y Derechos Humanos” que pretende superar los aspectos específicos de las enfermedades y apunta a políticas de desarrollo apoyadas por compromisos legislativos y económicos.

Se plantea el reconocimiento de los determinantes sociales y políticos de la salud y que las políticas de desarrollo deberían apuntar a conseguir mejoras en materia de salud, que trascienden las acciones limitadas al propio sistema de salud. En este sentido no se aparta del documento de 1978. En cambio, la salud es definida con una variación respecto de la definición original de Alma Ata. Aparece 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 humano.

El derecho a la salud en tanto derecho humano supone 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. Queda aquí planteada la visible tensión que atraviesa el documento entre la mención a problemas sociales, políticos y económicos de orden general y la retórica apelación a los esfuerzos para garantizar esos derechos bajo las condiciones histórico-sociales que refieren a los procesos sociales de desigualdad.

La propuesta de la APS entendida como “Enfoque de Salud y Derechos Humanos”, podría ubicarse en relación a lo que Abramovich y Pautassi (2006) identifican como un momento en que el direccionamiento de la política a nivel mundial incorpora el marco de derechos. En esta nueva 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.

El documento presenta también una suerte de marco conceptual/valorativo para la orientación del este sistema de salud, que recupera la idea de constituir una base moral común a la sociedad con correspondencia en marcos legales internacionales, acompañada de la capacidad de acción de ciudadanos en el ejercicio de sus derechos morales y legales. Al respecto conviene recuperar la idea de que los marcos legales, entendidos como productos socialmente construidos, en principio resultan de procesos de lucha, negociación, conflicto y consenso entre distintas fuerzas sociales y que por tanto implican valores e intereses diversos. Las normas jurídicas permiten regular la conducta social aunque no constituyen la única forma de regulación y no están exentas de impugnaciones/cuestionamientos y cambios, imbricados en el escenario específico de las luchas sociales en condiciones sociohistóricas específicas. Por otra parte, el ejercicio de los derechos por parte de los ciudadanos supone considerar las condiciones reales en las que los sujetos se asientan, y los procesos de construcción y reconstrucción de la sociedad entendida como una estructura diferenciada en la que se inscriben clases, grupos y los propios individuos. Se abre entonces un problema que atañe a los procesos de desigualdad y a los recursos materiales y simbólicos de los sujetos sociales para producir, reproducir y/o transformar la propia realidad.

En cuanto a la participación, el documento la encuadra básicamente como mecanismo de control (a nivel individual y social) que garantiza el sostenimiento de valores sociales y las acciones de los gobiernos aparecen desligadas de los actores, procesos sociales y las relaciones de poder en juego, como abstractos garantes de

derechos y responsables de ciertas condiciones de bienestar colectivo. Consecuentemente se apela a la participación como mecanismo, como medio para resguardar y garantizar el apropiado funcionamiento del sistema, desligándolo de las relaciones sociales constitutivas.

Pero la participación 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. 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 de la población mucho tienen que ver con fenómenos sociales de carácter estructural, que involucran tanto a la sociedad civil como al Estado, y en particular a las relaciones de fuerza y los intereses de clase involucrados. En ese entramado de relaciones sociales es necesario ubicar las acciones de los individuos y los grupos y conjuntos sociales. De no ser así, se transita el peligroso camino de la responsabilización en términos meramente individuales de los procesos salud-enfermedad-atención.

Pero, también se podría considerar, junto a Menéndez (2009), que parte de los logros de la participación en salud se da en términos del propio procesos de salud-enfermedad-atención, y no de la transformación social en términos políticos, y que una parte del trabajo participativo tanto a nivel práctico como ideológico sólo se mantiene durante un escaso tiempo dada una multiplicidad de procesos. De ser así, la experiencia de la participación implica también un acervo que podrá ponerse en juego como recurso individual y colectivo en ciertos contextos de tal manera que trasciendan el orden microgrupal. Estas experiencias “silenciosas” son potencialmente constructoras de solidaridad y ciudadanía, aunque también pueden reproducir estructuras de poder tradicionales. En todo caso, nos encontramos frente a la dinámica propia de los procesos sociales. Los sujetos se construyen en relaciones sociales, de allí que las acciones y relaciones que construyan y en las que se desenvuelven (reproduciéndolas o transformándolas), implicarán tanto situaciones de mayor o menor simetría, procesos de colaboración y empatía, como situaciones de competencia, enfrentamiento y subordinación/resistencia.

En el documento, la prestación de servicios y el sistema de salud, se presentan como directrices para la conformación de un sistema de salud basado en la APS. Se postula la necesidad de una organización integrada del sistema de salud articulado con otros sectores, el acceso universal a los servicios y marcos normativos, procesos de gestión y recursos adecuados. El tema de las características de los servicios de

salud y la apuesta por la cobertura y acceso universales a los servicios de salud reubica en la discusión, líneas políticas de organización del sistema que fueron cuestionadas en los 90. La atención primaria aparece como la principal puerta de entrada a un sistema de salud coordinado, y como el lugar donde se resuelvan la mayoría de los problemas de salud. Consecuentemente se proponen prácticas de organización y gestión para mejorar la provisión de atención y recursos humanos adecuados (capacitación, incentivos para mantener al personal en sus puestos y equipos multidisciplinarios). Pero también se sugiere que las condiciones de salud de la población exceden el sector de salud (e involucran al menos las condiciones de trabajo y los riesgos ambientales), lo cual lleva al planteo de la necesidad de incluir a otros actores sociales, criterios normativos y construir políticas que excedan lo sectorial. Se ha señalado que el cuestionamiento al predominio de la medicina como ámbito que opera principalmente sobre la enfermedad y la orientación predominante de los servicios de salud hacia lo curativo, constituyen puntos que no son novedosos (han sido cuestionados en la serie documental de 1990) y muchas de las principales críticas provienen de las ciencias sociales. En particular, la reorientación del sistema hacia la atención primaria ubicada como el aspecto central choca con límites estructurales, como ha señalado Menéndez (1990; 2006), que remite a las características del Modelo Médico Hegemónico.

Capítulo III

Debates en torno a las experiencias participativas en salud en el marco de la APS

Son múltiples los trabajos que aluden a las discusiones conceptuales sobre la APS y la participación comunitaria en salud, y en menor medida se encuentran trabajos que aludan a acciones o experiencias concretas sobre atención primaria de la salud (APS) y participación. Varios de ellos provienen de autores formados en las ciencias médicas, algunos tienen vinculación con agencias internacionales, y la bibliografía mayormente hace alusión a países de América Latina.

Entre los trabajos que refieren a Latinoamérica desarrollados por científicos sociales que hagan referencia a experiencias en APS en los que se reflexione sobre la participación, se destaca un muy citado y emblemático trabajo sobre las políticas de APS y la participación comunitaria en Costa Rica (Morgan, 1993). Otros trabajos significativos son los de Ruiz (2007) que compara las experiencias de asociación entre distintos actores llevadas adelante en el marco del programa UNI⁸¹ (financiado por la Fundación Kellogg) en Colombia, Nicaragua, México y Perú, un trabajo de Delgado Gallego y colab. (2005) que analiza los conceptos de distintos actores sobre la participación social en Colombia, y el trabajo de Anigstein (2008) que aporta consideraciones sobre iniciativas estatales de implementación de políticas de participación ciudadana, social y comunitaria en Chile.

Podría agregarse, además, el documento de la OPS/OMS (1990) referido al desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en el marco de la transformación de los sistemas nacionales de salud que se desarrollaron durante la década de los '80 en países como Barbados, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, etc., que contienen una suerte de diagnóstico de la situación de la APS en Latinoamérica.

Por otra parte, no son muchos los trabajos en circulación (en especial aquellos elaborados por científicos sociales) que hagan referencia a la realidad de nuestro país en el último tiempo, y que contengan referencia a casos concretos (investigaciones basadas en “estudios de caso” o con referencia empírica), vinculables a los interrogantes y la perspectiva analítica de esta investigación.

Entre estos últimos destacamos dos trabajos que a pesar de no ser actuales, aportan elementos para la consideración de experiencias en nuestro país: uno que

⁸¹ La sigla resume el título “Una Nueva Iniciativa en la Educación de los Profesionales de la Salud: Unión con la Comunidad”.

analiza el programa de APS en el aglomerado urbano de Rosario (Bloch y colab., 1992), y otro sobre la atención de sectores populares en La Matanza (Frankel, 1988).

A estos se suma un trabajo de Bertolotto y colab (2011) que analizan los aprendizajes y las deficiencias observadas en el desarrollo de la estrategia de la Atención primaria de la salud (APS) en la República Argentina, a partir de un estudio comparativo de dos territorios (la Villa 31 de la ciudad de Buenos Aires y el Departamento de General Güemes en la provincia de Salta). Otros trabajos que refieren a la realidad de nuestro país, son los de Ariovich y Jiménez (2009) que proponen comparar y caracterizar los desempeños de la atención primaria de la salud, en un conjunto de efectores del conurbano bonaerense (municipios de Malvinas Argentinas, Tigre y San Fernando); Wolhein y colab. (2011), analizan la implementación del proceso de descentralización de la APS a partir de la sanción de la Ley de Salud (2007) en Misiones (Argentina); Ardila Gómez y colab. (2012) proponen un análisis sobre la implementación local de la atención primaria en el municipio de Lanús (provincia de Buenos Aires), a través de un abordaje cuantitativo; Maceira y colab. (2006) que analizan una experiencia que promueve la participación comunitaria en atención primaria de la salud en el municipio de Alderetes en la Provincia de Tucumán y Cejas (2007) que analiza otras dos experiencias además de la mencionada. Como antecedente en el planteo del problema de investigación y en referencia a la realidad de orden local, se puede incluir el trabajo previo de investigación sobre las diversas concepciones sobre la participación en salud que tomó como unidad de observación a CAPS del municipio de La Plata (Pagnamento, 2007), así como el trabajo de Castrillo (2013) sobre la participación en salud referido a la localidad de Berisso, en el que se realiza una aproximación a experiencias de diferentes actores en el ámbito de la Atención primaria de la salud (APS), en particular a partir del Programa de Formación y Capacitación de Promotores Comunitarios de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Entre el primer grupo de trabajos recuperados, Morgan (1993), presenta un análisis histórico de las políticas de APS en Costa Rica, con especial énfasis en la reflexión sobre el concepto de participación y las formas que esta asume tanto a nivel estatal como comunitario, tomando el caso de una pequeña comunidad agrícola (La Chiara) utilizando una aproximación metodológica que otorga preeminencia a lo cualitativo. La relevancia de este trabajo para esta investigación radica en la aproximación a la problemática de la participación y la APS desde una perspectiva histórica que busca articular lo micro y lo macro. Constituye un antecedente del análisis de formas de participación en materia de salud que remarca los procesos de

lucha política por conseguir recursos que redunden en la mejora de la salud tanto a nivel de organización de efectores como de saneamiento, y mejoras en las condiciones de vida y de trabajo. Asimismo alerta sobre la naturaleza antiparticipativa de la planificación en salud que se pone en evidencia al optar por una perspectiva histórica. En este sentido, señala la autora que las opiniones de las comunidades locales han sido prácticamente irrelevantes para los planificadores en salud (salvo acotadas excepciones) y existe un patrón histórico de falta de participación de la comunidad rural en la toma de decisiones en materia de salud, que debe ser referenciado en el marco de la lucha política y los intereses contrapuestos de los distintos segmentos y actores de la sociedad.

Más allá de la referencia a una realidad disímil de aquella que podemos identificar en el contexto local al que se refiere el estudio de caso que se propone, es de destacar la perspectiva que articula los procesos participativos en salud con procesos históricos más amplios que exceden la coyuntura de definición y ejecución de políticas en APS.

El trabajo de Ruiz (2007) propone una revisión de experiencias enmarcadas en el proyecto UNI en distintos países latinoamericanos, implementadas en la década de los 90 y que promovieron la participación social como mecanismo de fortalecimiento de la integración social⁸² ante un diagnóstico que identificaba como central el problema de la desintegración social asociado a la exclusión y marginación producto del crecimiento de la pobreza y la desocupación en la región.

El análisis se centra particularmente en la gestión asociada, que guió el objetivo de lograr mayores grados de participación comunitaria y que la autora considera especialmente significativo para el desarrollo de una ciudadanía emancipada. En su análisis, apoyado en la aplicación de técnicas cualitativas, se hace referencia a cuatro experiencias de gestión asociada en las que se destacan dos casos con logros importantes para los actores involucrados, y otros dos en los que los logros son muy modestos. Entre las conclusiones se menciona que en los casos analizados, la gestión asociada permitió cambios en las organizaciones y las personas pero que la existencia de una historia previa en la organización comunitaria fue crucial en las experiencias participativas. Se señala que en las organizaciones construidas para llevar adelante un proyecto (financiado) si bien es posible que algunas personas logren autonomía y desarrollo personal, no perviven más allá de lo que dura el apoyo financiero. Se demuestra entonces que cualquier proyecto que se implemente para

⁸² El programa UNI promovía la cooperación entre tres actores: universidades, servicios de salud y organizaciones comunitarias (Ruiz, 2007)

generar participación carece de capacidad e instrumentos para contribuir por sí solo a que las comunidades la generen, a la vez que muestran que la asociación más significativa para las organizaciones comunitarias y los sectores pobres es la que se establece con los organismos del Estado. Pese a ello, señala la autora, la gestión asociada como ejercicio de participación, demuestra su utilidad para consolidar una ciudadanía emancipada.

El aporte de este trabajo radica por un lado en que permite poner en discusión el contenido de aquello que se considera significativo en torno al fortalecimiento de la participación de la comunidad; y por otro lado, aporta elementos para el análisis del vínculo entre los sectores más vulnerables y pobres de la sociedad, sus organizaciones y las políticas sociales expresadas a través de los programas y proyectos implementados por distintos agentes. Este trabajo además sugiere la necesidad de considerar la experiencia participativa de los actores y sus relaciones al momento de generar y desarrollar propuestas y proyectos de participación comunitaria en salud. Resulta de interés considerar que las experiencias previas, con distintos grados de participación social y política en términos generales, influirán en la dinámica que la participación asuma y que ello debe ser tomado en consideración tanto al momento del diseño como de la implementación de las acciones que pretendan su fortalecimiento en el ámbito de la salud.

Delgado Gallego y colab. (2005) plantean un análisis del sentido y significado de la participación en salud para los diferentes actores involucrados en la implementación de la política de salud en Colombia (usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas) mediante un análisis de caso que incluye a dos municipios. Plantean que se ha estudiado muy poco la percepción de la participación de los distintos actores que interactúan cotidianamente y construyen el contexto en el cual se consolida la política de participación. De ello desprenden la necesidad de tener en cuenta los diferentes conceptos para fortalecer la vinculación entre la sociedad y los servicios de salud, y proponen un análisis cualitativo de los conceptos y opiniones acerca de la participación en salud.

Entre los resultados, señalan la diversidad de sentidos que asume la participación y su asociación a los roles y experiencias de cada uno de los actores. Por un lado, los sentidos de participación no se corresponden con el contenido explícito de la política y los documentos oficiales. Por otro, entre los usuarios se expresa un bajo nivel de participación que además no se define en términos de un derecho o deber; el personal de salud expresa una posición tradicionalista en cuanto a los roles que refuerza la relación asimétrica con los usuarios, buena parte de los líderes

comunitarios si bien hacen referencia a sentidos de solidaridad y compromiso social, reducen la participación al voluntariado; finalmente entre los gerentes y formuladores se destaca la falta de información sobre la normativa lo cual afecta directamente la implementación de la política de participación.

Este trabajo aporta resultados únicamente sobre la dimensión de los sentidos o significaciones de la participación, pero constituye una referencia de interés al considerar las opiniones de distintos actores involucrados en la implementación de una política de salud.

Anigstein (2008) aporta consideraciones sobre iniciativas a nivel estatal en pos de implementar políticas de participación ciudadana, social y comunitaria en Chile. Señala que desde los años noventa la inclusión de este mecanismo en la gestión pública se esgrime como una estrategia clave en los procesos de democratización y modernización estatal y en la búsqueda de lograr más eficiencia y mejor gobernabilidad. Señala que si bien el sector salud en Chile cuenta con muchas y variadas experiencias en participación social y comunitaria (que podrían pensarse como instancias democratizadoras), se abre el interrogante sobre si esos espacios son adecuados para generar procesos de participación efectiva y empoderamiento por parte de los ciudadanos y organizaciones sociales o comunitarias, considerando que se da una peculiar combinación entre una tradición democrática debilitada en muchas de las esferas de acción estatal y política por largos años de dictadura, y la matriz autoritaria presente en el seno de la biomedicina. Entre las conclusiones, la autora destaca que la participación social aparece con fuerza en Chile de la mano de la modernización estatal y a la vez como un mecanismo en busca de resolver los embates que ha sufrido la democracia como modo de convivencia y como régimen político en el contexto local y en contexto global. Por otro lado, el sector salud chileno ha tenido una trayectoria diferente a los demás sectores del Estado en razón de sus particularidades y como correlato de su articulación con organismos internacionales (OPS, OMS), por lo que es posible encontrar una mayor cantidad de experiencias en participación, que sin embargo no logran aumentar la soberanía personal real de los usuarios del sistema de salud y que a la vez reproducen las asimetrías que dan lugar a la definición de las reglas de uso de poder y de autodeterminación social por parte de unos pocos. La autora sugiere que la participación en salud no ha logrado un avance sustantivo en la democratización del sector, debido a que confluyen dos elementos transversales que impiden un despliegue amplio: la crisis de la democracia y su inserción en el campo específico de la biomedicina (posicionada como el modelo médico hegemónico a nivel global). Las características que la biomedicina ha

adquirido en función de su papel como MMH, la convierten en un chaleco de fuerza muy potente, ya que su transversalidad le permite sostenerse y reproducirse en variadas instancias de la vida cotidiana. En este sentido, las instancias de participación que florecen bajo su dominio, en muchos casos se transforman en espacios para la reproducción de la hegemonía de la biomedicina (se han centrado en la transmisión de información y la generación de actividades de apoyo a los establecimientos, tornándose en elementos de expansión de dicho modelo). Señala la autora que la participación en salud, a pesar de que se encuentra en un lugar privilegiado por el ímpetu con la que ha sido dotada desde el Estado, no logra consolidarse porque existe una pérdida de legitimidad de los mecanismos democráticos, a raíz de sus vicios procedimentales que impiden la inclusión de las personas y la incorporación de sus significados en el imaginario colectivo; y en segundo lugar, por la permanencia del MMH que opera absorbiendo y redefiniendo bajo sus propios parámetros todo elemento nuevo o distinto. Finalmente señala que uno de los puntos cruciales para avanzar en la participación en salud es el cuestionamiento del MMH como fuente de definición y mediador de cualquier proceso de participación social.

Este trabajo sugiere dos núcleos problemáticos que impiden el desarrollo de procesos participativos. Uno de ellos refiere a las particularidades del proceso de consolidación de la democracia no solo como régimen político sino como modo de convivencia, lo cual lleva a tomar en consideración la importancia de los procesos históricos al momento de reflexionar sobre los procesos de participación en el campo de la salud. El otro elemento, referido al modelo médico hegemónico, es tratado en términos de dominación más que de hegemonía. Si bien la autora reconoce que el modelo médico redefine todo elemento nuevo o distinto (es decir construye hegemonía) se desdibujan los procesos de cuestionamiento que acompañan esa redefinición. Quizá fuera más oportuno marcar las relaciones de fuerza y avanzar sobre el análisis de los cuestionamientos que muy posiblemente no logren impugnar todos los componentes de aquello que se denomina modelo médico hegemónico, pero que sin lugar a dudas se encuentran operando en la realidad social.

En cuanto a los trabajos desarrollados por la OPS/OMS sobre la participación social en los sistemas locales de salud (SILOS), se destaca un documento publicado en 1990 con base en un estudio realizado en varios países de América Latina y el Caribe que comprendió 30 SILOS.

Por un lado se constató la existencia de diferencias conceptuales entre las definiciones de participación social contenidas en las políticas de salud y aquellas expresadas por los actores sociales entre los que se incluyen a miembros de

instituciones. Asimismo se encontraron diferencias respecto de la conceptualización de los problemas prioritarios de salud. Frente a la importancia de la concertación, en el sentido de discutir y analizar los problemas de salud y convenir las formas de solución, se constató que la diversidad de las estructuras locales de poder afectaban la posibilidad de concertaciones y de democratización del saber. En este mismo documento se presentan un conjunto de sugerencias o recomendaciones derivadas de los estudios de casos para afianzar los SILOS como práctica integral de salud, y de técnicas de investigación para continuar indagando y generando estudios de casos, que aporten datos sobre las formas de organización y las conceptualizaciones sobre la participación de distintos actores sociales.

Este documento al provenir de la OPS/OMS constituye un referente ineludible al analizar la diagramación e implementación de experiencias en APS, a la vez que pone en discusión el plano de las relaciones de poder/saber que entrelazan a distintos actores. Esta dimensión, necesaria en el análisis, sin embargo debe ser enmarcada en procesos sociales mayores. Tal como surge del trabajo de Morgan (1993) puede suponerse la existencia de patrones históricos de participación/falta de participación, ineludibles a la hora de una aproximación al tema.

Entre los trabajos menos recientes que hacen referencia a nuestro país, Frankel (1988) describe una experiencia participativa realizada en La Matanza y en la que se buscó actuar sobre la vulnerabilidad familiar y la morbimortalidad perinatal en unidades domésticas con adolescentes embarazadas pertenecientes a sectores con NBI, mediante un modelo de intervención preventiva, en el que intervino un equipo interdisciplinario (médicos, asistentes sociales, psicólogos, sociólogos). Esta experiencia incluyó el trabajo en una asamblea comunitaria, talleres de reflexión y de debate realizados semanal y mensualmente, controles biológicos y nutricionales, y talleres con familias y con embarazadas realizados mensualmente. Además de los resultados favorables en términos de los indicadores biológicos, se relata la importancia del trabajo conjunto frente a un problema de salud en el que se destaca la democratización de la relación médico-paciente, la ubicación del saber médico como parte de las estrategias de la vida cotidiana y el afianzamiento de las redes de cuidado, atención y contención de las personas. El autor subraya la importancia de la acción grupal por sobre la individual que posibilita el cuestionamiento del modo en que se organiza la atención de la salud-enfermedad y afianza la democratización en el área de salud. Indica algunos obstáculos en la acción participativa tales como la dificultad del profesional en compartir su conocimiento y evaluar su modo de trabajar, la dificultad de integración de la población en cuanto que no asume un rol protagónico,

y la dificultad de las instituciones sanitarias, educativas y barriales en superar el estilo paternalista de control social. Entre los resultados obtenidos de esta experiencia el autor destaca que a partir de la posibilidad de compartir el conocimiento y la acción técnico profesional, y el conocimiento y la acción popular, se ha incrementado la confianza otorgada al equipo de salud revelando la posibilidad de resolver graves situaciones de desamparo y vulnerabilidad, y la oportunidad de poner en marcha acciones que fortalezcan el estado de salud de la población.

Más allá de que este trabajo date de finales de los ochenta, por un lado sirve para recordar los debates sobre la APS y en particular sobre la participación comunitaria, que se suscitaron en épocas cercanas al retorno de la democracia en nuestro país (baste recordar las Jornadas de atención primaria de la salud, iniciadas en 1987 con sede en la UBA y que reunían a distintos profesionales de distintos puntos del país). Por otro lado, refiere una experiencia temprana que demuestra resultados positivos aun cuando sea temporal y espacialmente acotada, y que no puede deslindarse de los debates y acciones desarrolladas en ese momento particular de la historia de nuestro país. Se trata de un trabajo que referencia resultados altamente positivos viabilizados por la participación. En este sentido, puede considerarse como parte de lo que en el último tiempo se considera una experiencia “exitosa” en APS, aunque por la época en la que fue escrito no se encuentran presentes las líneas argumentativas que surgieron en los 90 y que recuperaban los puntos subrayados por la OPS/OMS a partir de la evaluación de las experiencias de los sistemas locales de salud (SILOS). En términos generales, el trabajo constituye un referente para analizar experiencias en torno a la participación en salud, realizadas en la Provincia de Buenos Aires, y aporta elementos para poner en discusión la argumentación sobre la ponderación valorativa de experiencias participativas.

Otro de los trabajos menos recientes (pero no por ello menos significativos) que hacen referencia a nuestro país, Bloch y colab. (1992) han realizado una evaluación del programa de Atención primaria de la salud en el Gran Rosario, desarrollada por un equipo de investigación del Centro de Estudios Sanitarios y Sociales (CEES) de la Asociación Médica de Rosario, con el apoyo de la OPS/OMS en la Argentina. El trabajo analiza la estructuración de la APS en la ciudad de Rosario (provincia de Santa Fe) y ofrece un buen ejemplo sobre las formas de intervención estatal en salud desarrolladas hacia fines de la década de los '70. El programa de APS que se implementó durante los últimos años de la dictadura militar, recuperaba cerca de una década de experiencia en salud comunitaria en las zonas rurales del norte de la provincia. Esto dio como resultado un fuerte énfasis en ciertos componentes tales

como: la inclusión del agente de salud comunitario, la ronda periódica, y el énfasis en la salud materno-infantil y las enfermedades infectocontagiosas. El traslado mecánico de la experiencia de la zona rural a la urbana fue acompañado por una total ausencia de estudios epidemiológicos previos, una escasa elaboración de la información disponible en los registros provinciales y municipales, y la ausencia de un sistema que articulara niveles de complejidad y regiones. Los centros, llamados "periféricos", más que como centros de salud para la atención integral de la población, actuaban como orientadores hacia el hospital base. Los agentes de salud se seleccionaron inicialmente -previo curso de capacitación- entre pobladores de los barrios pobres que supieran leer y escribir; sin embargo posteriormente se designaron agentes con mayor nivel educacional que no pertenecían a la comunidad en la que trabajaban. Estos agentes pasaron a formar parte de un equipo de salud integrado por médicos de diversas especialidades que, contradiciendo todos los postulados preventivistas, impusieron las características propias de su formación profesional dirigida a la atención individual de la enfermedad. Recién en 1984 se diseñó un sistema que ligaba a cada hospital base con un área o región y sus centros de salud. Los centros periféricos pasaron a denominarse centros comunitarios de salud, pero a pesar del cambio de nombre, la estructura jerárquica y funciones de los equipos se mantuvieron.

La evaluación del programa de APS, realizada a principios de los '90, dejó en claro la necesidad de redefinir las acciones dado que se detectaron grupos en situación de extrema vulnerabilidad que no eran tomados en consideración para la planificación de acciones, y surgieron como hechos llamativos la baja concurrencia al centro de salud, tanto para los grupos de población abarcados por programas (niños, embarazadas) como para el resto; la deficiencia en la captación de padecimientos para los cuales los centros de salud serían los lugares de referencia óptimos (diarreas estivales, problemas respiratorios), la falta de actividades programadas para adultos y adolescentes, la desarticulación entre niveles de atención, entre otros (Bloch y colab., 1992). Este conjunto de limitaciones, exceden el caso analizado y resuenan como problemas mayores y actuales que se siguen mencionando en el contexto de las discusiones sobre la necesidad de fortalecimiento de políticas en APS.

Este trabajo resulta de interés dado que deja constancia de algunos problemas que se repiten o actualizan en el polícromo abanico de la APS y es útil tenerlo en consideración al momento del análisis de caso que se propone, aún tomando nota de los años transcurridos.

Más cercanamente ubicados en términos temporales, Bertolotto y colab. (2011) presentan los resultados de una investigación que se centró en el análisis de los

aprendizajes y las deficiencias observadas en el desarrollo de la estrategia de la atención primaria de la salud (APS) en la República Argentina, a partir de un estudio comparativo de dos territorios considerados como emblemáticos a la vez que diferentes entre sí: la Villa 31 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el departamento de General Güemes en la provincia de Salta. Según los autores, ambos casos permitían analizar una doble operación reduccionista: la de la dictadura militar (1978-1983), que intentó eliminar de la agenda las dimensiones políticas o técnico-políticas de la APS, priorizando una aproximación meramente instrumental; y la del neoliberalismo (1989-2001) que intentó restringir la agenda a un paquete mínimo de intervenciones altamente focalizadas, desgajando los problemas de salud y ocultando, tanto para el análisis como para la intervención, sus determinantes económicos, sociales, urbanísticos, ecológicos y culturales.

Entre los resultados de la investigación, los autores señalan que la APS en nuestro país ha sido una referencia insoslayable aunque ambigua para una salud pública que ha sido funcional a la expansión de una medicina de mercado. Junto al incremento de la presencia del sector privado la estrategia de APS ha ocupado un rol subsidiario en un modelo claramente hospitalocéntrico. Una de las principales debilidades que presenta la estrategia de APS es que no estuvo formulada en su origen en términos estratégicos y como resultado confluyeron diferentes tendencias, a veces complementarias, a veces contradictorias, cada una de las cuales se perciben a sí mismas como “las auténticas APS”. Estas contradicciones pueden resumirse en dos extremos: por un lado, aquellas líneas que persiguen como objetivo mejorar los indicadores sanitarios; y por el otro, las que buscan mejorar la distribución del ingreso, la calidad de vida y avanzar hacia los determinantes de la salud. En ninguno de los espacios analizados se desarrolla plenamente la dimensión política de la APS, de tal manera que a pesar de tratarse de espacios de fuerte movilización política, ninguno de los componentes definitorios de la APS logran instalarse en las prácticas cotidianas de los equipos y la comunidad (inclusive la ausencia de estos elementos ni siquiera se percibe como una fragilidad de sus modelos de atención). Tanto en la formación de los recursos humanos como en la práctica cotidiana, a lo largo del tiempo, la política sanitaria operó en contextos de represión y disciplinamiento de manera tal que solo se han desarrollado prácticas que no han sido percibidas como “desviadas” o “peligrosas” para los objetivos de la política sanitaria. Ello contribuye a configurar hábitos que han llevado a un cierto “autodisciplinamiento” delimitando a priori “en qué se debe meter y en qué no” el personal de salud que está en el primer nivel de atención. Los componentes políticos de la APS, entre los que se ubican la participación social, no se encuentran o se encuentran muy acotados, normatizados y normalizados como para

esterilizar o moderar su potencial de transformación. Las iniciativas que dieron origen a prototipos de intervención (a partir de Alma Ata) y que pueden clasificarse en al menos cuatro modelos (uno inspirado en la lucha contra vectores; otro de promoción social con rasgos moralistas orientado a las mujeres pobres; un modelo inspirado en la descentralización de algunas actividades médicas; y un modelo autogestionario, muchas veces producto del aislamiento, falta, o imposibilidad de respuesta del Estado, o de la ayuda internacional), coexisten en la Argentina con diferentes grados de superposición, asperezas y conflicto, sin generar sinergias y, muchas veces, neutralizándose mutuamente. En cuanto a la *participación social* los actores entrevistados encontraron dificultades para pensar la participación de la población en el primer nivel de atención y, más aun, en el diseño de las currícula de formación de los nuevos recursos humanos. La participación es habitualmente entendida por muchos como un modo de colaboración o de contención. Los referentes también han coincidido en la multiplicidad y diversidad de obstáculos que inciden para la efectivización plena de una APS Integral en nuestro país (el poder de la corporación médica, la industria farmacéutica y de las tecnologías de diagnóstico, la falta de planificación en el primer nivel de atención en base a las características poblacionales, la cristalización de modelos formativos que no dan respuesta a las principales problemáticas de salud de los conjuntos sociales y los prejuicios de los profesionales que intervienen en el primer nivel de atención, tales como la reiteración indiscriminada de la baja participación y/o organización, son algunos de los señalados). Señalan, además, que los principales obstáculos en relación a la implementación de APS en áreas urbanas como la ciudad de Buenos Aires, derivan de la conjunción de una alta concentración de habitantes y una caótica planificación, lo que genera la imposibilidad de llegar a sitios donde se padece de modo más acentuado la vulneración del derecho a la salud. El crecimiento poblacional no se correlaciona con los recursos humanos que se destinan al primer nivel de atención; la superposición de recursos, derivada de la forma de organización por programas típica del primer nivel de atención (ligados a lo etéreo, o a patologías específicas) agudizan la inequidad imperante en salud. Entre los educadores se manifiestan coincidencias respecto de la necesidad de romper con las lógicas de formación tradicional en salud, cuestión que se relaciona además con la necesidad de incorporar un conjunto de problemáticas ligadas a vulnerabilidad que afecta a importantes sectores sociales que están ausentes en la currícula de formación de los equipos de salud. Las experiencias denominadas como “desviadas o desmarcadas” (asociadas al sistema de formación de residencias y concurrencias) no responden o no cuentan con lineamientos políticos de la gestión de turno, e inciden poco y nada sobre “la planta” o sobre el resto del personal y de las instancias

institucionales; sin embargo, en el 'vacío', se proveen su propio eje de política al promover cambios o resistir formas tradicionales de práctica y de capacitación. Finalmente, el primer nivel de atención aparece como un escenario privilegiado de aprendizaje (cercanía con la población, mejor percepción de los problemas y necesidades, etc.) aunque también se comporta como una extensión de la modalidad hospitalaria de atención, lo cual provoca frustración y desaliento en relación a la posibilidad de generar aprendizajes desde una perspectiva comprensiva de la APS.

Entre las conclusiones del trabajo los autores señalan que 30 años después de Alma Ata, Argentina cuenta con más de 60.000 trabajadores de salud en el primer nivel (un 12% del total de la fuerza laboral del sector), con neto predominio de profesionales universitarios, trabajando con las más diversas y flexibles formas de contratación, muchas veces sin responsabilidad territorial, repitiendo el modelo hospitalario de consultorio, y extendiendo las fronteras de acceso a los medicamentos. Esto implica colocarnos como uno de los países del mundo que más ha medicalizado y medicamentado la APS. Resulta evidente que en la Argentina, las políticas, la gestión local y hasta el "habitus" de los trabajadores de salud de cualquier grado académico, y sus formadores (en contextos de dictadura y terrorismos laborales) han naturalizado que la APS es 'para la población', pero 'sin la población'. A ello se agrega que las múltiples y diversas formas de participación social y política, desde los movimientos piqueteros hasta el congreso de la nación, también tienen naturalizado el no incluir salud en su agenda. Las profesiones de salud han convencido a la población y se han autoconvencido de que solo los profesionales -médicos preferentemente- de la salud pueden hablar de salud; esto ha favorecido la escasa perspectiva intercultural que presenta el modelo de atención.

Este trabajo (que ha sido referido con una considerable extensión) aporta elementos para el análisis de caso que toma a los centros de atención primaria de la salud (CAPS) de La Plata. Importa destacar, siguiendo a los autores, que en la APS confluyen diferentes tendencias (que pueden complementarse o contraponerse); que el resultado de la investigación realizada permite afirmar que no se desarrolla plenamente la dimensión política de la APS (en el que se incluye la participación comunitaria) acotando su potencial de transformación; que la participación social es entendida en un sentido restrictivo respecto del modelo defendido por la OPS/OMS; que los obstáculos para el desarrollo de una atención primaria integral son variados (desde falta de planificación, influencia de la corporación médica y la industria farmacéutica y de las tecnologías de diagnóstico, hasta la formación y los prejuicios de los profesionales del primer nivel de atención); que existe falta de correspondencia entre la cantidad de población y los recursos humanos destinados al primer nivel; que

la forma de organización por programas agudiza situaciones de inequidad en salud; y que existen experiencias acotadas que implican formas de resistencia y promueven cambios frente a las formas tradicionales de práctica y capacitación particularmente entre profesionales jóvenes. Estos elementos revisten interés sobre todo para establecer comparaciones con el relevamiento realizado en el municipio de La Plata y para reflexionar sobre la existencia de otras formas que asuman las “experiencias desmarcadas” no solo asociadas a las instancias de residencias y concurrencias en la formación de los profesionales del primer nivel de atención.

Maceira y colab. (2006) proponen analizar un proyecto de participación comunitaria en salud orientado a fortalecer la Atención Primaria en el municipio de Alderetes de la provincia de Tucumán que promueve la organización y funcionamiento de espacios de participación en cuatro Centros de Atención primaria de la salud (CAPS). El trabajo partió del establecimiento de una línea de base con información sobre las características sociales y sanitarias de la población con miras a la posterior medición del impacto del proyecto, para lo cual se señala que se recurrió a un relevamiento de datos mediante una encuesta (realizada en el año 2005) referidos a condiciones de vida, acceso a servicios de salud y participación. Si bien se presentan el dato del porcentaje de encuestados (usuarios del sector público que utilizan los CAPS) y se hace mención a otros indicadores que no son acompañados por la indicación numérica o porcentual (número de especialidades disponibles, cantidad de consultorios y pacientes atendidos, percepción positiva o negativa de la población, medios para obtención de información), al momento de explicar las dificultades y desafíos en torno a los procesos participativos en APS, el trabajo menciona algunas conclusiones presentadas en el Primer Foro de Experiencias Participativas (organizado por CIPPEC en 2005), entre las que se destacan la utilización frecuente y en casos ambigua del concepto de participación y la brecha existente entre la teoría y la práctica. Se asume que el concepto de participación se encuentra ligado al de ciudadanía, y se señala que la participación puede funcionar como mecanismo de control del conflicto social que, si bien en contextos de pobreza puede complementar el accionar del Estado, queda excluida del proceso de toma de decisiones. Finalmente el trabajo resume las conclusiones del debate generado en ese evento, entre las que se destacan: la necesidad de la gestión asociada y la conformación de redes, que el Estado se vincule como un nodo más manteniendo la horizontalidad, que los procesos participativos no desconozcan las relaciones de poder existentes en toda comunidad, que es importante desmitificar la creencia de que los funcionarios que avalan la participación solo buscan sacar ventajas de ella y que los funcionarios no consideren

la participación como amenazas a la gobernabilidad, y que algunos actores involucrados (como los médicos) presentan resistencia a otros saberes presentes en la comunidad. Finalmente el trabajo señala que la participación constituye un mecanismo eficiente para la solución de problemas y es funcional a la estrategia de APS aunque no existen recetas generales para la aplicación exitosa de este tipo de procesos.

Si bien este trabajo no profundiza en varias de las menciones que realiza, recupera la idea de la existencia de distintos conceptos de participación y la importancia de la gestión asociada, entrando en línea con los trabajos de Ruiz (2007) y los documentos de la OPS/OMS de 1990, pero sin aportar mayores elementos de análisis.

Mayores precisiones desarrolla Cejas (2007). En su artículo hace referencia (entre otras cuestiones) a tres experiencias participativas realizadas en nuestro país y promovidas desde distintos sectores (organización no gubernamental, gobierno local, vecinos) de las que propone analizar las metodologías de trabajo, los obstáculos y facilitadores. La primera experiencia se desarrolló en Alderetes (Pcia de Tucumán) entre fines de 2004 y fines de 2006 y fue gestada por una organización no gubernamental (CIPPEC) que buscaba fortalecer la estrategia de APS a través de la promoción de mecanismos participativos (en esta experiencia se reemplazó a los Consejos Locales de Salud por espacios menos estructurados aunque con menor poder de decisión denominados Espacios Participativos en Salud). La segunda, desarrollada entre 1999 y 2003 en Pilar (provincia de Buenos Aires) fue organizada por la Secretaría de Salud del municipio que propuso la conformación de Consejos Locales de Salud en 18 Centros de Atención primaria de la salud (CAPS). La tercera experiencia fue promovida por vecinos y desarrollada en el Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 13 de la CABA, pero no superó la etapa de planificación. En la primera experiencia se realizó un diagnóstico territorial y uno participativo en el que se convocó a la comunidad y permitió definir un Plan Estratégico de Salud que fue presentado ante las autoridades municipales y provinciales. Se registraron problemas en la etapa de ejecución relativos a la interacción entre los diferentes actores, disminuyó la participación en las reuniones y los CAPS dejaron de ser lugares de referencia para los Espacios Participativos, no obstante lo cual se comprobó que las acciones de prevención y promoción de la salud pueden trabajarse desde otros ámbitos distintos de los centros asistenciales. La autora señala que los proyectos ejecutados fueron el punto de partida para la creación de nuevas ONG y destaca que un punto fundamental para que las organizaciones no gubernamentales tengan un rol más fuerte en la formulación y diseño de las políticas es que cuenten con fuentes de financiamiento diversas y con cierta estabilidad. Respecto de la experiencia en la localidad de Pilar,

se marca que se conformaron Consejos Locales de Salud (a partir de la convocatoria de asambleas barriales junto con los equipos de salud y autoridades municipales) y Consejos Regionales de Salud (que elaboraron un proyecto de ley municipal que avalara la formación de estas instituciones). Con el cambio de gobierno, ninguno de los consejos locales siguió funcionando, y sumado a la resistencia de los equipos de salud, la experiencia no continuó. Respecto de la tercera experiencia, la autora señala que el mayor obstáculo estuvo centrado en la relación con los equipos de salud, y marca uno de los desafíos para los proyectos de salud participativos.

Este trabajo destaca la importancia de los procesos participativos aun cuando las características de los actores y organizaciones que intervienen sean disímiles y señala como obstáculos generales para su consolidación, la falta de continuidad en lo referido al apoyo político a las experiencias que se desarrollan, las dificultades asociadas al financiamiento y los rasgos definitorios del modelo médico hegemónico que obturan/dificultan el trabajo conjunto de la comunidad y el personal de los efectores de salud. Es importante señalar que según se desprende del artículo las acciones de prevención y promoción de la salud pueden trabajarse en forma efectiva desde otros ámbitos distintos de los centros asistenciales, generando espacios de participación y experiencias comunitarias altamente positivas.

Cosovschi (2006) propone analizar la implementación de la estrategia de Municipios Saludables (lanzada por la OPS/OMS) que tiene como uno de sus componentes principales la participación de la comunidad, tomando el caso de General Rodríguez (provincia de Buenos Aires). Esta experiencia se desarrolló durante aproximadamente dos años y finalizó en 2001. La autora señala que se detectaron algunas de las dificultades con las que se enfrentan las prácticas participativas para ser implementadas en determinados contextos aunque también se destacan aspectos positivos.

Entre las conclusiones del trabajo, el autor señala que la participación de la comunidad no se produce de “un día para el otro”, y se requiere cierta continuidad de los programas para fortalecer los recursos comunitarios, afianzar la confianza en las instituciones, incentivar el trabajo en conjunto, entre otras cuestiones. La finalización repentina de experiencias que han incluido espacios participativos puede constituirse en un factor negativo para futuras convocatorias similares. De igual manera, los espacios de participación parecen ser una condición necesaria pero no suficiente para el empoderamiento y el fortalecimiento de los grupos comunitarios. Otras condiciones parecerían ser un nivel de compromiso político que garantice la sustentabilidad de los programas y que le brinde a los espacios conformados un papel real en la toma de

decisiones. Asimismo, se debe promover la presencia de todos los sectores de la comunidad incentivando la participación de aquellos que suelen estar mayormente excluidos de gran parte de las instituciones. Entre las condiciones de factibilidad, señala la autora, se deben tener en cuenta las particularidades de cada comunidad al implementar un programa que responde a un modelo diseñado en un contexto político y social diferente. Además, resulta clave la generación de los consensos y acuerdos previos. Por último, entre los efectos positivos destaca: el fortalecimiento de la atención primaria de la salud, el reconocimiento del trabajo del personal médico y no médico que se desempeña en las instituciones de salud del municipio, el fortalecimiento de la referencia y contrarreferencia con el hospital, y la promoción del trabajo interdisciplinario con otras instituciones públicas de la zona (sobre todo las escuelas).

Ariovich y Jiménez (2009) proponen comparar y caracterizar los desempeños de la atención primaria de la salud, en un conjunto de efectores del conurbano bonaerense (municipios de Malvinas Argentinas, Tigre y San Fernando), situándose en el nivel de la microimplementación de la política sanitaria.

Entre las conclusiones del estudio, los autores destacan: que la estrategia de APS forma parte de la agenda de intervención sanitaria en los tres municipios (las actividades de prevención y promoción que se realizan, como así también las articulaciones que se establecen con el segundo nivel, dan cuenta de ello). No obstante, todas las dimensiones que hacen a la propuesta más amplia de APS no se desarrollan en estos efectores (esto sucede en los tres municipios). Algunos ejemplos son la falta de actividades de captación, la poca presencia del trabajo territorial, fortalecimiento del trabajo y del recurso humano solo dentro del centro, la ausencia de iniciativas con la comunidad y la carencia de perfiles profesionales formados en estrategias de APS. Destacan asimismo que el modelo de atención que los municipios desarrollan, privilegia fuertemente las “intervenciones”, como actividades concretas para dar respuesta a los problemas de salud de la población desde la asistencia sanitaria. En este modelo de atención, solo la enfermedad se convierte en la razón del encuentro entre usuario y profesional, a la vez que todo lo relacionado con la esfera psicosocial y cultural de las personas no parece ocupar un lugar en el proceso de salud/ enfermedad/ atención.

Los resultados de este trabajo resultan coincidentes en algunos puntos con los hallazgos de Bertolotto y colab (2011). La situación presentada por el autor se ubica entre los casos en que la APS queda reducida a la atención médica y ni siquiera se podría vislumbrar algún tipo de discusión o conflicto/tensión a pesar de que la APS sea

reconocida formalmente como estrategia en la política de salud municipal. No deja de ser interesante, dado que en un trabajo propio (Pagnamento, 2007) se refería que en el caso del municipio de La Plata, aun en momentos en que no existía una política de salud que formalmente reconociera la relevancia de la APS con todos los componentes que ella implica, podían reconocerse experiencias participativas incluso articuladas con el accionar de efectores del sistema, lo cual marca una heterogeneidad importante en distintas regiones de la misma provincia. Tampoco se presenta una discusión en profundidad sobre las contradicciones que encierra la propia APS o los distintos modelos de intervención que pueden distinguirse dentro de la APS. Este no es un punto menor porque al comparar modelos y situaciones pareciera perderse la naturaleza compleja de sentidos y prácticas que implica.

Ardila y colab. (2012) proponen un análisis sobre la implementación local de la atención primaria en el municipio de Lanús (provincia de Buenos Aires), a través de un abordaje cuantitativo (un cuestionario de evaluación rápida de APS, entrevistas semidirigidas a gestores del municipio basadas en una guía de preguntas que abordaba las dimensiones del cuestionario, y un taller de devolución y debate). El objetivo fue comprender cómo los abordajes de la APS y los correspondientes modelos organizacionales de oferta y gestión de la APS son traducidos en servicios, prácticas y procesos, y cómo ocurre la interacción entre los actores involucrados en el territorio. El trabajo se explaya particularmente en la evaluación de fortalezas y debilidades de los instrumentos de recolección de datos. Más allá de esto, se mencionan como fortalezas del primer nivel de atención en el municipio, el vínculo entre los usuarios y el personal de los centros de salud, y entre las debilidades, la falta de enfoque familiar y la escasa participación comunitaria.

Respecto del reconocimiento de los usuarios hacia el vínculo con los profesionales de los centros y su formación, su soporte fundamental sería que generalmente son atendidos por el mismo profesional y que este no tiene restricciones en cuanto al tiempo dedicado a la consulta. Los autores destacan que teniendo en cuenta que no existe población adscripta y habría escasa auditoría de procedimientos e historias clínicas, esta pareciera ser una práctica desarrollada ‘espontáneamente’ por los agentes de salud, que debería ser promovida y resguardada.

Señalan que el bajo puntaje obtenido en la dimensión ‘orientación a la comunidad’ confluye con lo observado en una denominada “fase panorámica” de la investigación respecto a la ausencia, en la implementación de la APS, de lineamientos o dispositivos institucionales que generen espacios para tal participación como por ejemplo los consejos locales de salud. También pueden relacionarse con esta

dimensión algunos otros resultados, como la escasa aplicación de encuestas de necesidades o problemas y la falta de visitas domiciliarias, que sugieren la presencia de una cultura institucional de concentración de la práctica en los efectores de salud, aun cuando 'el conocimiento de los problemas de salud de la comunidad' resultó una variable con buen puntaje.

En este trabajo si bien se señala la "escasa participación" de la comunidad, no se profundiza en los sentidos involucrados en la noción de participación, una dimensión fundamental dada la polisemia del concepto que podría por otra parte arrojar luz sobre la pertinencia y el objetivo de la aplicación de encuestas de necesidades, o sobre las implicancias de las "visitas domiciliarias" y el alto puntaje de la variable relativa al conocimiento de los problemas de salud de la comunidad, que se entiende, no ha sido consultada. Al respecto habría que pensar en la experiencia de la población respecto del sistema de salud que, contemplando el contexto de implementación de las políticas públicas en las últimas décadas, lo identifica con la provisión de servicios médicos y sin instancias de participación o con una participación muy recortada e instrumental respecto del funcionamiento de los efectores o la implementación de programas.

Chiara y colab (2008), presentan un trabajo en el que se busca contribuir a la comprensión de los procesos de Gestión Local en Salud en el Gran Buenos Aires (GBA) reconstruyendo el proceso de constitución de la gestión local. Proponen además caracterizar las orientaciones conceptuales de la política de salud en el nivel local, trazando las tensiones globales que atraviesan a nivel macro los procesos de reforma de la política social, articulándolas con los dilemas y las tensiones que le dan especificidad a este nivel de gestión.

Interesa destacar que las autoras incluyen algunos señalamientos sobre la oferta de servicios de salud locales, entre los que señalan: a) la oferta de servicios que estructuran los modelos de gestión para la atención de la salud en el GBA está fuertemente definida por los programas nacionales y/o provinciales de gestión desconcentrada y por programas verticales, con escasa capacidad para responder a demandas segmentadas; b) los resultados un estudio realizado con base en una muestra de 3000 puérperas en la Región Sanitaria V, ponen en evidencia que solo un porcentaje inferior al 30% de las parturientas llega al parto habiendo completado en su totalidad los controles que se requieren durante el embarazo; d) los contenidos preventivos se vinculan generalmente a la detección precoz de enfermedades más que a la promoción de salud (sin que exista daño alguno); e) los programas, en

términos generales, orientan sus intervenciones a través de una lógica focalizada en problemas (desnutrición, niños en situación de calle, etc.).

Este trabajo permite recuperar un problema que atraviesa la política local en APS referido a la influencia que los programas nacionales y provinciales tienen en relación a las acciones y permite pensar en algún tipo de dificultad para generar actividades de prevención y promoción de la salud que queden por fuera de dichos lineamientos.

Wolhein y colab. (2011) analizan la implementación del proceso de descentralización de la APS a partir de la sanción de la Ley de Salud (2007) en Misiones (Argentina). Proponen indagar las representaciones sociales de funcionarios locales y usuarios sobre el sistema sanitario municipal de San Javier. Señalan que la descentralización de la APS comprende la transferencia parcial de actividades de gestión desde el nivel provincial al nivel municipal para promoción de salud con precariedad laboral. Señalan que, a partir de la consideración de las representaciones de los gestores, en los Proyectos Municipales para el Fortalecimiento de la APS no existió la participación de la comunidad en la identificación de necesidades, elaboración, diagnóstico, formulación y elaboración del proyecto en un modelo de APS renovada donde la participación comunitaria es el eje fundamental. Por otra parte, el equipo de salud de los CAPS presenta debilidades con respecto al número de recursos humanos y ausencia de otros profesionales no médicos del equipo de APS. La municipalidad no puede tomar decisiones sobre recursos humanos (corresponden a organismos centralizados a nivel provincial), solamente puede contratar a personal adicional como promotores de salud, los cuales son becados con un monto de dinero escaso y sin beneficios laborales (obra social, jubilación). En general los recursos humanos, la provisión de servicios y la determinación de programas permanecen centralizados. Entre los usuarios detectan un desconocimiento del proyecto, que asocian a ausencia de información (que involucra al ejercicio de derechos) y a condiciones de vida precarias que inciden en su salud.

Este trabajo pone en evidencia una problemática no contemplada en las propuestas de fortalecimiento de la APS que apelan a la participación de la comunidad y que radica en su participación a la hora de definir los propios lineamientos de la política misma. Asimismo pone en evidencia una dificultad (ampliamente denunciada) referida a los recursos humanos destinados a la APS. Por otra parte se hace mención a los programas centralizados que, como se señaló anteriormente, emergen como una limitación a superar, tanto en el trabajo de Chiara y colab (2008) como en el de Bertolotto y colab (2011).

En un trabajo de investigación previo (Pagnamento, 2007) respecto de la existencia de diversas concepciones y prácticas sobre la participación en APS, se sugería que ello expresa la variabilidad propia del mundo de los saberes y los significados socialmente construidos. Esta diversidad difícilmente pueda ser rearticulada en un producto homogéneo aun cuando existan fuertes consensos, sino que más bien supone distintas posiciones teóricas e ideológicas y procesos históricos de construcción en los que están en juego la acción de distintas fuerzas sociales, cuya expresión abarca el plano microgrupal tanto como las relaciones de orden macro.

En el análisis de caso realizado en el municipio de La Plata, se identificaron distintos contenidos acerca de la "participación comunitaria en salud"⁸³. En las referencias de los entrevistados emergían tanto los contenidos de la denominada *atención primaria integral*, como una conceptualización asociada a la *atención primaria médica y selectiva*. Interesa destacar que en los relatos emerge una imagen modélica cercana a la *atención primaria integral* que dista de las acciones realizadas en la práctica. En esta dominaba más bien la combinación de atención médica y acciones preventivas (*atención primaria médica y selectiva*) de tal suerte que se percibía la contradicción entre el *deber ser* y la práctica concreta⁸⁴.

Por otra parte emergían dificultades asociadas al déficit de recursos (humanos y materiales) con consecuencias concretas en el tipo de acciones desarrolladas en los centros de salud que reforzaban en el plano ideológico la *reducción* del contenido de la participación reproduciendo un sistema en el que la atención médica ocupaba un lugar central, aunque combinado con algunas medidas de carácter preventivo vinculadas a planes y programas de carácter nacional, provincial y municipal.

Asimismo se encontraron, en los discursos de los agentes de salud entrevistados, situaciones de fuerte resistencia y en otros casos de apoyo moderado, al desarrollo de actividades conjuntas entre el personal de los centros de salud y actores de la comunidad. Las tareas de ayuda o apoyo en actividades que beneficiaran el entorno y apariencia general de las unidades sanitarias recibían las valoraciones positivas (limpieza, pintura, jardinería), junto con la colaboración monetaria a través de las cooperadoras del centro de salud. También se manifestaban reticencias ante otras prácticas en las que la comunidad se involucrara entendiendo que significarían la intromisión/invasión en áreas de acción en las que la comunidad no

⁸³ Se analizaron y organizaron recurriendo a las tres grandes líneas básicas identificadas por Menéndez (1990) en la atención primaria: la *atención primaria integral*, la *atención primaria selectiva* y la *atención primaria médica*.

⁸⁴ Se está retomando la caracterización propuesta por Menéndez (1990) uniendo dos de las clasificaciones para indicar su complementación.

estaría preparada para actuar. En conjunto, tal como denunciaba la OPS/OMS en 1990, se enfrentaba un contexto en el propio sistema de atención, a través de sus agentes, actuaba como impedimento para una participación activa de la comunidad.

Pero también se encontró un caso en los que emergían prácticas y sentidos más integrales sobre la participación en salud en el área de APS⁸⁵. Entre las particularidades de este caso se destacan la movilización de grupos de personas para conseguir la instalación de un centro de salud barrial, la confluencia de intereses de distintas organizaciones y grupos para el trabajo sobre problemáticas de salud en el barrio y profesionales de la salud formados en APS y con vínculos personales con la universidad que confluían en el desarrollo de prácticas participativas integrales. Lo que podríamos denominar como “caso atípico” registrado en el análisis involucraba a médicos generalistas con posicionamientos ideológico valorativos críticos respecto de la medicina y el propio sistema de salud. Este caso sugería que ciertos actores y en ciertas circunstancias pueden dar lugar a espacios más amplios para el desarrollo de experiencias participativas y/o mantener cierto espíritu crítico o de potencial contrastación respecto de las actividades más habituales⁸⁶ e incluso de los lineamientos de los organismos de planificación y gestión en salud.

Este trabajo se realizó en un contexto en el que florecía el neoliberalismo (con los consecuentes niveles de exclusión social) y en los que la apelación a la participación implicaba límites concretos a las demandas y las formas de organización social que las impulsaban. A partir del 2000, los cambios sociales, económicos y políticos en comparación a los emblemáticos de la década de los noventa, auguraban cambios en relación a la participación comunitaria en salud. A nivel local podía vislumbrarse un panorama heterogéneo y no exento de conflicto al momento en que se dio inicio a la implementación de la política municipal que incorporaba promotores de salud (2008).

Castrillo (2013) tomando el caso de la localidad de Berisso (a partir de un estudio de caso con enfoque cualitativo) analiza la participación en salud –tanto la promovida por organismos estatales como la autogenerada desde la sociedad civil–, poniendo especial consideración en la articulación de las experiencias de los

⁸⁵ El caso que se detectó no contaba con apoyo desde las instancias políticas de decisión, y esa falta de apoyo (que en los hechos no obstaculizó su surgimiento pero que tampoco apostó a su permanencia) se tradujo directamente en enfrentamiento, de tal forma que la experiencia vio su fin al menos desde el centro de salud en el que se desarrollara.

⁸⁶ Puede llevarnos a pensar también, considerando la situación particular del municipio de La Plata, en la importancia de la capacitación de los médicos en el área de APS y el trabajo comunitario, la incorporación de otros profesionales formados en el área de las ciencias sociales a los equipos de salud además de los promotores de salud, y la construcción y consolidación de e instancias de discusión y reflexión con la población para construir una política de salud que supere la situación que la caracteriza actualmente (aun cuando no se tenga en mente la replicación de una experiencia como la de los SILOS).

diferentes actores en el ámbito de la APS, en particular a partir del Programa de Formación y Capacitación de Promotores Comunitarios de Salud de la Provincia de Buenos Aires. El relevamiento permitió identificar distintas acciones y actores desarrollando actividades participativas según la perspectiva de los entrevistados (jornadas artísticas y de difusión de información, charlas y distintas actividades organizadas por agrupaciones de la sociedad civil, actividades realizadas en el espacio físico de los centros de salud –sin que necesariamente involucren al centro en el desarrollo de la actividad-, entre otras).

En lo específico del trabajo empírico se desprende que: a) si bien los actores entrevistados dan cuenta de articulaciones con otros sujetos, organizaciones e instituciones del barrio, no se reconocen miembros de una red sino que se perciben como sujetos aislados que participan en actividades vinculadas a la salud; b) una de las principales vías de llegada en las experiencias participativas en salud radica en la militancia política y social, y la búsqueda de un cambio social (si bien tal vez los aportes no sean transformadores radicales de las condiciones de vida de una comunidad, sí lo son de su propia vida, y encuentran en la salud el espacio desde el cual militar el cambio social); c) reivindican una concepción de salud integral y amplia y muchas veces esta definición abarcadora les permite englobar su actividad en el marco de actividades de salud; d) se ratifica un gran peso de la hegemonía médica que actúa como condicionante implícito para la propia acción en salud (no ser profesionales aparece como una carga negativa autoadjudicada a la vez que gravita en la valoración de su propia actividad); e) la incorporación de promotores de salud en Berisso cuenta con una experiencia previa (las actividades de las manzaneras, el Programa de Médicos Comunitarios -2004- y el Programa de Salud Familiar -2009-), pero sus actividades se reducen a relevamientos y seguimientos que procuren la atención en el centro de salud (este tipo de actividades se relacionan en tensión con las inquietudes políticas y sociales de algunas promotoras). La autora señala que en las situaciones analizadas se asiste a una participación acotada en espacios y en intervenciones pero sostiene que, aunque desde los centros de salud se propicie una participación puertas para afuera y solo cuando es decidida por el equipo, las experiencias de participación se están instalando y generan espacios de poder al interior del barrio y aun considerando su diversidad, estas experiencias contrastan visiblemente con aquellas circunscriptas a la atención médica. El trabajo de Castrillo, aporta además elementos descriptivos utilizando una perspectiva cercana y afín a la que se propone en este trabajo sobre experiencias desarrolladas en un municipio geográficamente cercano a La Plata y temporalmente próximo al que se desarrolló para esta investigación.

Esta revisión permite identificar algunos núcleos problemáticos que se tomaron en consideración (entre otros) en el análisis de caso que se presenta en el capítulo siguiente. Por un lado, el problema relativo a los lineamientos de la política de salud en su primer nivel de atención, que a la vez que reconoce explícitamente la relevancia de la participación, no se detiene en la presentación de mecanismos concretos para su desarrollo o fortalecimiento (o directamente no se contemplan/definen y quedan librados a decisiones de los equipos de salud no se procuran controles para evaluar su concreción). Por otro lado, puede considerarse como sabido que existe una reducción de acciones en materia de prevención y promoción de la salud a un conjunto de programas y proyectos con cierta trayectoria temporal, que no contemplan problemas de salud y padecimientos, e incluso grupos étnicos o de género, que podrían y deberían ser incluidos en las estrategias de APS (por ejemplo adultos mayores, o los varones –adultos y jóvenes-). Sin embargo, reviste relevancia conocer si los equipos de salud desarrollan acciones en un abanico mayor al cubierto por estos programas y cuales son sus características.

Esto lleva a la necesidad de analizar tanto las concepciones sobre la participación como las acciones concretas en las que esta se despliega. En el análisis de caso que se propone en las páginas que siguen se considera especialmente a los sujetos que las propias políticas de salud ubican en un lugar prominente, y entre ellos, los equipos de salud que surgen como aquellos en los que descansa la articulación de la política en APS y los conjuntos sociales. Esto podría arrojar luz sobre la discusión referida a las razones asociadas a la diversidad de experiencias con mayor o menor grado de participación y en particular al problema de las relaciones de poder/saber que atraviesan las prácticas sociales relativas a la salud y la enfermedad.

A modo de síntesis

Haciendo un resumen y en la tarea de rescatar algunas directrices para pensar los casos concretos en línea con el que se tomará más adelante, puede señalarse que la APS y particularmente los procesos participativos a ella asociados, encuentran un conjunto de dificultades/problemas así como potencialidades/logros algunos de los cuales parecieran trascender las realidades locales.

Bloch y colab. (1992) en su evaluación del programa de APS en Rosario realizada a principios de los '90, dejaron en claro la necesidad de redefinir las acciones en todo el arco que compone la APS (prevención y promoción de la salud) incluidos los programas de distintos niveles (nacionales, provinciales) que mostraban deficiencias en la cobertura de la población objeto de dichas acciones, tanto como de problemas

referidos a la salud-enfermedad-atención de sectores que no estaban incluidos en programas ni acciones concretas. Considerando el trabajo de Chiara y colab (2008), más de veinte años después el problema persiste. A esto habría que sumar, siguiendo a Bertolotto, A. y colab. (2011) las dificultades propias de la muy cuestionada forma de organización de programas (ligadas a franjas etáreas o a patologías específicas) que implican superposición de acciones y recursos a la vez que dejan por fuera problemas y grupos, agudizando en conjunto la inequidad en el área de APS.

Wolhein y colab. (2011) suman una problemática no siempre contemplada en las propuestas de fortalecimiento de la APS generadas desde los distintos niveles estatales y que apelan a la participación de la comunidad, que radica en la/s instancia/s de su participación concreta a la hora de definir los propios lineamientos de la política misma. En parte esta “exclusión” puede explicarse por lo que Bertolotto y colab. (2011) remarcan en el proceso de naturalización de una APS para la población pero sin la población, en donde los profesionales de la salud han convencido a la población y se autoconvencieron de que solo ellos pueden hablar de salud. A ello se agrega el problema 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.

Otro punto a destacar radica en las distintas concepciones acerca de qué es la APS y consecuentemente cuales son las acciones posibles a incluir. Tal como indican Bertolotto y colab. (2011) confluyen diferentes tendencias cada una de las cuales se percibe a sí mismas como las “auténticas”. Más allá de las diferentes maneras de caracterizar estas tendencias, puede señalarse que de manera concluyente se puede reconocer la existencia de diversas concepciones sobre la participación de la comunidad en salud, tal como emerge de los trabajos de Delgado Gallego y colab. (2005); Maceira y colab. (2006); Cejas (2007); Pagnamento (2007); Castrillo (2013) y del documento de 1990 de la OPS/OMS.

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 toman en consideración 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 (2006), 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 municipal.

Entre las interpretaciones sobre por qué no hay participación, Morgan (1993) señala que las opiniones de las comunidades locales han sido prácticamente irrelevantes para los planificadores en salud y existe 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 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. Además, algunos trabajos sugieren considerar los procesos participativos y democráticos en los que las experiencias en APS se inscriben; en este sentido, Anigstein (2008) marca la importancia de la democracia como régimen político y como modo general de convivencia, y Cejas (2007) señala la importancia de experiencias previas de los grupos no médicos que trabajan en APS y desarrollan experiencias participativas, cuya condición de posibilidad sin dudas se relaciona con los procesos participativos mayores que se desarrollan en la sociedad.

Encontramos asimismo referencias sobre experiencias en las que hay mayores márgenes de participación. Algunos trabajos aluden a la importancia de la gestión asociada para el logro de experiencias participativas tal como se desprende de los trabajos de Ruiz (2007), Maceira y colab. (2006) y Cejas (2007). Con Cosovschi (2006) se suma la importancia de la continuidad de los programas en este tipo de experiencias. Frankel (1988) recupera la importancia del trabajo conjunto frente a un problema de salud que hace posible la democratización de la relación médico-paciente, la ubicación del saber médico como parte de las estrategias de la vida cotidiana y el afianzamiento de las redes de cuidado, atención y contención de las personas. Pagnamento (2007) refiere un caso en que se identifican prácticas y sentidos más integrales sobre la participación en salud, en un contexto regional (y temporal) en el que no constituía la experiencia más extendida, y en el que su condición de posibilidad se asocia a la imbricación entre actores y proyectos/perspectivas (centros de salud en los que los profesionales y distintos actores sociales confluyeron en líneas de acción y construyeron espacios

participativos). Castrillo (2013) muestra experiencias de participación generadas por actores sociales independientes de los centros de atención primaria que cuando se vinculan con los CAPS aun en el marco de relaciones de poder asimétricas, construyen acciones concretas que contrastan y superan a aquellas circunscriptas a la provisión del servicio médico en el primer nivel de atención. Bertolotto y colab. (2011), plantean la existencia de experiencias “desviadas o desmarcadas” asociadas al sistema de formación de residencias y concurrencias que, si bien inciden escasamente sobre las instancias institucionales, sin embargo promueven cambios o resisten formas tradicionales de práctica y capacitación.

Capítulo IV: Atención primaria de la salud y participación en un municipio de la Provincia de Buenos Aires. El caso de los CAPS de La Plata.

En este capítulo se presentan en primer término los apuntes metodológicos en donde se describe la estrategia general del análisis de caso que se realizó.

Seguidamente se presentan los resultados de la investigación realizada ordenados en dos apartados generales:

- Las estrategias participativas en contexto: experiencias en el último tiempo (desde los '80 a la primera década del nuevo milenio)
- Atención primaria de la salud y participación: un análisis desde la perspectiva de los agentes de centros de atención primaria de salud (CAPS) de La Plata.

Metodología, método y técnicas. Apuntes de un estudio de caso.

El trabajo de investigación que se llevó adelante puede caracterizarse como “estudio de caso”, entendido como estrategia de investigación. Como tal, supone la construcción de un problema de investigación, es decir una pregunta que ya en su definición involucra un enfoque teórico que guía la construcción de toda estrategia de investigación.

Se puede suponer que el estudio de caso supone una investigación empírica. Como sostuvo Yin (en Bonache; 1999) se trata de una investigación empírica que estudia un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto real, cuando las fronteras entre el fenómeno y el contexto no son evidentes y en las que se utilizan múltiples fuentes de evidencia.

Ello supone considerar por un lado la vinculación entre un problema de investigación y el contexto empírico, y por otro las fuentes de evidencia.

Uno de los más conocidos cuestionamientos al estudio de caso indica la circunscripción a lo microsocioal, y la imposibilidad de generalización y, por ende, de generación de teoría.

Entendido como una estrategia de investigación empírica, el estudio de caso no se reduce necesariamente a un estudio microsocioal. Si bien la perspectiva analítica dependerá de los conceptos utilizados por el investigador, en todo caso las preguntas de investigación permitirán trazar relaciones conceptuales que vinculan procesos micro y macrosociales. Tampoco se reduce a un estudio “descriptivo”, en tanto en toda descripción existe una guía teórica implícita o explícita. Tal vez una de las fortalezas del estudio de caso radique en que permite la profundización de algún tema o problema teórico/conceptual, o simplemente constituye un aporte a la posibilidad de

generar nuevas preguntas (formuladas por el propio investigador u otros miembros de la comunidad académica).

En este sentido, Araluz (2005) recupera la idea de que los estudios de caso permiten análisis concretos y particulares sin perder de vista su relación con fenómenos más generales. Más allá de la riqueza del estudio de caso deben considerarse las articulaciones con procesos sociales mayores donde adquieren especial relevancia las mediaciones interpretativas por parte del investigador.

La teoría y los conceptos recuperados por el investigador deben considerarse además en vinculación con el marco de las discusiones de época en la que se realiza la investigación (el acervo de conocimiento y la *imaginación sociológica*).

La investigación en cuestión.

El trabajo empírico que se ha desarrollado en esta tesis se inscribe en lo que habitualmente se conoce como *investigación cualitativa*, o no estándar, particularmente en su carácter de diseño *flexible*. En este sentido se supone que toda la investigación se articula en torno a ciertas elecciones de diseño iniciales, pero que revisten un sentido provisorio en tanto en el transcurso del proceso de investigación se toman decisiones no pautadas de antemano. La toma de decisiones acompaña todo el proceso de investigación y no solo se restringe a la formulación del proyecto.

En una investigación cualitativa las actividades de recolección y análisis de datos, de desarrollo y modificación del marco conceptual de referencia y la reelaboración y ajuste de las preguntas de investigación se encuentran interconectados en un proceso de influencia recíproca. De esta manera, no se procede según una secuencia prefijada de pasos, lo cual no implica sin embargo que el investigador no construya una orientación explícita del conjunto de actividades involucradas en el proceso de investigación.

En este sentido pueden identificarse algunos núcleos temáticos insoslayables a la hora de iniciar un proceso de investigación en el sentido de que requieren una explicitación. Siguiendo a Maxwell (1996) podrían mencionarse:

1. Los propósitos de la investigación, es decir, sus metas, aportes, e influencias en el contexto social. Especial mención requiere el planteo de cuestiones éticas tales como la reflexión sobre los daños o riesgos que pueden estar asociados a la investigación. La reflexión sobre cuestiones éticas debería acompañar todo el proceso en un esfuerzo por identificar las consecuencias negativas de nuestra actividad.

2. El marco conceptual o teórico acompaña todo el proceso de investigación y se modificará paulatinamente ajustándose tanto en relación a la profundización, relación y delimitación de temas, como a su adecuación para la interpretación de la realidad empírica que se releva.
3. La pregunta de investigación que guiará la búsqueda de respuestas e interpretaciones a partir del proceso de investigación.
4. Las técnicas que se utilizarán para la recolección de datos según sean las más adecuadas al problema de investigación formulado y las técnicas de análisis de datos que se utilizarán.
5. Las cuestiones vinculadas a la "validez" que refieren tanto al análisis como a la recolección de los datos. Se apunta a interrogarse acerca de las posibles equivocaciones, las explicaciones alternativas y la calidad de los datos que se recolectan.

Como señala Gundermann Kroll (2004) hay varias versiones sobre los criterios a emplear en las metodologías cualitativas para asegurar lo que bajo el positivismo se denomina confiabilidad y validez. Valles (2000) señala que una investigación cualitativa confiable debe considerar la *credibilidad*, la *transferibilidad* y la *dependibilidad*. La *credibilidad* está asociada al uso de recursos técnicos como por ejemplo el acopio de documentación escrita, la triangulación de datos, métodos e investigadores, las discusiones con colegas, el registro de cuadernos y diarios de investigación, las características de la observación participante u otras técnicas, etc. La *transferibilidad* por su parte, se logra a través de los procedimientos de muestreo cualitativo, y la *dependibilidad* refiere a los procedimientos de auditoría externa para los cuales el investigador debe aportar la documentación necesaria.

Además de estas consideraciones generales respecto de las características de una "investigación cualitativa", existe un relativo consenso en el ámbito académico y de investigación respecto de la existencia de un conjunto de elementos de diseño de la investigación que en gran parte aclaran la especificidad de la tarea que se está realizando.

Por ello se presentarán a continuación algunos de los principales elementos de diseño de la investigación como son la formulación del problema, las decisiones muestrales, y la selección de estrategias de obtención y análisis de datos (Valles, M: 2000).

Elementos de diseño

Sobre la formulación del problema:

La formulación del problema refiere al proceso de elaboración iniciado con la idea de investigar algo, hasta la construcción de un problema investigable. Es posible identificar al menos tres fuentes para encontrar un problema investigable: a) las sugerencias de investigadores experimentados o las convocatorias a la investigación sobre ciertos temas, b) la lectura de material escrito (la revisión de literatura para familiarizarse con el *estado de la cuestión*), y c) la experiencia personal o profesional. Aun cuando hayamos encontrado un problema investigable resta convertirlo en un problema que sea manejable, algo que se logra a través de la especificación de *preguntas de investigación*. Estas deben ser lo suficientemente flexibles para que permitan explorar un fenómeno en profundidad, aunque progresivamente la pregunta/s inicial se irá circunscribiendo durante el proceso de investigación al ir asignando relevancia o irrelevancia a los conceptos y sus relaciones en vinculación con el proceso de recolección y análisis de los datos (Valles, 2000).

En esta investigación se partió de un tema general, de interés para la investigadora (vinculado además a indagaciones previas plasmadas especialmente en una tesis de maestría), y con cierta relevancia en el marco de discusiones del momento. Ese tema general inicial recortaba problemas relativos a la participación de la comunidad en salud.

Al momento de iniciar la investigación, la incorporación de promotores de salud en el municipio de La Plata abría el interrogante respecto de las formas concretas que asumiría la política en APS que promueve la participación, previéndose un escenario no exento de conflictos. El trabajo de investigación que se propuso en el proyecto de investigación permitía profundizar el análisis inicial correspondiente a la tesis de maestría, considerando un nuevo escenario en la organización de las actividades de los centros de salud, en particular las referidas a la construcción de un espacio de participación con la incorporación de los promotores de salud.

Por otro lado, lo sugerente del tema (y que ameritaba una investigación de carácter cualitativo) radicaba en la existencia de distintos sentidos o significados sobre la participación de la comunidad en salud. Esta diversidad aparecía como una suerte de “obstáculo”⁸⁷ en algunos documentos que constituían una referencia destacada para la formulación de políticas públicas en el área. Sin embargo, desde una perspectiva sociocultural era posible pensar que por tratarse de un fenómeno social, no existiría una homogeneidad de significados, sino más bien criterios heterogéneos, una combinación más o menos contradictoria, o directamente sentidos contrapuestos.

⁸⁷ El “obstáculo” se identifica claramente en los documentos de la OPS/OMS analizados en el capítulo previo.

Era posible entonces, presuponer un conjunto complejo y no siempre articulado de distintas "definiciones" de la participación de la comunidad en salud. Este entramado de significados diversos tiene relación con las variaciones relativas al proceso histórico de recuperación de la APS que se registra al menos desde la década de los 70 y más recientemente se visibiliza en la propuesta de los *Sistemas Locales de Salud (SILOS)* y la postura de la OPS/OMS en el aniversario 30^a de la declaración de Alma Ata. Esta problemática en particular llevó a analizar estos documentos y también a sumar la carta de Alma Ata y la de Ottawa, constituyendo un cuerpo de documentos significativos para comprender el contenido y las variaciones de contenido en torno a lo que se entiende por salud, por APS y por participación. Esto resultó de interés además en función de considerar las aproximaciones que emergieran en los documentos que tratan la definición de la política de salud en APS especialmente en el municipio que se tomó como referencia para el relevamiento empírico y las representaciones de los agentes de salud que desempeñan funciones en ese ámbito en particular. Además de que la participación de la comunidad en salud sigue siendo objeto de apelación por parte de los principales organismos internacionales en salud, se consideró que las representaciones de los agentes de salud y las actividades en las instituciones prestadoras del servicio de salud, debían contenerla de alguna manera. El escenario entonces llevaba a pensar en un panorama con sentidos diversos sobre la participación en salud y con actividades concretas que como mínimo manifestarían una heterogeneidad consecuente.

Entre la bibliografía consultada al momento de la formulación del proyecto de investigación se destacaba una interpretación muy difundida que asume a los servicios de salud como ámbito idóneo para plantear cualquier tipo discusión y acciones referidas a la salud de la población, en particular en aquellas estrategias vinculadas a la atención primaria de la salud, aunque el ámbito de la prevención y promoción de la salud excede el ámbito médico. Considerando esta perspectiva una mirada inscripta en las ciencias sociales podría aportar algunos elementos para la reflexión, máxime cuando en el tema, la perspectiva médica ocupa una posición dominante. Se consideró entonces la importancia de reflexionar sobre las prácticas concretas que se identificaban como participativas, en el ámbito de las instituciones de salud orientadas a la prevención y promoción de la salud (es decir instituciones abocadas a la APS).

Una de las cuestiones que se desprende al considerar los documentos sobre el tema, tanto a nivel provincial como municipal, es que los centros de salud son considerados como la puerta de entrada al sistema, un sistema que (como se ha señalado) centralmente se orienta hacia las acciones curativas y reparativas. Asimismo se reconocen como prioritarias las acciones de prevención y promoción de

la salud, acciones que incluyen un variado abanico que va desde la vacunación o los controles de salud, hasta la provisión de información para adoptar "conductas saludables". La asociación entre ambos tipos de actividad (curativas/reparativas y preventivas y de promoción de la salud) puede manifestar como mínimo algunas contradicciones en términos de las acciones emprendidas y es de esperar que estas contradicciones se expresen en torno a uno de los puntos clave en la APS, como es el referido a la participación comunitaria. Asimismo las limitaciones vinculadas a las condiciones concretas en las que se presta el servicio de salud pueden no coincidir con los "principios inspiradores" al momento de la concreción de las acciones, de tal manera que las acciones devengan por caminos que se bifurcan de los objetivos generales presentes en la definición de la política en salud.

Es por ello que analizar las representaciones del personal de los centros de salud sobre la participación comunitaria en relación a las actividades que efectivamente se realizan y hacer un rastreo sobre los principios que rigen la organización de esas actividades plasmados en documentos de gestión constituían el objetivo más general inicialmente propuesto.

Para esta investigación se partió del supuesto de que en algunas experiencias en otras provincias de nuestro país y en otros países, se encontraba la figura de los *agentes sanitarios* (que ante todo son miembros de la comunidad) como garantes por excelencia de formas de participación comunitaria en salud.

En el caso de la Municipalidad de La Plata y hasta fines de 2015, se definió a la APS como eje importante de la política local en salud, y se incorporó formalmente la figura de los promotores de salud desde 2008. Al momento de la implementación de esta política, las acciones se orientaron a la formación de estos actores sin que se incluyera una instancia de trabajo sistemática con los equipos de salud en los que predominan los profesionales médicos. Esta situación en particular obligaba a prestar atención al entramado de relaciones al interior de los equipos de salud dado que podían ser incorporados como auxiliares de la práctica clínica, o bien podían redefinir sooo parte de las actividades regulares de los CAPS, dando como resultado situaciones disímiles (no exentas de disidencias o conflictos) al interior del sistema de prestación local. Justamente el trabajo de investigación propuesto e iniciado hacia 2008 intentaba profundizar algunos de los problemas identificados en la indagación previa, tratando de comprender el entramado de relaciones y sentidos construidos por los agentes de salud en un contexto que al menos formalmente prometía innovaciones respecto de períodos previos.

Esta situación se torna especialmente significativa si se considera que uno de los puntos relevantes dentro de las estrategias de atención primaria de la salud está

constituido por las formas de participación comunitaria en lo referente a la planificación, organización y gestión de acciones y recursos de forma tal que se generen intervenciones que exceden el mero accionar médico-técnico. Era posible pensar que aun cuando se estructuraran propuestas con mayores grados de participación (en el estudio previo, correspondiente a la tesis de maestría se detectó un caso en este sentido), no se incluyeran estos objetivos que han estado presentes en los documentos de la OPS/OMS sobre la APS desde al menos la década de los 90.

A su vez, era factible pensar que el personal abocado a la atención primaria de la salud, siguiendo los principios inspiradores de la APS, pudiera estar generando acciones en la práctica cotidiana que de alguna manera promovieran la participación de la comunidad recuperando sus demandas (ya fuera por interés personal o por la propia formación dado que, por ejemplo, existe en La Plata una *Residencia en Medicina General* que capacita a los médicos en el área de APS).

En resumidas cuentas, la pregunta o el problema de investigación apuntó a desentrañar los sentidos y prácticas concretas en torno a la participación comunitaria en salud en el ámbito de los CAPS recuperando la mirada de los agentes de salud (médicos y promotores de salud). Entre las preguntas iniciales que se desprendían de ese interrogante general, se encontraban: *¿cuáles son y qué características tienen las actividades en salud descritas como participativas por parte de los equipos de salud abocados a la APS en el municipio de La Plata?, ¿qué sentido asume la participación en salud para los responsables de los CAPS?, ¿qué actividades realizan los promotores de salud, y entre ellas cuáles se identifican como participativas?, ¿se identifican límites, problemas o conflictos en torno a la participación en salud?, ¿se identifican límites, problemas o conflictos en torno a los promotores de salud y las actividades que realizan?, ¿Cuáles son las ventajas que los agentes de salud identifican en torno a los promotores de salud y en torno a la participación en salud?, ¿qué características se encuentran en la relación entre existencia de promotores de salud y las prácticas participativas?*

Una de las dificultades en la investigación provino de las trabas al acceso a la documentación escrita acerca de la organización de las actividades en los CAPS, y datos cuantitativos sobre cantidad de personal, antigüedad, salarios y profesión de los agentes de salud de los CAPS. Las instancias de gestión municipales actuaron por negativa directa (aduciendo impedimentos legales para hacer pública la información solicitada por la investigadora) o por “desgaste” (si bien no se negó el acceso a información específica, y se sabe que existe información, esta no fue brindada a pesar

de la insistencia y las reiteradas oportunidades en que fuera solicitada a distintos agentes municipales). Se obtuvieron no obstante un conjunto de datos cuantitativos, mediando las relaciones interpersonales de miembros del equipo de investigación en el que la investigadora se inscribe. Estos datos fueron brindados a condición de que no se hicieran públicos por lo cual no se incluyen en este trabajo, pero sirvieron para confirmar algunas apreciaciones que emergían del trabajo de campo. El acceso a documentos quedó restringido a la información que el Municipio brinda a través de su página web. Ello no fue sin embargo un escollo insalvable para realizar la investigación. Lo que sí es necesario aclarar es que gran parte de la información se obtuvo mediante la utilización de técnicas “cualitativas” de recolección de información y del análisis de documentos on line.

Decisiones muestrales

En investigación cualitativa las decisiones muestrales siguen criterios diferentes a aquellos propios de la investigación cuantitativa. Se trata básicamente de un muestreo no probabilístico en el que se toman varios criterios y no están generalmente prefijados sino que evolucionan a medida que progresa el trabajo de campo.

Suponen la elección de contextos, casos y fechas. Una vez seleccionados los contextos relevantes al problema de investigación (barrios, localidades, instituciones, etc.) se seleccionan los casos individuales. Los criterios para seleccionar los casos individuales pueden ser: *heterogeneidad o diversidad* (elección de lugares, situaciones, grupos, contrapuestos en sus características), *accesibilidad* (consideración de las posibilidades concretas y recursos disponibles), *redes personales del investigador* (previas o construidas en el proceso de investigación a través de la técnica de "bola de nieve"), *saturación o redundancia* (sigue los principios de la teoría fundamentada); *cronología* (períodos y límites temporales del estudio) (Valles, M: 2000).

En esta investigación la selección de un contexto relevante al problema de investigación apuntó a los centros de salud de La Plata (CAPS), simplemente porque en ellos se llevan a cabo la mayor parte de las acciones en materia de atención primaria de la salud y porque aglutinan a los profesionales que se supone expertos en el tema (encargados de dictar charlas y organizar talleres, de capacitar a otros actores sociales, de proveer vacunas y/o insumos para los beneficiarios de planes o programas de salud específicos, etc.).

Los criterios para seleccionar los casos individuales fueron la *heterogeneidad* o diversidad combinada con la *accesibilidad* (en términos de los recursos disponibles: un solo investigador con tareas diversas además de esta investigación) y las *redes personales tanto de la investigadora como del equipo de investigación* del que la investigadora formara parte.

Inicialmente se había propuesto tomar diez centros de salud⁸⁸ ubicados en distintas zonas geográficas de la ciudad (la mayoría de ellos se ubican en cercanía a barrios pobres urbanos y periurbanos), pero no en las zonas rurales más alejadas, de difícil y costoso acceso para la investigadora. También se descartaron los centros de salud dedicados exclusivamente a un tipo de tarea o actividad (por ejemplo el centro de salud que llevaba adelante solo el Programa para la Tercera Edad; el centro de referencia de HIV/SIDA y ETS; el centro encargado de los exámenes médicos para obtener el registro para conducir automotores; etc.) que los alejaba de las situaciones más comunes de la mayoría de los centros de salud municipales.

El criterio inicial de selección de los CAPS, recuperó a aquellos que se consideraron para la instancia de la tesis de maestría (una selección de centros que incluían en su planta a profesionales especializados en medicina general –es decir especialistas con conocimientos en APS-, lo cual redujo la selección inicial a casi la mitad del total de los centros de salud). Ese criterio inicial se reevaluó considerando que siguieran cumpliendo la condición antedicha y que fueran CAPS en los que se hubieran incorporado promotores de salud municipales, lo que hacía suponer mayores posibilidades de hallar referencias a actividades en las que la comunidad participara. A esta selección inicial se superpuso el criterio de que los CAPS fueran mencionados por los entrevistados como lugares en los que (según su criterio) se realizaran actividades con la comunidad.

Por supuesto a estos criterios de selección se sumó la aceptación por parte de los profesionales y promotores de salud a participar en la investigación, bajo la pauta del consentimiento informado (aunque no se solicitó la firma de un documento escrito tal como recomiendan los estándares más recientes).

El mapa final quedó conformado por CAPS a los que se accedía bajo el criterio combinado de acceso/bola de nieve/decisiones del investigador, lo cual permitió delimitar un grupo de CAPS en los que hubiera posibilidades de encontrar actividades

⁸⁸ El número (10 centros de salud) surgió inicialmente de los criterios tomados en la Tesis de Maestría en Ciencias Sociales y Salud (CEDES/FLACSO). Para esta etapa se decidió inicialmente tomar los mismos CAPS, aunque la selección concreta fue reevaluada a la luz de la información relevada y el análisis de la misma. De esta manera se ponderaron los sentidos construidos por los actores y el análisis conceptual que surgía en el transcurso del trabajo, manteniendo el número de CAPS inicialmente pautado.

en las que la comunidad participara y otros en los que se diera la situación opuesta (con las variaciones intermedias imaginables).

En el transcurso del trabajo de campo realizado a lo largo de 2010, cinco centros de salud fueron elegidos en tanto hubo referencia por parte de las personas entrevistadas a que se realizaban actividades en las que la comunidad participaba y otros cinco en los que no. Para la elección se recurrió a la técnica de *bola de nieve* incluyendo una pregunta que apuntaba justamente a identificar esas situaciones. Las *redes personales de la investigadora* permitieron ubicar un caso particular no mencionado por ninguno de los informantes entrevistados y que había formado parte del relevamiento previo (correspondiente a la tesis de maestría). Esta identificación fue posible por indagaciones informales realizadas por la investigadora a través de contactos y relaciones personales más amplias que las directamente involucradas en el trabajo de campo de esta investigación.

Estos criterios permitieron recuperar los matices de las experiencias y pensarlas a partir de la idea de un continuum constituido por dos polos, cuyo contenido surgía de la información recogida en el propio trabajo de campo y en asociación con las discusiones conceptuales del material bibliográfico con el que se trabajó.

Además, entre diciembre de 2014 y septiembre de 2015 se proyectaron entrevistas a jefas de CAPS y promotoras de salud con el objeto de incluir su perspectiva transcurridos cinco años del relevamiento inicial, suponiendo la posibilidad de una revisión y/o cambios en las experiencias participativas que habían sido identificadas en 2010 y caracterizadas como experiencias participativas amplias en comparación con las que mayormente se detectaron. Esta instancia no se incluyó inicialmente en el proyecto de investigación, es decir, la indagación no fue pensada como un estudio definido en un espacio temporal largo que permitiera un seguimiento, revisión, y las comparaciones posibles entre distintos momentos y contextos (considerando las variaciones inherentes a los fenómenos sociales).

La selección operó considerando la posibilidad de contactar a las mismas promotoras de salud entrevistadas en 2010, especialmente a aquellas que estuvieron involucradas en experiencias que se clasificaron como “a-típicas”. Asimismo se intentó contactar a los responsables de los CAPS en los que se desarrollaban actividades participativas más amplias de acuerdo al relevamiento inicial de 2010, pero solo se pudo contactar a una de las profesionales (la otra ya no trabajaba en el CAPS ni en el ámbito municipal) y a dos de las promotoras. Se previó que no necesariamente se encontraría a las mismas personas, lo cual no obturaba la posibilidad de recuperar sus perspectivas sobre las experiencias participativas y sus actividades en los CAPS, transcurridos unos años.

En cuanto a la *cronología*, desde el inicio por razones de disponibilidad de tiempo y recursos el trabajo de campo se concentró principalmente en un año (2010) y la temporalidad tuvo relación directa con las condiciones de posibilidad en la realización del trabajo de campo. A diferencia del trabajo de campo que se realizó el trabajo de campo de la tesis de maestría, en esta etapa no hubo un nivel de rechazo tan alto a las entrevistas, y pudo concretarse en el transcurso del año 2010.

Las situaciones de rechazo, llevaron a que en algunos de los CAPS no se pudieran realizar las entrevistas a jefes o a promotores de salud (ello se evidencia en el cuadro con los detalles de las entrevistas realizadas) y a que algunos de los CAPS inicialmente seleccionados fueran dejados de lado. La reserva de identidad y los resguardos respecto de las posibilidades de identificación de los sujetos y los CAPS en los que los agentes de salud trabajaban se encuentra solo en el anexo del informe final (en posesión del investigador) a los efectos de cumplir con los estándares de calidad de la investigación⁸⁹ y eventualmente permitir el acceso al material a otros investigadores.

Selección de estrategias de obtención y análisis de datos

Además de las decisiones muestrales el investigador opta por utilizar determinados recursos técnicos (análisis documental, cuestionarios, entrevistas abiertas o en profundidad, grupos de discusión, observación sobre el terreno) y cuenta con ciertos modelos o patrones de procedimiento que reflejan las investigaciones y estudios especialmente valorados por la comunidad académica en ciertos momentos históricos.

Una posible calificación de estas estrategias consiste en: a) la estrategia de la investigación documental o uso de documentación (estudios basados en evidencia documental); b) la estrategia de estudio de caso/s sean los *estudios de casos etnográficos* en los que la principal técnica que se aplica es la observación participante, los *estudios de casos biográficos* basados sobre todo en las técnicas de documentos personales, relatos de vida e historias de vida, o los estudios de casos caracterizados por metodologías particulares (*etnometodología*, *evaluación*, etc.); c) la estrategia de la triangulación, que combina varias estrategias (basadas en el uso de diversas técnicas: observación participante, análisis documental, entrevistas, etc.) en

⁸⁹ Al respecto Valles (2000) recuperando la clasificación de Erlandson y otros (1993) distingue tres grupos de "criterios de calidad" a considerar en un estudio cualitativo: 1) confiabilidad; 2) autenticidad; 3) éticos. Los dos primeros (confiabilidad y autenticidad) son los que han recibido mayor atención dada su relación con los criterios de validez y fiabilidad correspondientes a la metodología cuantitativa.

la que también puede ser incluida la estrategia cuantitativa de encuestas (Valles, 2000).

Siguiendo la taxonomía precedente, en esta investigación se optó por la estrategia de triangulación (aunque no se incluyó la estrategia cuantitativa basada en encuestas) en el sentido de que se recurrió fundamentalmente a la utilización de dos técnicas para la obtención de datos: entrevistas y análisis documentos.

Considerando las tipologías más conocidas de entrevistas (Valles, M. 2000), en esta investigación se combinaron varios tipos, fundamentalmente porque se partió de considerar que una entrevista supone una conversación y como tal, un proceso de interacción y comunicación que va más allá de lo pautado inicialmente por el investigador. En este sentido se puede señalar que se utilizó la *entrevista conversación informal* (Patton; 1990) que alude a las conversaciones que se generan sin que se pautara previamente una entrevista, la *entrevista basada en guión* (Patton; 1990) que supone la formulación de temas generales sobre los cuales girará el núcleo central de la entrevista y la *entrevista estandarizada no programada* (Denzin, 1970) que supone la formulación de preguntas sin necesariamente mantener un mismo orden para todas las entrevistas realizadas.

En esta investigación se tomó esta tipología como modelo y se combinaron características de acuerdo al contexto/situación en cada caso concreto. Se registraron las conversaciones informales siguiendo el modelo del informe que se genera al realizar una observación participante (no fueron grabadas), con el resguardo de que se cumpliera con el requisito del consentimiento informado y la posibilidad de que la información brindada por el entrevistado fuera tratada como *of the record*.

Inicialmente se diseñó un guión, es decir un listado de temas a tratar, con total libertad por parte del entrevistador para formular y ordenar las preguntas a lo largo de la entrevista.

Sin embargo y a los efectos de contar con un apoyo al momento de la entrevista, al guión se agregó un conjunto de preguntas orientadoras para el entrevistador, que actuaban como guía y ayuda en el transcurso de la conversación. Su utilidad fue máxima toda vez que las condiciones en que se desarrollaba la conversación no eran las que habitualmente se consideran óptimas, ya sea por falta de *rapport* (que se dio solo en algunos casos), como por que (y más importante que lo anterior) todas las entrevistas fueron realizadas en los lugares de trabajo, lo cual suponía limitaciones de tiempo y frecuentes interrupciones.

El guión se organizó iniciando la conversación con temas poco comprometedores pero que a su vez permitían plantear consideraciones vinculadas al

“deber ser”, debido a que el tema implica discusiones y tomas de posición en los que las definiciones normativas (los lineamientos sobre APS y participación comunitaria en salud) están presentes con fuerza. En lo que respecta al entrevistador, además de obtener información que iba a ser utilizada, permitía paulatinamente adecuar el uso del lenguaje (por ejemplo tutear o no, adecuar la utilización de giros lingüísticos, etc.) y decidir la forma en que se iba a estructurar el orden de los temas tratados durante la entrevista.

El guión de entrevistas a promotoras de salud incluyó los siguientes temas: condiciones de trabajo (cantidad de horas que dedican a la actividad, capacitaciones, fecha/tiempo en el que comenzaron a trabajar como promotoras) , tipo de tareas que se desarrollan (actividades que realizan diariamente, actividades realizadas fuera del edificio del CAPS, mecanismos para difundir actividades, identificación de grupos del barrio que realicen actividades y aquellas que participan conjuntamente con los CAPS en temas de prevención y promoción de la salud, existencia/características de mecanismos para que las personas/instituciones del barrio canalicen sus preocupaciones sobre la salud colectiva), modalidad de organización de las actividades en APS (decisiones sobre temas, convocatorias, grupos de trabajo/discusión) y percepción subjetiva del trabajo (inconvenientes y experiencias positivas; organización del trabajo doméstico y el extradoméstico, percepción sobre el involucramiento de mujeres en la tarea de promotoras de salud).

El guión de las entrevistas a jefes/as (responsables) de los CAPS incluyó los siguientes temas: percepción sobre la incorporación de los promotores de salud y la participación de la comunidad en APS (momento de incorporación de los promotores, cantidad de promotores, experiencias previas en las que se realizaran actividades similares a las que se reconocen en la política municipal como propias de los promotores de salud, relación entre promotores de salud y APS), actividades de promoción y prevención realizadas por el CAPS que involucran a los promotores de salud (ejemplos de actividades, forma de organización de la actividad, estrategias de difusión, definición de los temas a trabajar y actores involucrados en esa definición, percepción de cambios desde la incorporación de los promotores de salud).

Además de las entrevistas se recuperó material documental diverso. Como señala Valles (2000), la investigación documental cuenta con una extensa historia (baste recordar a los principales fundadores de la sociología), y constituye una fuente de información de interés para el análisis de ciertos problemas sociales. Se recurrió a documentos de organismos internacionales y documentos producidos por el área de salud del municipio, disponibles en soportes electrónicos y en papel (documentos de

OPS/OMS y publicaciones periódicas de Dirección de medicina Comunitaria de la Municipalidad de La Plata). La selección del material operó según los criterios de relevancia en función de la reflexión teórica propuesta y de acceso (disponibilidad del material).

En lo referente al análisis del material recolectado, existen distintos procedimientos o estrategias a su vez asociadas a distintas tradiciones o escuelas teóricas.

Siguiendo a Valles (2000) se pueden distinguir al menos cinco grandes líneas: 1) el análisis de contenido, 2) la descripción etnográfica, 3) la inducción analítica, 4) la teoría fundamentada, 5) el análisis de discurso. Podríamos agregar una sexta línea denominada hermenéutica-dialéctica por Souza de Minayo (1997).

El análisis de contenido, según esta aproximación, parte de los supuestos de objetividad, impersonalidad y replicabilidad propios de un enfoque positivista y recurre a la estrategia de conversión del material cualitativo en cuantitativo. De esta estrategia se cuestiona la pérdida de riqueza del material relevado (los sentidos y significados socialmente contruidos) y el carácter artesanal e inventivo del investigador.

La descripción etnográfica se funda en los trabajos antropológicos más clásicos. Supone la producción de monografías en las que se describen en profundidad las prácticas sociales y perspectivas de los sujetos.

La inducción analítica generalmente se asocia a la *Escuela de Chicago*. Se propone desarrollar clasificaciones y tipos a partir de un número relativamente pequeño de casos y la búsqueda de evidencia negativa, desarrollando conceptualizaciones e hipótesis explicativas en el transcurso de la investigación.

La teoría fundamentada (*grounded theory*) propone el procedimiento analítico de la comparación constante a través de la codificación y análisis de los datos con la meta de generar teoría. Distingue cuatro fases o momentos: comparación inicial del material empírico, integración de categorías y propiedades, delimitación de la teoría, y escritura. Al igual que la perspectiva de la inducción analítica conlleva los riesgos asociados al inductivismo.

El análisis de discurso engloba diversas estrategias asociadas a distintas tradiciones teóricas de los campos de la lingüística, la semiótica, la comunicación, la psicología cognitiva, etc.

La hermenéutico-dialéctica no formula técnicas de tratamiento de datos y se presenta como un "camino de pensamiento". Propone que el investigador busque entender los textos, los testimonios, como resultado de un proceso social de conocimiento sometido a múltiples determinaciones pero con un significado específico.

Se concibe a los textos como representaciones sociales de una realidad de la que forma parte tanto el autor como el investigador.

En esta investigación se combinaron varias estrategias analíticas. A los efectos operativos se procedió según las características de flexibilidad en el diseño de la investigación y bajo el supuesto de un *ida y vuelta* constante entre la teoría y la empiria. Esto permitió tanto la construcción de clasificaciones ordenadoras de los datos que se obtenían, su examen a la luz del marco conceptual inicial y la búsqueda de categorías no incluidas en el proyecto inicial.

Las entrevistas fueron desgrabadas y sometidas a un análisis preliminar que permitía tanto ordenar la información, ajustar el guión utilizado y tomar decisiones relativas al muestreo (búsqueda de casos negativos y saturación de información). Este ordenamiento inicial supuso la agrupación de la información en grandes categorías y la comparación con el material empírico que se iba produciendo.

Como resultado de este proceso las categorías empíricas y analíticas fueron construidas acompañando el trabajo de campo, dibujándose un análisis inicial que fue completado al finalizar el trabajo de campo con una nueva instancia analítica en la que se revisó el ordenamiento y clasificación a partir de una relectura del material empírico a la luz de los ejes temáticos, categorías e información obtenida de otras fuentes (principalmente documentales). Esta segunda etapa permitió establecer los criterios para decidir sobre la relevancia de los temas y su inclusión en el informe final junto con la elección de las citas más significativas (no se utilizó ningún programa o apoyo informático, sino que se procedió con el estilo artesanal de la etnografía). La redacción del informe final implicó además la decisión de presentar los resultados siguiendo el criterio de ordenarlos de mayor a menor grado de abstracción.

En cuanto al análisis del material documental, siguiendo a Erlandson (Valles, 2000:120) fue tratado guardando relación con los temas recuperados en el marco conceptual o teórico, y además se consideró la relación con el análisis presente en otros trabajos de investigación que contuvieran resultados de indagaciones empíricas y con los que emergían de las entrevistas u observaciones con diverso grado de participación de la indagación propia mientras esta se desarrollaba y a posteriori. En definitiva se identificaron contenidos de interés vinculados a la formulación de las preguntas de investigación y se interpretaron a la luz del marco conceptual y de los reportes de investigaciones empíricas.

Datos sobre Profesionales y Promotores de los CAPS en los que se realizaron las entrevistas en 2010 y 2014/15⁹⁰

CAPS	Nº Entrevista	Función	Especialidad	Nº Entrev	Función	Nº Entrev	Función
A	3	Jefa	Odontóloga	9	Promotora		
B	4 (2010) y 22 (2014)	Jefa	Médica Generalista	5	Promotora	6 (2010) y 24 (2015)	Promotora
C	10	Jefa	Odontóloga	11	Promotora		
D	13	Jefa	Pediatra	12	Promotoras (participaron dos promotoras en la misma entrevista)		
E	14	Jefa	Pediatra	15	Promotora		
F	16	Jefa	Médica Generalista	17	Integrante equipo (Trabajadora social)		
G	7	Jefe	Ginecólogo	8	Promotora		
H	19	Jefe	Médico Generalista	18	Promotora		
I	2	Jefa	Medica Generalista	1	Promotora	23 (2014)	Promotora
J	20	Jefe	Odontólogo	21	Enfermera en capacitación como Promotora		

Los casos fueron agrupados como típicos y atípicos, según los datos que emergían de la indagación, y se clasificaron en dos grupos: 1) situaciones de participación restringida, y 2) situaciones de participación amplia.

El primer caso (participación restringida) agrupa las entrevistas realizadas en 8 de los CAPS y el segundo caso (participación amplia) agrupa las entrevistas realizadas en 2 CAPS (casos identificados en el cuadro precedente con las letras B e I).

⁹⁰ La identificación del Centro de Salud concreto no se incluye en este cuadro a los efectos de mantener el resguardo de la identidad de los informantes que participaron en la investigación, que fue condición en varios casos para acceder a una entrevista grabada.

Análisis de caso. Atención primaria de la salud-enfermedad y participación en experiencias recientes del municipio de La Plata (2008-2015).

En las páginas que siguen se propone reflexionar sobre la construcción a nivel local de políticas públicas participativas en el campo de la salud poniendo foco en algunos actores y procesos involucrados en la instancia de su concreción, recurriendo a un estudio de caso que tomó como unidad de observación a algunos centros de atención primaria de la salud (CAPS) en el Municipio de la Plata.

Un punto inicial para ordenar los hallazgos del relevamiento empírico, resulta de considerar que el proceso de construcción de procesos participativos involucra dos niveles⁹¹: en primer lugar, el atinente al plano de los propósitos explícitos o formales de las políticas que se llevan adelante. Para el caso analizado supone una política municipal en salud que procura la incorporación de los promotores de salud en los CAPS y la consolidación de procesos participativos en la estrategia general de la APS.

Un segundo nivel refiere al hecho de que los objetivos, metas y principios articuladores de esas políticas son mediados por los agentes de las instituciones encargados de llevarlas adelante, de tal manera que proyectan/construyen un conjunto de sentidos y prácticas que se articulan con los lineamientos de la política oficial aunque no necesariamente en un sentido unívoco. Particularmente se trata de considerar el proceso de apropiación y reapropiación por parte de los sujetos, de un conjunto de prácticas y sentidos, no siempre coincidentes respecto de las exigencias institucionales ni los objetivos formales.

En nuestro caso supone conocer los lineamientos de la política municipal (lógicamente enmarcados en un contexto particular de diversas directrices para las políticas de salud a nivel local, provincial y nacional), para identificar distintas modalidades de acción que suponen distintos escenarios más o menos proactivos a la participación (amplia o reducida) de la comunidad en salud, y supone también acercarnos al conjunto de representaciones y a las prácticas referidas por los actores inmersos en el devenir de esa política.

En la presentación del caso que nos ocupa la información recolectada se ha organizado en cinco apartados. El primero refiere a las definiciones que se encontraban presentes en documentos de acceso público (hasta el momento de los cambios de gestión producidos a inicios de 2016) del Ministerio de Salud de la Nación, el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires y a nivel municipal, la Dirección de Salud Comunitaria y Promoción de la Salud. Asimismo se incluye la perspectiva de los responsables de los CAPS entrevistados respecto del desarrollo de la política

⁹¹ Aquí se recuperan algunos señalamientos de Willis (1988, pp.207-209) para pensar análogamente.

municipal en torno al tema. El segundo recupera la perspectiva de profesionales médicos y promotoras sobre la participación en salud; el tercero recorta la percepción sobre los límites en las acciones desarrolladas en los CAPS; el cuarto refiere a las relaciones de poder que se evidencian en los discursos sobre las relaciones entre los sujetos; y finalmente se toma en consideración un acercamiento a la perspectiva subjetiva de las promotoras de salud sobre las actividades que desarrollan (es decir su trabajo como promotoras de salud).

1. APS y participación: una aproximación a la política local en salud planteada desde documentos clave y recuperando la perspectiva de los agentes de los CAPS

Como punto de partida se requiere recuperar algunos señalamientos del capítulo previo referidos a los documentos de OPS/OMS en tanto constituyen lineamientos generales que actúan como referente en el campo de la atención primaria de la salud, realizando especialmente la perspectiva sobre la salud y la participación.

Desde la declaración de Alma Ata en 1978, la APS introduce a la salud (y no solo a la enfermedad) como eje sustantivo de los debates, reconociendo que algunos problemas sanitarios exceden el sistema de salud. Esta problemática reaparece en la carta de Ottawa (1986) que suma además la necesidad de generar políticas públicas y programas políticos amplios. Para 2007 la OPS/OMS enfatiza la relación entre salud y derechos humanos, e introduce una variación sobre la definición de salud de Alma Ata al caracterizarla como capacidad humana, como requisito para desplegar proyectos de vida y como un elemento indispensable para las sociedades democráticas.

La *participación* “comunitaria e individual” en la planificación, organización, desarrollo y control de la propia atención primaria está presente en ambos documentos, aunque ocupa un lugar central en el correspondiente a 1990, y se reitera además en el de 2007.

La preocupación por el tema de la reorganización del sistema de atención está presente en los cuatro documentos analizados. Tempranamente se ubica a la APS como puerta de entrada a una estructura organizacional del sistema de salud que contemple criterios de complejidad (referidos tanto a los problemas de salud como a las respuestas técnicas). Es el documento de OPS/OMS de 1990 el que se propone una transformación de los sistemas nacionales de salud en la que los sistemas locales de salud (SILOS) ocupan un lugar protagónico que no solo remiten a lo anterior sino que suponen en sí mismos la promoción de la *participación* de la población. Asimismo la transformación de los sistemas de salud supone la reorientación de políticas en las que la promoción de la salud (asentada en la Carta de Ottawa) adquiere centralidad.

Una última mención surge de considerar la imbricación entre acciones colectivas e individuales para la mejora de la salud, que emerge especialmente en los documentos de OPS/OMS de 1990 y 2007, y sobre todo en este último al apelar al logro de estilos de vida saludables, aunque pareciera reconocerse que esta no descansa meramente en acciones individuales si se considera la mención cuanto menos a la complejidad de los determinantes de la salud.

Resta ahora analizar algunos de los lineamientos que tanto a nivel nacional, provincial y municipal trazan el marco general en el que se despliegan las políticas en el primer nivel de atención, para tratar de identificar sus orientaciones y poner en contexto sus alcances y limitaciones.

a) Políticas municipales en APS en contexto planes y programas a nivel nacional (Ministerio de Salud de la Nación) y provincial (Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires)

Una de las cuestiones a considerar es el marco general compuesto por programas nacionales y dependientes de la provincia de Buenos Aires, en el que se inscribe el fortalecimiento de la APS y las modalidades que asume la participación de la comunidad en salud (y en particular a qué sujetos involucra), que como hemos visto forma parte de la estrategia de APS.

Nivel nacional

A nivel nacional el Plan Federal de Salud 2004-2007, el Programa Médicos Comunitarios y más recientemente el Programa de Promoción Comunitaria en Salud, pueden considerarse como referentes en los lineamientos generales que instala la Nación en materia política en el ámbito de la APS.

El **Plan Federal de Salud 2004-2007** estableció entre otras cuestiones, la importancia del rol de rectoría del Ministerio de Salud de la Nación y los ministerios provinciales; el aseguramiento de la cobertura básica universal, el desarrollo por parte de provincias y municipios de programas de promoción y prevención, poniendo el acento en la atención primaria y respetando los mecanismos crecientes de derivación dentro de la red de atención; la protección del financiamiento de los programas establecidos; y la organización de la sociedad civil para fomentar su participación en el diseño e implementación del modelo.

Se indica el logro de un nuevo modelo sanitario basado en la construcción de redes de atención y ubicando como base primordial a la estrategia de atención primaria. Se postula la **estrategia de atención primaria de la salud** concibe integralmente los problemas de salud-enfermedad-atención de las personas y del conjunto social, a través de la integración de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación. Se señala asimismo que busca extender el sistema sanitario a la intimidad de los hogares permitiendo conocer la realidad social y sanitaria de la población, mejorando la comunicación del individuo (y su familia, sus saberes y cultura) con la medicina científica.

Se señala que la atención primaria será la prioridad y las acciones de promoción y prevención obtendrán una asignación creciente de recursos; se promueve que los gobiernos locales (primero las provincias y luego también los municipios) desplieguen una estrategia de Atención primaria de la salud, así como en acciones de promoción y prevención, desarrollando políticas saludables, informando y modelando conductas. Se plantea que los gobiernos municipales no deben limitarse a garantizar acceso sino a alcanzar progresivamente las metas de un municipio saludable, integrando las áreas de salud con las de ambiente y desarrollo sustentable. Se señala que esta integración surge de la necesidad de asociar el diagnóstico del paciente a las condiciones sanitarias de la comunidad en que vive, sus hábitos personales, sus actividades ocupacionales y las características del ecosistema.

Se reconoce que la estrategia de atención primaria es altamente positiva en su costo-efectividad y se reconocen dos obstáculos históricos para su desarrollo, por un lado, el carácter hospitalocéntrico del sistema, y por otro lado, los altos costos asociados al diseño, implementación y evaluación del sistema de APS. Por ello se prevé que el ministerio nacional asista a los Centros de Atención primaria de la salud (CAPS) mediante el diseño de un modelo de atención adecuado para la APS en centros locales; la provisión de medicamentos (Programa Remediar); la provisión de leche, vacunas, anticonceptivos, etc. Además Nación y provincias acreditarán y clasificarán los CAPS, realizarán capacitaciones e introducirán incentivos a los profesionales responsables.

Se promueve la **participación comunitaria** en todos los niveles, entendiendo que el cuidado de la salud desde una perspectiva intersectorial requiere de instituciones y personas que tengan como objetivo lograr el más alto nivel de salud posible para la población, especialmente para los grupos vulnerables, definiendo acciones y destinando recursos.

Se plantea que se debe permitir al pueblo ser protagonista de su proceso de salud y se señala que la salud, como derecho, requiere ciudadanos que puedan y

quieran ejercer su ciudadanía, que las personas dejen de ser receptores pasivos de actividades puntuales prestadas por servicios institucionalizados de atención médica reparativa, orientada a enfermedades específicas. Se presenta como principal estrategia, la implementación de acciones de comunicación social –tanto en medios masivos como en actividades a nivel local- destinadas a informar y emponderar a la población, incrementando la conciencia respecto de sus derechos y promoviendo conductas saludables. A la vez se plantea que se debe favorecer y facilitar ámbitos y mecanismos de monitoreo y control social, necesarios para un adecuado funcionamiento del sistema.

Desde 2004 se implementa el **Programa Médicos Comunitarios**, que procura el fortalecimiento de recursos humanos para el Primer Nivel de Atención con el propósito de consolidar la APS en los Sistemas Locales de Salud. Los equipos conformados y capacitados por el programa (profesionales y no profesionales -2011-), se presentan como adecuados para el desarrollo de prácticas participativas de prevención y promoción de la salud, y para brindar una atención integral y con calidad a los problemas sanitarios de la comunidad. Se señala que los equipos del PMC dedican parte de su tiempo de trabajo a la propia capacitación y llevan a cabo “tareas en terreno” que consisten en visitas domiciliarias, charlas en escuelas y otras organizaciones de la comunidad, recorridos barriales y realización de actividades especiales, planificadas y ejecutadas todas junto a la Comunidad.

Más recientemente (2013) el **Programa de Promoción Comunitaria en Salud** buscó el fortalecimiento de las organizaciones sociales y comunitarias, y promovió la capacitación de los referentes territoriales en temas de salud para contribuir con la Atención primaria de la salud a partir de la formación de Promotores comunitarios y agentes sanitarios a través de las **Escuelas de Formación de Promotores Comunitarios en Salud**. Se postula que el promotor comunitario en salud es, ante todo, un promotor de la participación comunitaria en salud, es un referente territorial que tiene la competencia de generar participación y organización comunitaria, y puede intervenir en el diseño e implementación de políticas públicas. Concretamente son encargados de realizar acciones de asistencia, prevención, promoción y gestión barrial de la salud. Entre las tareas que desempeñan se encuentran la conformación de ámbitos de trabajo con actores de la comunidad; la promoción de políticas en salud planificadas desde la comunidad; la mejora en la accesibilidad a los servicios del sistema de salud y en la comprensión de su forma de funcionamiento y actividades de

prevención de enfermedades y de promoción de la salud a través de acciones educativas en salud.

Nivel provincial

En la provincia de Buenos Aires, en el año 2006 se crea en la Dirección Provincial de Capacitación para la Salud/ Subsecretaría de Planificación de la Salud, el **Programa de Capacitación de Promotores Comunitarios en Salud**. Hasta 2009 la principal tarea consistió en el desarrollo de cursos y proyectos (curso de Educadores Populares; Proyecto “Menos IRAb con Participación Comunitaria”; “Más Salud en Cooperativas”). En el año 2009 se aprueba el “Programa Matriz de Formación y Capacitación de Promotores Comunitarios de Salud” y comienzan a desarrollarse cursos en las Regiones Sanitarias de la provincia. El programa procura la capacitación de miembros de la comunidad y trabajadores de la salud, en la protección y promoción de la salud comunitaria. Entre sus objetivos se mencionan: revalorizar y acrecentar los saberes populares para la auto-atención de la salud y la participación y organización de la comunidad, en articulación con el equipo de salud del primer nivel de atención; fortalecer las articulaciones e integración con los equipos regionales de la provincia; y contribuir al desarrollo del conocimiento para avanzar hacia un nuevo modelo de atención de la salud. La instancia de capacitación supone desarrollar actividades en el marco de proyectos de intervención comunitaria con el seguimiento y la coordinación del Programa “Salud en Movimiento”.

El **Programa “Salud en Movimiento”** (2006) buscó promover la articulación e integración de los programas y políticas de salud municipal, provincial y nacional a través de la capacitación de Promotores Comunitarios de Salud, y ejecutar las actividades de prevención, promoción y atención, con acciones educativas sanitarias y hospitales móviles en las zonas de riesgo.

El programa procuró la formación de promotores comunitarios en salud para aumentar la accesibilidad al sistema de salud y garantizar la continuidad de la atención. Además se promovió la capacitación para realizar actividades de promoción de la salud tanto individual, como grupal y comunitaria, trabajando sobre los hábitos, estilos y modos de vida saludables. Se señala en la información oficial que los promotores tienen la misión de hacer una detección temprana, de promover la vida sana, y funcionar como puntos de detección rápida vinculando el sistema sanitario con los barrios.

Entre los ejes de la formación que se mencionan en la información oficial⁹², se listan: la salud mental, la infraestructura barrial, la emergentología, los recursos técnicos y operativos, y la discapacidad, y se señala “además de abarcar a las poblaciones de niños, mujeres, adolescentes y adultos”. En la presentación del programa, por su parte, se señala que “la atención primaria, como estrategia, plantea un desafío donde la imaginación, la creatividad y la técnica deben articularse y potenciarse. Por esto la promoción de la salud, busca intervenir sobre los factores condicionantes del proceso salud-enfermedad”. Esto se traduce en acciones de educación en salud, como componente estratégico en atención primaria. Así se promueve la construcción de conocimientos para la transformación del modelo de atención. Se identifican, entonces, como nudos críticos, la fragmentación en las prácticas en salud y la calidad y calidez del modelo de atención. A partir de ello se propone una “alfabetización sanitaria de la población”, consistente en informar, sensibilizar, motivar y educar acerca de los factores de riesgo y de las posibilidades de mejorar la calidad de vida.

En consonancia con estos lineamientos generales, en el informe “100 logros de gestión- 2015” del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, se plantean un conjunto de avances en diferentes ámbitos referidos a la salud. Entre los diversos puntos (19 en total⁹³) se menciona la creación del Consejo de Salud Provincial (COSAPRO) en 2008, que gestiona las propuestas de acciones sanitarias junto a los Secretarios de salud de los 135 municipios⁹⁴.

Dentro del apartado referido a la oferta sanitaria pública, se señala el incremento numérico de los Centros de Atención primaria de la salud (1.640 CAPS en 2007 y 1.770 en 2015).

En cuanto a los recursos humanos se menciona, entre otros puntos, la formación de promotores comunitarios. Desde 2007 y hasta 2015 se formaron 4.500 promotores comunitarios de la salud, y fueron creadas más de 60 escuelas de promotores. Se señala que los promotores comunitarios constituyen uno de los verdaderos ejes de la atención primaria en territorio; que son quienes orientan a los

⁹² <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludenmovimiento/> (fecha de ingreso: 08/2015).

⁹³ El documento señala, además de las que se recuperan en detalle, un conjunto de acciones referidas a las políticas materno-infantiles; enfermedades transmisibles; enfermedades no-transmisibles; adicciones y salud mental; comunicación en salud, y menciona, también, un conjunto de leyes específicas como la ley de Educación para la Salud, el proyecto de la Ley Provincial de Salud, ley del Promotor de salud, entre otras.

⁹⁴ Además es el órgano que se encarga de organizar los congresos provinciales de Atención Primaria de la Salud que se realizan anualmente en Mar del Plata desde 2008 que reúne a técnicos, profesionales y promotores de la salud.

vecinos en temas referentes al cuidado de la salud y prevención de enfermedades, controlan el cumplimiento de la vacunación y facilitan la llegada de los vecinos a los centros de salud para su atención, entre otras tareas.

En el apartado referido a la salud comunitaria, se señala que el Plan Provincial de APS Territorial, fue implementado en más de 100 municipios de la provincia desde fines de 2013; destaca la cantidad de prestaciones médicas brindadas en los 12 “hospitales móviles” con que cuenta la provincia; la cantidad de consultas atendidas en las “carpas sanitarias” (implementadas durante el verano en los principales centros turísticos de la costa atlántica). Menciona también diversos programas (SUMAR, sanidad escolar, programa de violencia familiar y de género, salud bucal, etc.), entre los que se incluye el “Programa Médicos Comunitarios” (PMC) del Ministerio de Salud de la Nación que provee recursos humanos en salud a Centros de Atención primaria de la salud (CAPS) y Centros de Integración Comunitaria (CIC), sumando en la provincia de Buenos Aires alrededor de 3.500 profesionales.

Este somero racconto de los programas desarrollados a nivel nacional y provincial pone en evidencia la orientación política de acciones en salud que buscan el desarrollo y consolidación de la atención primaria de la salud en el último tiempo.

En el Plan Federal de Salud (2004-2007) pueden encontrarse coincidencias con algunos señalamientos presentes en los documentos de OPS/OMS analizados en el capítulo previo. La conformación de un sistema que articule los problemas a resolver de acuerdo con criterios de complejidad es un tema presente desde la declaración de Alma Ata, otro tanto sucede con el lugar central que se le asigna a la atención primaria de la salud, y hay que destacar que el Plan Federal de salud 2004-2007 contempla un problema crucial en la concreción de ese lugar protagónico que refiere a la asignación creciente de recursos. Asimismo se destaca la mención al rol de rectoría del Ministerio de Salud de la Nación, que sin dudas entra en línea con la discusión que suscitó la “descentralización” a partir de las experiencias de la década de los noventa y el intento posterior de revertir algunas de las tendencias fijadas en esa época. La recuperación del protagonismo del estado es una de ellas (Alonso y colab, 2013) y es justamente este documento el que lo plasma.

Por otra parte adquiere relevancia el tema de la integración de distintas áreas (salud, ambiente, desarrollo sustentable) que ubica a los problemas de salud en un marco mucho mayor al de la prestación del servicio de salud y la organización articulada del propio sistema. Se destaca también la participación comunitaria en el

contexto de instituciones y personas que procuren lograr el más alto nivel de salud posible, ubicando a la salud como un derecho ciudadano.

El programa de Médicos Comunitarios (2004) apunta directamente a la conformación de equipos formados por recursos humanos capacitados que consoliden los sistemas locales de salud, y entre las tareas que se asignan se incluyen algunas de las que pueden reconocerse en las experiencias que cuentan con promotores de salud. El programa de Promoción Comunitaria en Salud (2013) por su parte, perfila a los promotores de salud entendidos como referentes barriales que si bien realizan tareas de asistencia y promoción de la salud, suman su competencia para el diseño e implementación de políticas públicas y ámbitos de trabajo con la comunidad local como protagonista en la planificación de las políticas en salud.

A nivel provincial, el programa de Capacitación de Promotores Comunitarios en salud vincula la instancia de capacitación de miembros de la comunidad y trabajadores de la salud en la protección y promoción de la salud comunitaria al programa Salud en Movimiento. En este último, las funciones de los promotores comunitarios se vinculan a la mejora en el acceso al sistema de salud y a garantizar la continuidad de la atención. Se señala también el trabajo sobre hábitos estilos y modos de vida saludables, ubicando a una “alfabetización sanitaria de la población” como punto de relevancia. A diferencia de los programas nacionales mencionados anteriormente, sobresale en los documentos provinciales un lenguaje y una aproximación en la cual se desdibuja la “organización comunitaria” y su potestad para intervenir en el diseño e implementación de las políticas públicas en salud. En su lugar, la comunidad emerge como sujeto colectivo (pasivo) que debe ser alfabetizado sanitariamente en pos de una mejora de la calidad de vida. Los promotores comunitarios por su parte, se construyen como actores que captan y dirigen a las personas hacia el sistema de salud, garantizando, además, la continuidad de la prestación del servicio médico. La posición conservadora que emerge del documento se completa con la alusión “misional” de promover “la vida sana” que se asigna a los promotores de salud y la responsabilización individual de los padecimientos y problemas de salud al circunscribir la mejora en la calidad de vida de las personas a acciones individuales/personales.

Una de las consideraciones que es preciso asentar, es que a nivel provincial/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 la revisión de los lineamientos de la política provincial en APS no se encuentra mención a mecanismos participativos para que la comunidad intervenga en la gestión y la toma de decisiones en torno a las políticas en salud y tal como se desprende de la enumeración de logros en el último tiempo, se ha reforzado el número de efectores y se ha promovido la formación de recursos humanos que facilitan el acceso a esos efectores y desarrollan actividades de educación para la salud.

Nivel municipal: el caso del municipio de La Plata

Entre 2008 y 2015, la información oficial⁹⁵ 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”*⁹⁶, y bajo este lineamiento 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)⁹⁷.

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

⁹⁵ Fuente: <http://ftp.laplata.gov.ar/nuevo/gobierno/institucional/salud/promotores.shtm>

⁹⁶ En todos los casos, el subrayado en los párrafos de este capítulo corresponde a la autora.

⁹⁷ Fuente: www.salud.laplata.gov.ar

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 salud⁹⁸.

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 población. De esta manera 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 últimas acciones 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.

Llamativamente no se encontraron documentos, normativas o menciones oficiales con mayores precisiones sobre las instancias concretas que procuraran la concreción (es decir más allá de la instancia de formación) de estas funciones de los promotores de salud municipales⁹⁹. Esta suerte de vacío atinente al plano más concreto relativo a la ejecución de una estrategia reconocida como central en la atención primaria a nivel local, constituye un problema no menor. Un problema relacionado con la incorporación de actores dentro de un equipo de salud constituido principalmente por médicos no necesariamente especializados en atención primaria, con prácticas arraigadas de atención clínica en consultorio en los centros en los que se desempeñan, con prácticas sociales de la población en las que es central la

⁹⁸ Fuente: www.salud.laplata.gov.ar

⁹⁹ El acceso a los documentos que se utilizaban para generar los espacios de capacitación (programas, materiales) fueron negados a la investigadora, si bien su existencia no es cuestionable, considerando que en las reuniones colectivas de los promotores de salud (realizadas al menos en 2010) se presentaba y difundía material vinculado a la capacitación.

demanda atención médica y utilizan los centros en función de satisfacer esas necesidades concretas.

Por otra parte, como se ve en la somera enumeración precedente, se encuentra una combinación de criterios y lineamientos que aparecen en los documentos mencionados al inicio de este capítulo. Sobresale que las funciones que se asignan a los promotores de salud, exceden el ámbito de la educación en salud a las que quedan circunscriptos en la instancia provincial 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 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”).

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. En este sentido, 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 porqué, supone encontrar 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 en las 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 han convencido a la población y se autoconvencieron de que son los únicos que pueden hablar de salud. A ello se agregaría que en la mención a la

salud y especialmente a la prevención y promoción de la salud (es decir la APS) la biomedicina transita un escenario complicado donde, en cierto sentido, sigue estando presente una concepción de la salud entendida como ausencia de enfermedad y en oposición a esta. Sigue operando entonces una definición que resultó cuestionada, pero que sin embargo se reproduce en las prácticas teniendo en cuenta tanto a los actores que delimitan las políticas públicas como a aquellos que las llevan adelante, o las “actualizan” (es decir, las vuelven acto).

Del conjunto de señalamientos que hasta aquí se han esbozado, emerge la importancia de considerar (entre otras cuestiones) las características del conjunto de actividades desarrolladas por los sujetos que diariamente construyen la política de atención primaria de la salud, incluidas las que son identificadas como participativas y tratar de comprender los sentidos que asume la participación para estos sujetos.

b) Representaciones y prácticas en torno a la participación y los promotores de salud desde la perspectiva de los agentes de los CAPS municipales. Promotores y participación hubo antes de 2008...

La mayor parte de las experiencias que apelan a la consolidación de la APS, incluyen la figura de los “agentes de salud”, “promotores de salud” o “promotores comunitarios”, como agentes centrales aunque no únicos en la implementación de la política en APS. El primer nivel de atención entonces tiene una trayectoria histórica en la que están presentes, aunque las coyunturas histórico sociales varían y consecuentemente sus principales funciones.

En lo que hace a la zona de La Plata, las experiencias que procuran conformar equipos de salud en los que inserten promotores de salud, capacitados en y por el sistema municipal de salud, se retrotraen al año 2008. Sin embargo no se trata ni de la única instancia institucional en la que puede reconocerse la figura y funciones de los promotores de salud, ni tampoco se trata de la única experiencia en la que ciertos actores cumplen funciones asociadas regularmente a los promotores de salud.

En un trabajo previo (Pagnamento, 2007) circunscrito al Gran La Plata, señalábamos que se podían identificar al menos desde el retorno de la democracia, un conjunto heterogéneo y discontinuo de experiencias participativas en salud en las instituciones del primer nivel de atención, según las referencias de los sujetos entrevistados. En este sentido algunos de los centros de salud (según la designación que recibían en ese momento), y de la mano de las expectativas y acciones de sujetos particulares, desarrollaban tareas vinculadas sobre todo a la educación para la salud en instituciones educativas aunque también en instituciones de la sociedad civil (por

ejemplo comedores o centros de fomento), difusión de información preventiva y seguimiento de la evolución de padecimientos en pacientes específicos, además de las actividades previstas en los programas nacionales, provinciales y municipales.

Entre esas experiencias se mencionaban las actividades desarrolladas por las personas en el marco del Plan Jefas y Jefes de Hogar, el Plan Trabajar y el Plan Vida. Algunas de ellas se vinculaban a tareas administrativas y de apoyo a la organización de actividades dentro de los centros de salud. Se realizaron también actividades de capacitación (organizadas por médicos en general a cargo de ciertos centros de salud), no formalizadas dentro del sistema municipal, para actores que desempeñaban en cierta forma como promotores de salud aunque dicha figura no estuviera institucionalmente reconocida. Asimismo se referían actividades desarrolladas por trabajadoras sociales cuyo número, dentro del personal asignado formalmente en el sistema, era ínfimo, y tal vez la referencia más llamativa la constituyó el caso de un grupo de mujeres autoorganizadas de un barrio periférico de la ciudad de La Plata que desarrollaron actividades de prevención y promoción de la salud (sin remuneración, es decir ad honorem) y que además se vincularon a actividades de extensión universitaria de la UNLP. En consideración de estas experiencias es que se afirmaba que la política municipal referida a las actividades propias de la APS, podía caracterizarse como heterogénea y discontinua, en la que también confluían experiencias autoorganizadas que funcionaban en los intersticios de un sistema que si bien no las promovía o alentaba sistemáticamente, tampoco las obstaculizaba seriamente (Pagnamento, 2007). Por su parte, Castrillo (2013) menciona que en la región (específicamente en Berisso) existe una experiencia previa a la incorporación formal de promotores de salud (el caso de las “manzaneras” del Plan Vida y los médicos comunitarios) que han introducido cambios en la forma que asume la prestación del servicio médico en el primer nivel de atención. Igualmente se han desarrollado experiencias de grupos y sujetos que proponen actividades vinculadas a la salud y enlazadas a los centros de atención primaria que, aun cuando se pudieran caracterizar como situaciones en las que la participación es acotada, constituyen una bifurcación respecto de las tareas centradas en la atención médica.

Las experiencias previas en el caso de La Plata, pueden considerarse como constituyendo parte de un acervo colectivo, al que se referencia en los relatos de los profesionales entrevistados en el relevamiento realizado en 2010, que desempeñan sus funciones en forma continua y prolongada en el tiempo, es decir que han estado en los CAPS o realizan funciones de jefatura u organización de actividades en/desde el momento en que estas actividades se desarrollaban.

“Esta política empezó antes, promotores tuvimos también en la gestión anterior, que hicieron un trabajo gratuito inclusive y que se esforzaron mucho. Obviamente al no tener remuneración, era gente del barrio, que tuvieron reuniones, trabajaron con familias, creo que tienen un mérito porque eran chicas del pueblo, de la zona, que no tenían ningún tipo de incentivo más que sentirse valoradas por una tarea, que al ser humano le hace muy bien aunque no cobre porque la autoestima es algo que hace a la vida. Hoy en día la política está mas organizada, eso es verdad, las promotoras están encuadradas en becas, en contratos (...) mirá, estamos en Argentina, vos sabés que Argentina se caracteriza por la no continuidad de los proyectos. Desde que yo estoy en la Municipalidad el único programa que sigue y sigue firme es el Plan Materno Infantil, todos los demás programas van y vienen”. (Entrevista N° 14. Jefa CAPS. Pediatra)

“Mira, acá desde el año que asumió esta gestión, o sea en el 2007..., en el 2008 empieza a haber promotores, 1, 2, y está muy bueno. Anteriormente, en la gestión de XX en salud, había también promotores. Yo particularmente estuve a cargo de los promotores de XX, así que te puedo contar la experiencia esa. Eran 17 promotores, pero tenían también un perfil muy sanitario, era gente muy mal paga, porque eran Planes Trabajar o Planes Jefes de Hogar de 150 pesos que a contra prestación del plan hacían el trabajo de promotor. Entonces de por sí, es un trabajo enorme tener que caminar, estar con la gente, mucho tiempo y muy mal pago, los promotores se terminaban desgastando, se terminaban yendo; además la problemática local que los desbordaba, no había elementos, tampoco había un buen sueldo como para poder seguir sosteniéndolo, entonces no era tomado de manera seria el rol del promotor, digamos por las autoridades. Se pretendía mucho de gente que realmente estaba muy mal paga, se necesitaba mayor formación, mayor respaldo y había un momento que no podíamos seguir sosteniéndolo.” (Entrevista N° 17. Trabajadora Social)

En ese acervo no debemos considerar solo la posibilidad de reconocer actores denominados “promotores”, sino el conjunto de funciones y actividades que desarrollaban en el centro de salud o CAPS.

“Ahora, cuando vine acá hay muchas, hay otras figuras, que más o menos eran lo mismo, porque tenía que ver con eso de hacer rondas (...) el tema de salir manzana por manzana, conocer las necesidades de la gente, hacer tareas de promoción, entregar folletería, detectar si hay chicas embarazadas que no hicieron el control por alguna razón, si hay personas con discapacidades que no puedan acceder o que tengas determinadas necesidades, personas adultos mayores que no tengan ningún tipo de atención que tengan necesidades. Entonces, estas conexiones, estas conexiones tienen que ir bajo una planificación que hace a la tarea cotidiana del centro; si no está el promotor de salud, lo hago yo. No es que aparece a partir de los promotores. Esto es la esencia de lo que tienen que hacer un establecimiento de salud en el primer nivel de atención”. (Entrevista N° 4. Jefa CAPS. Médica Generalista)

“Sí, la participación es algo que se gesta no de un día para el otro, esa es otra de las cosas que tenemos que entender. Para que la comunidad participe tenemos que entender todos, nosotros y la comunidad, qué es participar. Y se

tiene que dar el ámbito. Entonces eso vos lo lográs , no es que yo salgo a la calle y digo “muchachos, ahora a participar” y entonces la comunidad viene y participa, no es así (...) Entonces eso hay que gestarlo durante mucho tiempo, nosotros con esto ya venimos sumando...si vos me preguntás a mí, yo siempre cuento la anécdota que mi primera idea de terreno fue cuando...no me acuerdo en qué año, pero sería 1989, 1987, llegan los médicos comunitaristas, la democracia y con ella los médicos generalistas. Ellos son los primeros que empiezan a hablar de trabajo en terreno, de trabajar en la comunidad y demás. (...) la primera participación que tuvo la comunidad en este lugar, así “fuerte”, digo, fue con el presupuesto participativo, cuando recién aparece el presupuesto participativo, la comunidad participó fuertemente para ampliar en centro de salud.” (Entrevista N° 13. Jefa CAPS. Pediatra)

Si bien el conjunto de actividades que se desarrollan en los CAPS se va redefiniendo, la historia general de la participación de la comunidad y los actores involucrados puede reconocerse y recuperarse en los relatos que hacen mención al pasado.

En las menciones sobre situaciones pasadas puede encontrarse que el entramado institucional orientado a la atención primaria se amplía, abriendo los límites de la práctica médico-clínica centrada en la atención en consultorio, dando lugar a lo que se identifica como “trabajo en terreno”, es decir, puertas afuera de los centros de salud. Se abre el escenario incluyendo aquel donde transcurre la vida cotidiana de los posibles usuarios del centro.

Es necesario recordar al respecto, que la inclusión del agente sanitario y las rondas periódicas, así como el marcado recorte de las acciones encorsetadas en algunos planes y programas nacionales o provinciales (claramente insuficientes frente a los problemas de salud de la población), es un rasgo temprano de la atención primaria en nuestro país, tal como se pone de manifiesto en el trabajo de Bloch y colab (1992). Por otra parte, Bertolotto y colab (2011) señalan que el período de la dictadura y posteriormente en el período conocido como neoliberal, se restringió el componente político de la APS (cuya expresión más clara es la participación comunitaria) desplazando las acciones hacia un paquete mínimo de intervenciones focalizadas. Y en la zona de La Plata es posible encontrar referencias al trabajo en terreno o a “salir del centro de salud” desde al menos el retorno de la democracia, pero de tal forma que se construye una atención primaria claramente recortada o circunscripta al objetivo de mejorar la atención clínica o médico-clínica en los centros asistenciales (Pagnamento, 2007).

“(...) el centro este, (...), surgió como una posta sanitaria. Este terreno era de un vecino que lo donó a la municipalidad con la condición que se hiciera un centro de salud. A partir de ese momento los vecinos empezaron a moverse, la

municipalidad levantó las paredes y los vecinos consiguieron las sillas, los muebles, bueno a partir de ahí todo fue de esa forma. (...) Mira yo llegué en el 2006 y ya estaba funcionando así que debe haber sido entre 2004 y 2005 porque casi lo estrené. Cuando empezó a funcionar sistemáticamente como centro de salud más que posta de salud, como que cambió de categoría, digamos, el primer médico generalista que tenía la impronta de la participación y de la llegada de la comunidad fui yo.” (Entrevista N° 16. Jefa CAPS. Médica Generalista)

“Históricamente la comunidad participa, siempre en esta área y en todas las áreas, sobre todo periféricas, la comunidad tiene mucha participación, siempre hay instituciones en el barrio, formales y no formales, que dan respuestas a estas problemáticas, siempre hubo comedores, copas de leche, tenemos muchas instituciones en el área que viene trabajando desde hace mucho (...).” (Entrevista N° 2. Jefa CAPS. Médica Generalista)

Ese escenario más amplio trae a consideración demandas que habilitan distintas posibilidades de acción para los profesionales. Algunas con relación directa a la prestación del servicio médico, y otras (no menos importantes en la atención primaria) que remiten a agrupamientos y acciones colectivas que potencialmente pueden incluirse en las actividades de los centros de salud. Como se señaló en un trabajo previo (Pagnamento, 2007) referido al municipio de La Plata, en plena etapa neoliberal podían identificarse un conjunto de acciones generadas por la población que reforzaban/promovían formas de sociabilidad y procuraban la reproducción social (por ejemplo la organización de comedores comunitarios o copas de leche), conviviendo con una marcada reducción de los procesos participativos en salud cuando involucraban a los centros de salud. Así, en los centros de salud municipales la participación mayormente se asociaba a actividades de colaboración voluntaria y despolitizada; a la aceptación y no cuestionamiento de posiciones subordinadas por parte de quienes recibían el servicio prestado por los centros de salud; y a la responsabilización en términos individuales de los procesos salud-enfermedad-atención.

Considerando los relatos de las personas entrevistadas, se desprende que actores con funciones identificadas como pertenecientes a las que se asocian a los promotores de salud, hubo con anterioridad al momento en que encontraran reconocimiento formal en la política municipal. Lógicamente encontramos representaciones asociadas al conjunto de actividades que mayormente se despliegan en el primer nivel de atención: “salir” del centro de salud (sean “promotores” o médicos los que lo hagan) 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 lo que se construye en la

práctica y define las acciones a realizar. Este sentido que asume la participación de la comunidad asociado a la atención primaria puede calificarse de restringido si se compara con las directrices de los organismos internacionales como OPS/OMS. Se trata de una participación subsumida a necesidades definidas por el personal médico de los centros de salud y vinculadas a los programas de salud vigentes y a la atención clínica. La APS queda reducida a la atención médica, pero ello puede ocurrir incluso cuando la APS sea reconocida formalmente como estrategia en las políticas de salud a nivel local. Esto es significativo si se consideran 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 colab. (2009), Pagnamento (2007), Cejas (2007); Bertolotto y colab. (2011), Ardila Gómez y colab. (2012), Castrillo (2013), entre otros.

Pero en los relatos también emerge un sentido que entiende la participación como un proceso social estrechamente vinculado a la población residente en zonas urbanas periféricas y aledañas a algunos de los CAPS municipales. Este último sentido, reconoce procesos sociales que exceden al sistema de salud (y en particular a los efectores del primer nivel de atención y las actividades que estos desarrollan). Remite por tanto al conjunto de estrategias de reproducción social de los grupos subalternos y conforma el “terreno” y el espacio de trabajo “en la comunidad” que los profesionales transitan (o no) en el desarrollo de las actividades de atención primaria.

Queda presentar el análisis de caso que remite al período 2008-2015, para identificar continuidades, rupturas y tensiones en la construcción de los procesos participativos en atención primaria de la salud a nivel local.

2) Perspectivas sobre la participación comunitaria: entre la atención primaria integral/atención primaria médica y selectiva

Solo a los efectos de organizar la presentación de los contenidos y el análisis de la información recolectada, se recorrerá primeramente la perspectiva de los entrevistados sobre la participación en salud y en un segundo momento se enfatizará (más allá de las apreciaciones sobre la participación comunitaria en salud) los sentidos y las prácticas identificadas por los entrevistados como propias de la estrategia participativa en APS.

2.a) Enfocando las representaciones sobre la participación

En primer lugar hay que mencionar que distintos trabajos señalan la existencia de diversas concepciones sobre la participación de la comunidad en salud, tal como emerge de los trabajos de Delgado Gallego y colab. (2005); Maceira y colab. (2006);

Cejas (2007); Pagnamento (2007); Bertolotto y colab. (2011); Castrillo (2013) y del documento de 1990 de la OPS/OMS, entre otros.

Para presentar y analizar la perspectiva de los profesionales médicos y las promotoras de salud municipales sobre la participación en salud y dado que se identificaron distintos contenidos¹⁰⁰ vinculados a la APS y su tipologización no está exenta de dificultades, se considera útil recuperar la clasificación de Menéndez (1994) sobre tres grandes líneas básicas en la atención primaria, a las cuales se asocian distintas formas de concebir la participación, que fueron presentadas en el capítulo II.

Recuperando esta caracterización, en el relevamiento realizado 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*¹⁰¹, emerge en los discursos una conceptualización ligada más bien a la *atención primaria médica y selectiva*, y a prácticas participativas acotadas. En principio podríamos identificar contenidos que varían entre estos polos, incluyendo aquellos que combinan definiciones cercanas a la atención primaria integral pero que contienen referencias y ejemplos de procesos participativos restringidos.

Entre los primeros sobresale la mención a que la salud excede las acciones desarrolladas por el sector salud y remiten a una concepción de salud que, tal como indica la conocida definición de la OPS/OMS supera la mera ausencia de enfermedad.

“Significa que tengan un protagonismo y que decidan sobre su propia salud. Decidir qué hacer con la situación que se vive, con el análisis de situación de esa comunidad, ¿qué hacemos? No que lo decida exclusivamente el sector salud. Creo que la salud excede al sector salud, que el sector salud está para atender la enfermedad y hacer en algún punto prevención de la enfermedad; pero el tema de la salud, entendiendo la salud con todo lo que implica: lo físico, lo mental, lo espiritual, lo social, pero sobre todo con el accionar permanente de los conflictos, es fundamental que participemos todos, así que me parece fundamental que participe la comunidad.” (Entrevista N° 2, Jefa de CAPS. Médica Generalista)

“Bueno, la participación de la comunidad hace que ellos mismos puedan decidir sobre las prioridades. No solamente es salud...según un autor, [no se entiende el nombre], lo que influye en salud no es solo lo específicamente lo del sistema de salud, influyen otros puntos, que son, en opinión de ese autor, mucho mas importante, por ejemplo los hábitos, el medio ambiente, la parte económica, la parte laboral. Por supuesto todo esto es importante, lo que no

¹⁰⁰ Otros trabajos reportan coincidentes resultados. Ver por ejemplo Ruiz (2007), Delgado Gallego y colab. (2005).

¹⁰¹ La *atención primaria integral* (originada a partir del cuestionamiento al Modelo Médico Hegemónico en la década del 60) que en cierta forma sigue operando como franco ideal al momento de construir definiciones, buscaba dar respuesta a los daños a la salud, mejorar la calidad de vida y modificar la orientación biomédica. 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 la práctica asistencialista. Participación comunal, intercambio de saberes, programas no verticales, serían los principales contenidos de este lineamiento (Menéndez, 1994).

quiere decir que el sistema de salud pueda tener una influencia directa sobre todo eso, por ejemplo la parte laboral, la falta de trabajo, la desnutrición, que muchas veces muchos se empeñan en cargar las tintas sobre la atención de los chicos y esto es solamente una parte, no es todo, la desnutrición tiene que ver con otros factores también.” (Entrevista N° 7. Jefe de CAPS. Ginecólogo)

En este tipo de perspectiva, es posible identificar menciones a las condiciones de salud asociadas a las condiciones de vida y trabajo, y a distintas formas de reclamo de derechos ciudadanos que abonan la idea de los equipos de salud colaborando en las acciones decididas por la población.

“(…) la promoción y la participación, son ejes fundamentales en todo sistema de salud, para poder trabajar la salud desde de un concepto mucho más ampliado que no es estrictamente lo sectorial, digamos. La salud no depende solamente de lo que es el sector salud con los servicios, los establecimientos, los profesionales, todo lo que tienen que ver con salud, ¿no? La salitas, el hospital, las clínicas, los médicos, los enfermeros, eso sí es salud. Pero, la salud dentro de un concepto más amplio, depende de la equidad, del desarrollo social, de la libertad, de poder expresarse; la salud es un concepto positivo en sí mismo; por eso digo, tener un trabajo digno es estar sano, poder ir a la escuela sin sentir violencia, que te va a agarrar una patota y te va a romper la mochila, es estar sano.” (Entrevista N° 4. Jefa CAPS. Médica Generalista)

Este tipo de definiciones que denominaremos modélicas (es decir que recuperan la conceptualización de la atención primaria integral) respecto de la participación de la comunidad en salud, y que conviven con concepciones restringidas de los procesos participativos, permiten vislumbrar la distancia entre las prácticas concretas y la definición modélica.

Una forma visible que asume esta situación remite a la mención al trabajo conjunto de la población con el personal del centro de salud y a la mención a la participación entendida como el conjunto de actividades que realizan los promotores de salud. En la confluencia que reúne a profesionales de los CAPS y la población, se supone emergen las necesidades que se toman como ejes sobre los cuales trabajar y realizar actividades de prevención y promoción de la salud. Una cuestión fundamental es considerar cómo se da esa supuesta confluencia que permite definir las necesidades. Aquí emergen dos situaciones: por un lado, las necesidades que el propio equipo de salud detecta en la práctica médica regular, y/o a través de las actividades de educación que se realizan (talleres, charlas informativas con distintas modalidades de organización) que incluyen las previstas dentro de la política de salud, y por otro lado, las necesidades que detecta el promotor de salud.

“O sea que la participación...es fundamental, que la gente participe en salud, porque hay muchísimas enfermedades crónicas o recurrentes o prevalentes en las cuales con promoción o prevención realmente bajan las estadísticas. O sea que es un rol fundamental el de la comunidad, de estar

informados, de saber la vacunación, de saber el calendario nacional; últimamente, por ejemplo, se ha incorporado la triple viral [no se entiende] en el calendario nacional como vacuna obligatoria; por supuesto que estamos hablando de un lugar público de salud y gratuito, o sea que todo lo que se hace en salud como promoción, prevención y las terapias y los medicamentos son gratuitos, o sea que la participación y el conocimiento de la comunidad que se referencia en el centro de salud de ese barrio es fundamental.” (Entrevista 19. Jefe CAPS. Médico Clínico)

“La participación de la comunidad...mirá, el servicio es lo que hacemos nosotros acá, en salud. Nosotros somos un centro de atención primaria, nos ocupamos del primer nivel de atención, el segundo nivel viene a ser el hospital que es con una complejidad un poquitito superior, ¿viste?. Lo que tratamos de hacer es prevención con la comunidad, eso tratamos de hacer, sería la tarea primordial de los centro de salud, la prevención. Y eso generalmente lo sale a hacer el promotor. La prevención la hace el promotor y cada uno dentro de la unidad sanitaria, dentro de su área, hace la prevención que corresponde.” (Entrevista N° 3. Jefa CAPS. Odontóloga)

En el sentido más restrictivo de la atención primaria respecto a los procesos participativos, la referencia a la definición modélica se transforma en una expresión vacía o una mera afirmación “políticamente correcta”. En estas aproximaciones se refuerza la pasividad de los sujetos haciéndolo extensiva a la sociedad/comunidad frente al poder decisorio de los profesionales médicos.

“Es que la comunidad esta incluida de por si (...) Por la demanda que tenés. Es una demanda espontánea la que tenemos, no es que nosotros tenemos que ir a buscar a los pacientes; en algunos casos puntuales, sí, se los va a buscar, por ejemplo, chiquitos que han dejado de venir a controles, chiquitos menores de 6 meses, embarazadas que por ahí han dejado de venir a los controles. Pero generalmente la gente acude al centro de salud y las pautas las ponemos nosotros acá.” (Entrevista N° 3, Jefa CAPS. Odontóloga)

Una mención merece que, aun cuando en el trabajo empírico de 2010 solo se hizo referencia en una entrevista a la “complejidad” en la estructuración de procesos participativos amplios (en el trabajo empírico previo se habían registrado más menciones –Pagnamento, 2007-), debemos considerar la existencia de concepciones sobre la comunidad que dificultan la construcción de espacios participativos amplios. Como mencionó una de las profesionales entrevistadas, la comunidad no contaría con los recursos necesarios para la toma de decisiones sobre la salud:

“Si yo lo entiendo como que la gente se involucra con lo que es (te estoy hablando de la pediatría y también de algo de prevención en adultos) la prevención de las enfermedades que no deberían producir muertes si se toman a tiempo... hay un enfoque que habla de que la comunidad tiene que decidir qué necesita, pero para decidir qué necesitás, tenés que contar con elementos, pienso yo, formales o teóricos, y no todo el mundo accede al pensamiento abstracto por su educación, entonces no es tan sencillo. Vos sabes que el pensamiento abstracto, (...) es una de las materias que adquiere la mayoría de los niños de los 12 a 14 años, la capacidad de razonar y abstraer un concepto.

Hay gente que toda la vida se maneja con pensamiento concreto o lineal. Para lograr esto que vos me decís de la participación podemos manejarnos con pensamiento concreto básico, por ejemplo “quiero que a mi nene lo controle un pediatra, quiero que a mi nene lo vean ya” son requerimientos que uno no puede acceder exactamente como ellas quieren pero puede acceder con un cierto orden a más o menos satisfacer lo que se llama las demandas de las necesidades”. (Entrevista N° 14. Jefe CAPS. Pediatra)

Lo que pone en evidencia este fragmento de relato, es que en algunos casos las personas que acuden a los CAPS (que pertenecen a estratos sociales subalternos y que viven en condiciones de pobreza), en virtud a las formas en que ideológica y valorativamente son construidas por algunos profesionales, quedan relegadas a una posición pasiva que refuerza la tutela de los expertos médicos, incluso en lo relativo a las demandas que suponen deben ser tratadas/mediadas de acuerdo con sus propios parámetros.

Incluso las demandas que refieren a los cuestionamientos sobre la organización de la atención en el centro de salud (horarios, turnos, dotación de personal, aparatología de diagnóstico, etc.) despiertan cierto malestar que se asocia a la ignorancia o falta de conocimiento sobre el funcionamiento administrativo y de financiamiento del primer nivel de atención. Dentro de la consideración de las “demandas”, aquellas que se designan como “espontáneas” surgen en algunos relatos como punto que aglutina las orientaciones más conservadoras del primer nivel de atención, que las circunscribe a “consultas de los pacientes” que se acercan al centro de salud.

Pero también emergen otros sentidos, que revelan posiciones proclives a la consideración de necesidades que trascienden la consulta médica y/o que contemplan las necesidades asociadas al proceso de atención en el CAPS. En estos casos la población (los pacientes, la comunidad o como sea que se designe) pone en juego una cierta cercanía, una manera de considerarse junto a un otro cuya palabra y sus perspectivas se toman en consideración desde un lugar de mayor paridad.

“Nosotros podemos tener algunas de las ideas; nosotros, como centro, como organización de salud, creemos..., porque la prevalencia, es decir, por las consultas, por los registros, que esto puede ser lo importante. Ahora, nunca, nunca programo sobre la demanda. Porque de lo que yo estoy haciendo registro es la demanda; entonces, yo creo que eso es una necesidad, porque me la están demandando. Ahora, cuántas veces se demandan cosas que no se necesitan? Será esta la verdadera necesidad? Entonces, ahí es donde uno sale; el centro trasciende las..., la salud trasciende, va más allá de lo que son las fronteras, las paredes del centro de salud. Vuelve a la comunidad y ahí es donde uno dice “vamos a hacer..” y así se va haciendo la idea.” (Entrevista N° 4, Jefa CAPS. Médica Generalista)

“...es un centro de puertas abiertas pero a mí me convence más la idea de tener un centro de salud de límites virtuales; en realidad no hay una delimitación entre el barrio y nosotros, es como si todo fuera una misma cosa; entonces nos encontramos con situaciones como por ejemplo que los vecinos se reúnen y nos proponen un horario para entregar los números, porque a lo mejor en invierno el horario que estábamos manejando no era cómodo para las mamás que tiene bebés chiquitos, entonces bueno las decisiones de los turnos muchas veces se tomaron en el barrio...” (Entrevista N° 16. Jefa CAPS Médica Generalista)

2.b) Enfocando las prácticas asociadas a la participación

Enfocando las prácticas concretas¹⁰² referidas por los entrevistados y los significados de la participación asociados, es posible identificar ciertos límites en los procesos participativos (más allá de que puedan los entrevistados aludir a definiciones modélicas). Se trata de significados y acciones que se pueden englobar dentro de la atención primaria médica y selectiva y procesos participativos acotados.

Encontramos algunas prácticas, identificadas como participativas por los profesionales de los CAPS y los promotores de salud, pero 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). No es un dato menor que algunas de este tipo de acciones relativas a la atención médica (como el caso de la vacunación) tienen un reconocido y ampliamente documentado impacto positivo en ciertos indicadores de salud, lo cual otorga una base de legitimidad a la subordinación de la importancia de los procesos participativos y su reducción a que las personas simplemente acudan a los centros de salud.

“[Refiriéndose a los promotores]...sale, da charlas, va a buscar pacientes que por ahí necesitamos que los vaya a localizar. (...) Por ejemplo, hubo una campaña en contra del HIV, y él anduvo también promocionando que la gente use preservativos, que se cuide del contagio de persona a persona. (...) Ahora viene la campaña de IRAB, que es la campaña de enfermedades respiratorias bajas, también tiene que promocionar eso.” (Entrevista N° 3. Jefa CAPS. Odontóloga)

“Te digo lo último, lo de este mes porque lo otro no me acuerdo porque no está la trabajadora social para recordarme, estamos organizando talleres de alimentación saludable, conjuntamente con una nutricionista y hay una profesora de educación física, orientado en este momento, porque tampoco nos dan los lugares para tanto, para las personas con riesgo: obesidad, diabetes, hipertensión. Se organiza la citación de las mujeres, las caminatas, la

¹⁰² Los sentidos referidos en el inicio el apartado contrastan con las menciones que surgen en los relatos al hacer referencia a las prácticas o acciones concretas, en este sentido, se refuerza la distancia entre las definiciones modélicas y abstractas, y las que surgen en la presentación de ejemplos o referencias a eventos particulares.

concientización de lo que tiene que hacer, elaboran afiches permanentemente, por todos los temas, este es un ejemplo.” (Entrevista N°7. Jefe CAPS. Ginecólogo)

“Hacemos la prevención, hacemos seguimiento de los pacientes, de los niños, porque por ahí abandonan los controles, entonces nosotros vamos a los domicilios y los volvemos a reintegrar (...) o por ahí un día decimos. -bueno, hoy salimos a hacer prevención de la gripe A, y salimos y empezamos a repartir folletería, damos charlas (...). (Entrevista N° 5. Promotora de salud)”

“Se han hecho operativos de vacunación, ahora lo de las libretas del ANSES que es una condición que la tengan completa porque si no, no pueden cobrar (...) por eso es que está toda esta gente apurada por llenarlas. Y bueno, visitas domiciliarias (...) o sea sos el nexo entre la unidad sanitaria y la comunidad. Vos ahí lo que tenés que lograr como objetivo es que la gente venga a la unidad sanitaria y no que vaya al hospital, ¿viste?” (Entrevista N° 15 Promotora)

En el conjunto de actividades de los CAPS analizados, la atención médica constituye una de las principales actividades, cuando no “la” principal actividad del equipo de salud. No es claramente la única, pero ocupa un lugar central en el conjunto de actividades desarrolladas. Conviene considerar, siguiendo la distinción que emerge de los entrevistados, por un lado aquellas actividades desplegadas al interior de los edificios de los CAPS, en los que se desarrolla principalmente la atención médica y la forma más clásica que asume la prevención en salud (vacunación, actividades de difusión de información). Particularmente, en el proceso de la atención médico-clínica se desarrollan actividades que los profesionales entrevistados identifican como preventivas y de promoción de la salud. Estas actividades se contextúan en la relación médico-paciente durante la consulta e implican información provista por los médicos y una serie de consejos (morales y valorativos).

Paralelamente, y considerando el proceso de atención desde el momento del ingreso a la institución, las personas que asisten pueden recibir folletería o escuchar charlas u asistir a otras modalidades de difusión de información sobre prevención y promoción de la salud (no hay que olvidar además la información desplegada en forma de afiches en los lugares de espera) llevadas adelante por el personal de los CAPS. Esto no quiere decir que el espacio edilicio del centro de salud no tenga otros usos además del atinente a la atención médica, de hecho algunos testimonios refieren la utilización del espacio para actividades asociadas a la prevención y promoción de la salud que no se agotan en el contacto médico-paciente.

La difusión de información se complementa con actividades desarrolladas “por fuera” del edificio de los CAPS, en instituciones diversas (escuelas, comedores, asociaciones vecinales, centros comunitarios, etc.) ubicadas geográficamente en las

cercanías del área de referencia de cada CAPS. Estas actividades suponen distintas modalidades de organización, donde se despliegan además disímiles recursos y se pone en juego un conjunto también diverso de relaciones sociales. Aquí son centrales las relaciones construidas por el personal de salud y que permiten desplegar actividades particulares (sobresalen los vínculos con cátedras de la Facultad de Medicina u otras dependientes de la Universidad u otros organismos públicos, pero también se mencionan relaciones con miembros de organizaciones barriales o de instituciones escolares).

Respecto de los temas del conjunto de actividades de difusión de información que se desarrollan, ubicamos aquellos atinentes a la prevención de enfermedades (dengue, gripe, bronquiolitis, IRAB, parasitosis, diarreas estivales, hábitos de higiene y de alimentación –lavarse las manos o los dientes-, cáncer de mamas, salud sexual y reproductiva, HIV, entre otros). La folletería, la información gráfica y didáctica apunta particularmente a las mujeres (especialmente las madres) y los niños. De las observaciones realizadas emerge que en ningún caso se incluye información sobre daños a la salud asociables a condiciones de trabajo (ni para los trabajos en que generalmente se desempeñan hombres ni para los que mayormente desempeñan las mujeres); tampoco hay información sobre el tiempo de ocio y diversión como necesarios para la salud de las personas, y solo en un caso se encontró un folleto con información sobre la violencia contra las mujeres. Hay ausencias que son significativas, hablan de una forma particular y restrictiva de entender los procesos de salud-enfermedad-atención.

Estas situaciones resultan coincidentes con las apreciaciones de Bloch y colab. (1992) y Bertolotto y colab. (2011), que han señalado dificultades referidas a problemas de salud (y grupos en particular) que quedan por fuera de las acciones emprendidas en materia de atención primaria de la salud.

Las actividades de difusión de información asumen formas organizativas diversas donde nuevamente entran en juego habilidades, creatividad, y relaciones personales e institucionales de los integrantes de los CAPS.

“Cuesta decirles que vengan un día se sienten y tengan que escuchar. La vez que hicimos de anticoncepción, lo que hicimos fue armar grupos con caramelos de colores, como más en conjunto, no que se sienten y escuchen, tenían que responder preguntas. Lo del HIV también tenían que responder preguntas, les dimos unos folletitos con preservativos, unas flores armadas en color rojo. (...) [La entrevistadora pregunta quién las armó] Con mi hermana, mi hermana, la psicóloga y la jefa y yo. (...) Esa semana del cáncer mamario, tuvimos un montón de consultas. Ese día había salido que nosotras también

teníamos que tomar nota de todas las pacientes que estaban interesadas y habíamos hecho un contacto con el hospital San Martín para que les hagan las mamografías. Y tuvimos un montón de consultas.” (Entrevista N°1 Promotora de Salud).

“En diciembre hice una entrega de preservativos acá en la sala de espera y hablé, entregué unos folletos sobre le VIH. (...) Justo fue un lunes, cayó primero de diciembre, bueno pero los lunes vos tenés: dermatólogo, ginecóloga, pediatra, psicólogo, clínico, bueno vinieron una banda, odontología. Entonces yo entregué y dije que era el día internacional del VIH, les entregué preservativos, les entregué folletos.” (Entrevista N° 6. Promotor de Salud).

“Ahora estamos haciendo taller de huerta orgánica; para los chicos un taller de armado de juguetes; un taller de nutrición para las mamás embarazadas y para los chicos, ¿viste? qué tienen que comer. [La entrevistadora pregunta quiénes lo organizaron] (...) las que organizamos somos las de acá, la jefa, la asistente social, la psicóloga, yo. Y difundimos en las escuelas, en las escuelas llevamos carteles. Después hemos ido a un comedor con tarjetitas de invitación, pegamos cartelitos por todos lados y difundimos acá, viste que hay carteles, no sé si los has visto? (...) Y con el taller de huerta orgánica primero nos capacitó un ingeniero agrónomo, y bueno después de ahí estuvimos como 5 clases para saber, porque nosotras no podemos dar un taller de huerta orgánica si no sabemos cómo se hacía o nada por el estilo. [La entrevistadora pregunta si sabe cómo se contactó al agrónomo] La verdad es que lo contactó la asistente social, ella lo conocía de otro lugar, se ve que ya había...nos había comentado que ya había hecho un taller. Y está bueno porque los chicos vienen y se entusiasman, cuando salgas fijate, está ahí al costadito y la semana que viene no, la otra ya empezamos a sembrar, así que ya están re emocionados los chicos. (Entrevista N° 11 Promotora de Salud).

“Vamos a empezar a dar la charla de VIH, después de educación sexual también, estamos viendo. [La entrevistadora pregunta por qué se toma ese tema] Eso lo trabajamos con la psicóloga y con la obstetra, pero se charla primero con la jefa del centro, no se pasa nada sin haberlo charlado con la jefa del centro. (...) Hacemos¹⁰³ folletería, dejamos en los negocios, escuelas.” (Entrevista N° 5 Promotora de Salud).

Entre los profesionales médicos se ha mencionado alguna actividad en la que el personal de los CAPS construye acciones dirigidas a promover la creación de interacciones sociales o a promover herramientas para apuntar a una mejora en la alimentación de las familias (huertas¹⁰⁴).

“Es decir, nosotros iniciamos, por ejemplo ahora, una huerta orgánica, en donde bueno por intermedio de las promotoras se fue invitando a las familias en sala de espera; ellas fueron repartiendo invitaciones, es una vez por semana y a partir de ahí se van integrando de a poquito (...) las que más se enteran son las mujeres que quizá no trabajan, porque no pueden trabajar

¹⁰³ El entrevistado con la expresión “hacemos” refiere al hecho de entregar los folletos, no a que sea elaborada artesanalmente.

¹⁰⁴ Los testimonios citados corresponden a CAPS ubicados en zonas con disponibilidad de terrenos para el cultivo, al menos en términos de extensión.

afuera, y sacarlas de esa rutina de estar nada más que en la casa y con los chicos, chicas muy jóvenes, de 20, 21 años (...), todas vienen y todas traen alguna idea, alguna, alguna vez tuvo una huerta, o alguna conoce algo de tierra, o alguna que te aporta con alguna receta o cómo se va manejando ella con las recetas, es recíproco.” (Entrevista N° 10. Jefa CAPS, Odontóloga)

” (...) ya hace muchos años que estamos promoviendo la huerta orgánica con profesionales del INTA que están además en el centro ecológico (...) Y la promoción se realiza, hay que realizarla en todos lados pero vos sabés que en algunos lugares tenés más impacto que en otros, entonces nosotros concurrimos a comedores, a escuelas, y te diría que estos dos son primero: comedores y escuelas. También centros de fomento.” (Entrevista N° 4. Jefe CAPS. Ginecólogo)

Si bien el enfoque de la *atención primaria integral* no es la más frecuente en lo que se ha identificado a nivel empírico, también es cierto que emergen prácticas y sentidos más integrales sobre la participación en salud¹⁰⁵ que los que se han recuperado hasta ahora.

En el análisis realizado entre 2003-2005 (Pagnamento, 2007) se desprendía la aparición de este tipo de sentidos acompañando ciertas prácticas participativas, y constituyendo un potencial espacio de cuestionamiento construido en los intersticios del sistema de salud municipal (que no los obstaculizaba seriamente aunque tampoco los impulsaba) de la mano de la formación de recursos humanos especializados en el área de APS¹⁰⁶ y de la participación de personas que asumían el rol de promotores de salud cuando esta figura no estaba reconocida, como hoy, a nivel municipal. Se detectó empíricamente lo que podríamos denominar como “caso atípico” (en el sentido de que surgía como una experiencia novedosa respecto de las mayormente identificadas), que involucraba a médicos generalistas con posicionamientos ideológico valorativos críticos respecto de la medicina y el propio sistema de salud. Por otra parte comprendía a un conjunto de personas, con distintas formas de agrupación, modalidades de organización y objetivos (una ONG, MTD Aníbal Verón, y un grupo autodenominado Promotoras de Salud¹⁰⁷), parte de cuyas actividades abarcaban acciones en salud, algunas de las cuales se articulaban en relación directa con el entonces denominado “Centro de Salud” barrial.

¹⁰⁵ Experiencias en las que hay mayores márgenes de participación también han sido referidas por Ruiz (2007), Maceira, D. y colab. (2006), Cejas (2007), Frankel (1988), Castrillo, B. (2013), Bertolotto, A. y colab. (2011).

¹⁰⁶ El caso que se detectó no contaba con apoyo desde las instancias políticas de decisión, y esa falta de apoyo (que en los hechos no obstaculizó su surgimiento pero que tampoco apostó a su permanencia) se tradujo directamente en enfrentamiento, de tal forma que la experiencia vio su fin al menos desde el centro de salud en el que se desarrollara.

¹⁰⁷ Al respecto ver González. y Silver (2005, pp28-35).

Esta experiencia (si bien no es la más extendida) no es única¹⁰⁸. En el relevamiento empírico realizado en 2010, se detectaron al menos dos experiencias contrastantes con las de la mayor parte de los CAPS del municipio relevados (esto no quiere decir que sean las únicas¹⁰⁹) y al igual que en el primer caso, el trabajo comprendía a diversos actores sociales. 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. Estas concepciones reflejan en el tipo acciones llevadas adelante en los CAPS, incluidas las de los promotores de salud.

En estos casos, los relatos de los entrevistados 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 (ejemplos de problemas que aparecen citados son: la falta de agua potable, las inundaciones, los perros sueltos y sin dueño, la acumulación de basura y el deficitario servicio de recolección, la necesidad de proponer actividades para los chicos en su tiempo libre, apoyo escolar, ampliación de la biblioteca del barrio, etc.) y decidir cursos de acción. Estos últimos son diversos y en los relatos, las acciones se asocian al tipo de problema particular de que se trate: por ejemplo, respecto de la provisión de agua se han organizado para conseguir y repartir lavandina, se han elevado notas a la municipalidad y a la empresa proveedora del servicio, se han realizado contactos con distintas instituciones -la UNLP o con ONGs-, etc.

La diversidad de prácticas participativas en estas experiencias, contrasta 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, conceptualizaciones de los espacios participativos y la participación no ya acotada o restringida, sino más cercanas a lo que inicialmente identificáramos (siguiendo a Belmartino y Bloch -1984-) como “participación efectiva o emancipadora”¹¹⁰ o a formas de participación más

¹⁰⁸ Puede agregarse que en los relatos de algunos médicos de los CAPS se mencionan, con distintos grados de precisión, experiencias identificadas como destacadas en términos de los procesos participativos promovidos, tanto en años anteriores como contemporáneamente.

¹⁰⁹ No fue un objetivo del trabajo llevar un recuento numérico de experiencias cuya diversidad y características por otra parte no se reportaban en estudios previos.

¹¹⁰ De acuerdo con lo analizado hasta ahora no puede afirmarse la correspondencia de sentidos en todo el equipo de salud (incluidos los promotores). Parecería más bien, que en la práctica y las interrelaciones

cercanamente asociadas a la atención primaria integral (hay que destacar también que en el caso de las profesionales entrevistadas, hay una correspondencia con una conceptualización de la participación y de la atención primaria de la salud en su sentido integral).

En palabras de los responsables de CAPS entrevistados:

“Bueno, nos reunimos tal día, como acá, por ejemplo, la última reunión fue el viernes pasado; ahora nos volvemos a reunir el 28 de mayo, acá en el centro de salud. La vez pasada la reunión fue en el comedor “Pan de día”. Nos reunimos acá en el centro de salud y lo que hacemos es eso, la lluvia de ideas al principio, eso originariamente decimos bueno pum pum pum; priorizamos, sacamos qué es lo más importante ahora, más urgente: el agua; bueno, qué podemos hacer nosotros para resolver eso? Nosotros como ciudadanos, como personas. “Mire, yo no puedo cambiar el agua” obviamente, “lo que podemos hacer es: por un lado, llenar las botellas vacías a la noche con agua, ponerle dos gotitas de lavandina” (...) Ahora, nosotros no podemos poner el agua. Entonces, como vecinos qué hacemos? Bueno, algunos de nosotros hace una nota; nos ofrecemos a redactar una nota y luego la presentamos a los organismos que corresponden a la delegación municipal, a aguas sanitarias, a lo que sea, pidiendo. Hay cosas que le corresponden al Estado, y hay cosas que nos corresponden a nosotros de cuidar nuestra salud; pero, hay cosas que le corresponden al Estado.” (Entrevista N° 4. Jefa CAPS. Médica generalista)

“...con la Mesa intersectorial lo que hicimos fue crear los centros comunitarios de extensión universitaria que funciona acá en el comedor “Pan de Vida”, de hecho este viernes a las 16 hs. Tenemos reunión de mesa porque lo que vamos a hacer ahora que termina el curso de repostería, que estuvo muy bueno, en el barrio y con salida laboral, ahora traemos el de electricidad, también con salida laboral, son dos años, donde la escuela de oficios universitaria te da los kits y demás y donde la gente puede tener salida laboral, hemos hecho el de plomería también y todo esto, ahora hay uno para gestionar el riesgo medioambiental, trabajan también los alumnos de la facultad con los chicos de la escuela, la Facultad de Psicología por ejemplo trabaja con las embarazadas, la de Derecho que tiene toda la parte de asesoría por violencia de género, entonces frente a necesidades barriales, como formamos parte de este centro barrial, y a partir de las necesidades que se vayan presentando podemos dar alguna respuesta con recursos que desde el centro de salud solo no lo podríamos hacer, de ahí la importancia de las redes integrales, siempre las necesidades van a ser mayores que los recursos pero bueno, tenés que idear estrategias para poder mejorar el tema de la oferta, digamos...” (Entrevista N° 22. Jefa CAPS. Médica generalista)

“Después la problemática, que también es muy frecuente, es la demanda de las mujeres en edad fértil que ya no quieren tener más hijos. Tenemos una ley, que es la ley de salud sexual, que no se cumple, está reglamentada y no se cumple, porque no recibimos insumos. (...) Sé que hay organizaciones de mujeres que están planteando esta denuncia, porque esto se tiene que revertir, está la ley desde el 2002, reglamentada en el 2003, la ley

concretas, esta se consolida. En consideración de las relaciones de subordinación de los equipos médicos, surge como fundamental la forma de trabajo propuesta por los responsables de los CAPS (y sus marcos ideológico-valorativos), porque aun en las experiencias que describimos en este apartado, los promotores reconocen haber aprendido y haberse adaptado a un tipo de actividad que desconocían y que contrasta con las actividades que desempeñan otros promotores en otros centros de salud.

no se debe cuestionar, no se debe analizar, la ley se debe cumplir, la ley es clara y dice que las mujeres deben tener los insumos que requieran, pastillas, inyecciones, ligadura de trompas. Aun hoy hay médicos en el hospital que le dicen a las mujeres “si sos joven y tenés 3 chicos nomás, para que te querés ligar las trompas?”, yo me pregunto joven para quién? ¿Pocos chicos para quién? ¿Desde qué lugar dicen los médicos esas cosas? Desde su visión? No se interpreta la ley, la ley se cumple. Entonces esa también es una pelea importante que vamos a dar y ya lo hemos estado conversando porque vamos a acompañar a la comunidad en el reclamo.” (Entrevista N° 2 Jefa CAPS. Médica generalista)

En particular la experiencia de la “mesa intersectorial” se mantuvo al menos hasta fines de 2014 y sobresale la diversidad de actividades desarrolladas, particularmente aquellas de capacitación en oficios en cuya organización intervienen estudiantes y profesionales vinculados a las actividades de extensión universitaria de la Universidad Nacional de La Plata.

Entre las promotoras, y en asociación con los CAPS dirigidos por los profesionales a los que corresponden las citas previas, se identifican sentidos confluyentes:

“Y la otra vez hicimos una urna, porque estábamos trabajando con una manzanera de acá cerquita. Hicimos una urna de qué temas les interesaría, porque siempre los temas los dábamos nosotros, de qué tema les gustaría trabajar. Y había embarazadas y se apareció de todo, desde desnutrición hasta como criar al bebe cuando nace, después bueno, adolescentes. Un montón de temas que están buenísimos para trabajar, que los vamos a organizar ahora, porque bueno, después de las vacaciones, bueno...pero lo de la urna estuvo muy bueno porque ellos mismos seleccionan temas.” (Entrevista N°1. Promotora de salud)

“[refiriéndose a las actividades que realizan] la última que hicimos fue la de Pro-huerta, que la hicimos acá en el comedor Pan de Vida, y la verdad que la gente se enganchó muchísimo, porque ahí en esa charla se repartieron semillas para que la gente que no puede acceder por el tema de dinero, no puede acceder a comprar las verduras, entonces la idea es que estas personas hagan su propia huerta, que es mucho más saludable por ahí que comprar en la verdulería que por ahí tiene más químicos.” (Entrevista N° 5. Promotora de salud)

“Seguimos haciendo cosas, y hay mucha gente que está trabajando acá, chicos de la facultad, se hizo uno de electricidad que vos decís, qué tiene que ver?, pero ves a la gente que viene contenta a hacerlo, podés rebuscártela de otra forma, chicos jóvenes que vinieron (...), no sé bien, pero con la gente de la Facultad, creo, eran los que capacitaban...” (Entrevista N° 24. Promotora de salud)

En principio esta correspondencia identificada a nivel empírico y manifiesta en los relatos de promotoras y jefas de los CAPS, habla 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.

Esto se manifiesta también en la evaluación del marco o contexto en el que se desarrollan estas experiencias, que persisten a pesar de la progresiva situación de deterioro de los últimos años (es decir entre 2010 y 2014). Esto pone en primer plano el hecho de que las experiencias menos típicas se estructuran y persisten en gran parte de la mano de los compromisos de actores clave con una forma de entender la atención primaria de la salud cercana al ideal de “participación integral”.

“Hoy por ejemplo, hoy en día [referencia realizada en 2014] yo te diría que no hay una política de salud en la provincia ...primero que no hay un marco y tampoco hay apoyo político acá está totalmente..., hay una anarquía total en lo que es en salud, es decir, está por un lado los espacios de poder, de presión a nivel sindical, hay deterioro de todo lo que tiene que ver con la infraestructura, los recursos humanos, la capacitación, el recurso humano capacitado, todo eso también tiene incidencia en todos los indicadores que vas a ver (...). Cuando ahora, vos pedís un laboratorio común y el Gonnet está suspendido, suspendido! Entonces imaginate, vos vas a un sector público (...) en el sistema público tenés un deterioro total, desde la estructura edilicia hasta todo lo que tenga que ver con aparatología que se rompe y no hay repuesto, y los insumos, lo básico. (...) si se abrieron centros de salud, pero ¿cómo?, ¿cómo están funcionando? A mí lo que me interesa es como funciona (...), tiene que ver con la gente, con el recurso humano capacitado, la estructura, acá se llueve, hay un solo consultorio, no tenés cloacas, se corta el agua en el verano... y en algunas cosas estamos peor, porque el sueldo, ¡el sueldo!, nosotros peleábamos era que el empleado municipal sea de planta permanente, categoría III, IV, ahora lo que estás peleando..., porque no podés tener un empleado municipal con un sueldo básico de \$3000 y un médico que se incorpora con \$5000. Yo hace 21 años que soy médica de planta y gano \$7000” (Entrevista N° 22. Jefa CAPS. Médica Generalista)

Se podría pensar entonces que, ciertos actores y en ciertos contextos, pueden dar lugar a espacios más amplios para el desarrollo de experiencias participativas. Estas experiencias, además, pueden 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 emerge como la situación más típica. Aun así, también hay que reconocer que en estos casos, las actividades desarrolladas están sujetas a diversos vaivenes y presiones político-institucionales¹¹¹ que determinan que

¹¹¹ Es así que, en el primer caso referido, el trabajo conjunto con el centro de salud tuvo un momento de “impasse” asociado al traslado de los integrantes del equipo de profesionales de la salud a otros centros, aunque recientemente muestra indicios de entrar en una nueva fase. Asimismo debemos considerar 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 acción¹¹². Por otra parte, esto es importante porque introduce un problema que excede el relativo al saber médico y a la relación asimétrica entre médico y paciente, ambos sin dudas altamente relevantes, pero que decididamente no agotan la explicación del problema. En este sentido, podría argumentarse que constituyen experiencias que entran en línea (aunque hay que reconocer las diferencias) con aquellas que Bertolotto y colab (2011) identifican como “desviadas o desmarcadas” y que promueven cambios o resisten y superan las formas tradicionales de práctica médica en el primer nivel de atención.

Frente a la heterogeneidad de sentidos y prácticas surge la necesidad de tratar de comprender por qué no se construyen procesos participativos más amplios y por qué se producen y reproducen espacios participativos restringidos. Una de las respuestas sin duda transita por las propias características del saber médico y por la manera en que se construye el propio campo de intervención, es decir la propia práctica. Se avanzará sobre este problema en el apartado siguiente, pero antes conviene recuperar un tema nodal: la definición sobre el segmento de la realidad que la práctica médica construye como su área de incumbencia.

Resulta entonces adecuado considerar que una discusión no menor refiere a lo que se entiende por salud y enfermedad, y asociado a ello qué es prevención y promoción de la salud. Siguiendo a Czeresnia (2006), la promoción de la salud refiere a medidas que no se dirigen a una determinada enfermedad o desorden pero que sirven para aumentar la salud y el bienestar, orientándose a las condiciones de vida y de trabajo. La prevención supone actuaciones previas a la emergencia de los problemas de salud que el saber médico identifica como enfermedades, tal que permitan evitar o retrasar su aparición, y las estrategias de prevención y educación para la salud se estructuran mediante la divulgación de información y de recomendaciones normativas (Czeresnia, 2006:54-55)¹¹³.

los movimientos de los profesionales pueden potencialmente abrir paso a que se “repliquen” experiencias (aunque no idénticas).

¹¹² Podría pensarse que estamos frente a actores que, compartiendo ciertos intereses y significados, consolidan un grupo capaz de coordinar sus acciones (aun cuando esos intereses sean diversos), sosteniéndolas en el tiempo, con márgenes de acción móviles dado que se encuentran contextualizados en relaciones institucionales y políticas que pueden desde impulsar, no entorpecer, o incluso obtener ciertas prácticas concretas.

¹¹³ Pereira, J. (2009) señala que en América Latina la promoción de la salud parece acentuar las prácticas de auto-cuidado, la incorporación de estilos de vida saludables y la modificación de comportamientos de riesgo. Asimismo manifiesta que la promoción de la salud se ha convertido en el paradigma dominante y eje articulador de las estrategias participativas (ejemplos de ello según el autor lo constituyen las campañas contra el tabaquismo, la obesidad y el sedentarismo). A nuestro entender, pareciera más bien, que prevención y promoción de la salud se anudan en una relación de tensión, resaltándose más uno u otro componente de acuerdo a los casos que se analicen.

En esta distinción la promoción de la salud se asocia a las condiciones de vida y trabajo y por tanto exceden el campo médico, aunque lo implican, y la prevención encuentra a la medicina en un lugar privilegiado, aunque también la superan. Habría que apuntar entonces, que la distinción en sí trae aparejada una dificultad: los problemas de salud que el saber médico identifica como enfermedades, deben ser enmarcados en el proceso de medicalización¹¹⁴ de problemas sociales. Como inicialmente planteara Conrad (1982), la medicina actúa como agente de control social al construir problemas sociales como problemas médicos, ampliando su área de incumbencia aun cuando no pueda reivindicar o demostrar eficacia para su abordaje. Tenemos entonces por un lado, indicadores biológicos que la medicina ubica como base para construir su definición de enfermedad y las formas de actuar ante ella, y padecimientos y daños a la salud que afectan a las poblaciones (y que repercuten en el desarrollo de las actividades regulares de las personas, sean estos designados o no como enfermedades) algunos de los cuales pueden ser tratados eficazmente por la medicina y otros que la rebasan y/o no tienen solución por la mera respuesta técnico-médica. Por otro lado, encontramos un conjunto de problemas que entran dentro de la égida médica (con algunos cuestionables y ambiguos indicadores biológicos en juego) en los que se torna más evidente que se trata de una construcción social, en parte porque la propia medicina los ubica como problemas de salud en relación con los “estilos de vida” de las personas. Ciertas problemáticas como las adicciones, la obesidad o el embarazo adolescente, claramente no pueden reducirse a la idea de agentes biológicos causales que desencadenan estados patológicos, pero son designadas como enfermedades o problemas de salud, y revelan la función moral y de control social de la medicina.

Dentro de la propia medicina, autores como Enria y Staffolani (2010) señalan que ciertas enfermedades como la obesidad, anorexia-bulimia, adicciones, etc., ponen en primer plano que son las representaciones sociales y prácticas individuales de las personas, las que deben ser “atacadas”, siguiendo el imperativo militar de la concepción médica tradicional que busca la eliminación del agente causal externo que desencadena la enfermedad en un organismo susceptible. Se introduce entonces un corrimiento del eje de intervención médica que se construye sobre la responsabilidad del sujeto en un marco de determinantes amplios que vuelven complejo el análisis e intervención dentro del campo médico. Los problemas de salud y enfermedad entonces, superan el rol tradicional del médico y se amplían/trasladan a los equipos de salud (interdisciplinarios en el mejor de los casos), que pasan a ser los encargados de

¹¹⁴ La medicalización refiere al proceso por el cual, siguiendo a Conrad, P. (1982), la medicina amplía su jurisdicción a problemas sociales que no siempre fueron considerados como problemas médicos.

interpelar la subjetividad de los padecientes empoderándolos y responsabilizándolos de su autocuidado. En esta responsabilización emerge la culpabilización, y deja a los individuos en el plano de una lucha desigual frente a todo lo que atenta contra la salud (Enria y Staffolani, 2010). Como ha señalado Crawford (1994), para la identidad moderna el concepto de salud es central y expresa connotaciones metafóricas acerca de lo "deseable". El sano en parte se sostiene con la creación de "otros" no-sanos que son imaginados conteniendo cualidades "reprochables". La medicina entonces podría pensarse como un conjunto de saberes y prácticas que no solo atañen a la enfermedad y los procesos biológicos que enfocan sino que necesariamente implican cierta concepción de la salud, entendiendo que en ambos términos se complementan y son inescindibles. La función moral y de control social abarca entonces no solo a la enfermedad sino también y constitutivamente a la salud, o a lo que se define como tal.

Pero además, se ha señalado que los procesos de salud-enfermedad-atención constituyen procesos estructurales referidos a condiciones histórico-sociales concretas. La salud y la enfermedad pensadas como proceso y como fenómeno colectivo, sobrepasan ampliamente las respuestas inscritas en las prácticas y saberes de la medicina científica occidental y las instituciones asociadas, que pueden ubicarse entonces desempeñando un conjunto de funciones incluidas las de control y reproducción social. La salud y lo social tensionan en las representaciones y las prácticas médicas que enfocan lo biológico y desdibujan el plano valorativo e ideológico que la propia construcción biomédica supone. De esta manera la salud y lo social emerge en el campo de la atención primaria como un ámbito conflictivo (se puede abrir la caja de Pandora o mantenerla cerrada) con distintos grados de confrontación apelando a posiciones más o menos democráticas o más o menos autoritarias. Ello se expresará tanto a nivel del Estado, las instituciones, las corporaciones y grupos con intereses particulares, como a nivel del ejercicio concreto de la práctica médica, es decir en el ámbito del ejercicio profesional que no puede considerarse como un ámbito técnico-neutro sino asociado a posiciones ideológico-valorativas.

En parte estas tensiones se hacen visibles al considerar el llamado enfoque de la atención primaria integral, porque lo social y las condiciones de vida de la población, especialmente las de los sectores más desfavorecidos, toman un lugar de relevancia particular. Es en este escenario que lo social (considerado sea como condicionante o como determinante de los procesos de salud-enfermedad) deja espacio para la emergencia de prácticas y representaciones más o menos disruptivas respecto del enfoque médico que se concentra especialmente en la dimensión de lo biológico.

Una manera de acercarse a este problema es considerar la perspectiva de los agentes de salud respecto de los límites a las acciones posibles.

3) La percepción de los límites en las acciones posibles:

En la descripción del apartado anterior puede encontrarse un acercamiento a las principales actividades desarrolladas en los CAPS en materia de atención primaria de la salud. Como vimos en capítulos previos, la APS engloba un conjunto de acciones con diversos grados de participación por parte de la comunidad, pero queda claro en el análisis de caso que las estrategias participativas no son aquellas que podrían ubicarse en la línea de la APS integral.

No obstante emerge una heterogeneidad significativa en las acciones desarrolladas y en las estrategias construidas por el personal de los CAPS a la hora de proponer, construir o dar lugar a escenarios en los que se generen o consoliden procesos participativos. La pregunta que sigue es por qué no se construyen procesos participativos más amplios. Para comenzar a desentrañar este interrogante es necesario volver a la perspectiva de los sujetos involucrados.

En los relatos de los entrevistados emergen problemas, situaciones, contextos, frente a los cuales se ubican límites en las posibilidades de acción para los CAPS y de las acciones concretas en materia de prevención y promoción de la salud. Estos diversos problemas que vislumbran límites a las acciones concretas, se pueden agrupar en dos tipos, uno referido a la formación de los profesionales y otro, relativo a las condiciones de vida de la población.

En relación al primero (la formación de los profesionales), hay que mencionar que en los relatos de los profesionales entrevistados 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). Estas áreas de especialidad marcan una primera diferenciación entre los profesionales que trabajan en los CAPS y redundaría en el tipo de trabajo que se desarrolla con la comunidad y en la ponderación de elementos o la consideración de factores más allá de lo estrictamente biológico.

“La residencia en medicina general, es una especialidad. Hacemos residencia tres años. Tiene además de todo lo asistencial, trabajo en la comunidad, ciencias sociales, epidemiología. Es como el médico generalista cubano, el médico de familia cubano que trabaja en la familia, con la comunidad. En realidad nos formamos para eso (...) no pasa por la especialidad, los generalistas tenemos las herramientas pero hay muchos médicos que pueden hacerlo después de una recorrida en el primer nivel y ver que la cosa pasa por ahí, y tomarlo y hacerlo, mientras muchos generalistas se

meten en el consultorio y no salen porque no tiene ganas, digamos no es garantía la especialidad, sí es más frecuente que sean generalistas...” (Entrevista N° 2. Jefa CAPS. Médica Generalista).

“Entonces eso hay que gestarlo durante mucho tiempo, nosotros con esto ya venimos sumando...si vos me preguntas a mí yo siempre cuento la anécdota que mi primera idea de terreno fue cuando...no me acuerdo en que año pero sería 1989, 1987 llegan los médicos comunitaristas, la democracia y con ella los médicos generalistas. Ellos son los primeros que empiezan a hablar de trabajo en terreno, de trabajar en la comunidad y demás. Yo venía con una formación netamente científicista, universitaria y la primera vez que escuché la palabra “terreno”, lo único que sabía era que tenía que salir a la calle, no sabía ni para qué ni por qué tenía que salir y todo eso lo fui aprendiendo yo. Junto con mi aprendizaje vino el aprendizaje con mis pacientes porque la evolución que yo he tenido ha sido junto con mis pacientes, no evolucioné solita, evolucioné con la comunidad.” (Entrevista N° 13 Jefa CAPS Médica Pediatra)

En lo referido a la formación de los profesionales, encontramos la mención a problemas que requieren la atención de los médicos pero ante los que señalan una formación deficitaria para desarrollar acciones concretas (un ejemplo lo constituyen la violencia familiar o las adicciones). En los relatos estos problemas aparecen, además, asociados a la demanda concreta de personas e instituciones.

“ [hablando de abuso infantil] ... lo difícil que es de abordar, hasta para una médica obstétrica, se necesita una psicóloga, un trabajador social, alguien experto en violencia, un pediatra entrenado, necesita un seguimiento, necesita un ginecólogo infantil si es niña, un cirujano a veces, y después toda la parte legal, es muy complejo (...)” (Entrevista N°14. Jefa de CAPS. Pediatra)

“Y mirá, depende, a veces por lo que expresa la gente, a veces inducido por una entrevista o se va sacando la información, otras veces a través de referentes institucionales barriales que vienen y te plantean “cómo podemos solucionar un problema?” yo estoy trabajando con un centro de fomento de acá del barrio y me plantean el tema de las adicciones en los adolescentes que es un tema puntual. No sé qué hacer, entonces nos juntamos. Buscamos referentes en instituciones específicas y estamos viendo cómo laburar la temática y cómo abordarla desde otro lugar. Es como te digo, esto del cambio de los modelos que ya no es lo mismo y a veces no sabés cómo abordarlo” (Entrevista N° 17. Trabajadora Social).

Los profesionales pueden cuestionar su propia formación en ciertas áreas, indicando las limitaciones en sus propios saberes y abriendo el espacio de trabajo hacia otros profesionales para realizar acciones conjuntas. Esto vale para el ejemplo sobre la violencia que citamos arriba y frente a la cual surge la necesidad de contar con “especialistas” que garantizan cierto enfoque multidisciplinar (típicamente los trabajadores sociales y psicólogos).

Si aceptamos que la formación de los profesionales médicos se orienta particularmente hacia la explicación biológica de los problemas de salud-enfermedad, los recursos con que cuentan para pensar y operar sobre los problemas sociales que afectan la salud de la población serán, cuanto menos, limitados. Igualmente podemos suponer cierta holgura en los recursos que se consideren necesarios para el abordaje de ciertos “problemas sociales”. Esa holgura, esos límites flexibles, incluirán un abanico amplio que va desde que simplemente se los deje por fuera del campo de acción de la medicina, o que se considere que lo social requiere de un abordaje con otras profesiones, o simplemente que no requiere más saberes específicos que los que se construyen/adquieren en la propia realidad en la que se actúa y de la que se forma parte.

“Eh, no, porque en general la mayor demanda tiene que ver con cosas que ya venimos viendo desde hace mucho tiempo, tiene que ver con violencia, con adicciones, que en realidad es por lo que consulta la gente, la gente no viene y te dice “vengo porque no tengo donde vivir o no tengo trabajo” porque sabe que el sector salud, justamente la gente es la que lo tiene más claro, el sector salud no puede responder a eso.” (Entrevista N° 2. Jefa CAPS. Médica generalista)

“Es decir ellas [se refiere a las promotoras] son las participantes fuertes de todo esto, que somos los que nos juntamos a hablar de los casos que tenemos, porque cuando yo tengo una chiquito con problemas de conducta, me llaman de la escuela, enseguida recurro a la psicóloga y con la asistente social y ahora la promotora. Es lo que hablábamos recién: “anda a la escuela a hablar por tal chiquito, por tal tema, por tal cosa”, pero cuando vos empezás a ver que los problemas abundan o por ahí no abundan pero que son graves, entonces decís “pará!!, algo está pasando”. A eso le sumas que muchas veces han venido las madres a hablar conmigo por el tema de los adolescentes “¿Doctora qué hago...?”. Problemas graves con la adolescencia, adolescencia que está en la calle, con alcohol, con drogas. Entonces dijimos, se trabaja con estos temas pero en realidad hay que prevenir, dónde lo vamos a prevenir? En el jardín. En realidad desde antes, desde el embarazo, ya estamos hablando de hacer talleres con las embarazadas (...).” (Entrevista N° 13. Jefa CAPS. Pediatra)

Lo que sí surge explícitamente es 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. Asimismo, hay que destacar que el trabajo junto a profesionales de otras disciplinas es un punto significativo que aportaría elementos al propio equipo de profesionales médicos para generar formas de intervención más ajustadas a las demandas y a los requerimientos o desafíos que el campo de la atención primaria supone, para evitar caer una vez más en la “atención primitiva” que tanto se cuestionara.

En los relatos de los médicos y promotores de salud se mencionan las condiciones de vida, de trabajo o las políticas públicas de promoción de bienestar incluido el saneamiento ambiental, como claros indicadores de que las acciones del sector salud a través de sus agencias y agentes, resultan restringidas.

“O sea una cosa es lo que vos ves acá y otra cosa es adentro. Adentro vos vas por la calle XX y es horrible, te da lástima ¿viste?, porque casitas muy precarias, calle de tierra, todos chicos descalzos, desnutridos, sucios; o sea las necesidades básicas son esas de la gente: trabajo fundamental, porque es toda gente que anda con carro, alimento, control de natalidad sería importante también porque es toda gente que anda con un montón de chicos, y una vivienda digna, y bueno, un montón de cosas.” (Entrevista N° 15. Promotora de salud)

“No, no, de nada sirve tener el mejor promotor que trabaje en la comunidad...detrás de todo esto después hay un pedido de respuesta, una exigencia, yo voy al barrio y le pregunto ¿Cuál es el problema? -el problema es que los chicos tiene diarrea y nosotros no tenemos agua corriente y no tenemos cloacas. Detrás de eso qué viene? Qué tiene que venir? Un estudio, una decisión política de hacer cloacas y agua corriente. Cuando no viene esa decisión política, fracasa todo, porque la promoción no sirve como promoción misma, alcanza para decirle ‘tenés que controlar a tu hijo’ pero no alcanza para lo otro, porque ese chico controlado en ese medio donde está la zanja en la puerta, no tiene agua corriente, hay agua contaminada, es un chico que se va a enfermar a pesar de que cumpla con las vacunaciones y con los controles; esto es una parte sanitaria que va mas allá de lo propio exclusivo de salud. También nosotros lo podemos gestionar, pero todas las gestiones de parte nuestra si no van con la voluntad del que está arriba si quiere gastar o no gastar, no va” (Entrevista N° 7. Jefe CAPS. Ginecólogo)

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 (esto último supone la consideración del escenario de poder en el que se ubican los saberes, tal como veremos más adelante)

“...por eso, el que diga que esto no es político, yo no estaría tan de acuerdo (...) cualquiera que vea una planilla nuestra sabe dónde tiene que ir a atacar, lo que pasa es que, ojalá lo hagan bien (...) Saber cuál es el problema, porque nosotros detectamos desde no tener agua hasta un problema de salud, hasta un problema de trabajo y otro tipo de cosas” (Entrevista N° 9. Promotora de Salud)

“y...la gente del barrio ya te digo, están como en una zona de dengue, entonces la gente como que está interesada como que “ay!! el dengue!!”, hace mucho estamos con el dengue y es como que ahora recién la gente tomó conciencia de lo que es; lo del dengue venimos desde hace rato ya y la gente le dio importancia ahora, el último año como que yo sentí que le dieron mucha más importancia. Pero no, es gente que no le importa viste? (...) qué sé yo, hay gente que por ahí no...qué sé yo, cómo te puedo decir?...no, no le interesa o le interesa pero le da vergüenza hablar u opinar y hay gente que sí. Yo me acuerdo de una señora que se había prendido re bien y hablaba y acotaba y

decía y estaba re informada, pero hay gente que por ahí no tiene noción, que al final decía 'me da lo mismo si me pica o no'." (Entrevista N° 11. Promotora de salud)

En términos generales, el proceso de reconocimiento/desconocimiento de lo social opera en forma de tensiones, que se manifiestan en las acciones concretas e implican un posicionamiento (político) que recupera con énfasis diferenciales los argumentos técnicos en pos de la neutralidad o los compromisos propugnadores de cambios. En ese proceso actúa además el hecho de que la propia población busca primordialmente la atención médica, algo que aparece identificado por los profesionales de la salud como la "demanda", y que también aparece como argumento en la justificación de ciertos cursos de acción. En realidad, esto no obstaculiza que una parte de los problemas "sociales" se invisibilicen al caer en la órbita de la práctica médica aun cuando se encuentren entre aquellos para los cuales la formación y recursos de los profesionales se identifican o aparecen como deficitarios (es el caso de situaciones de violencia familiar, abusos y drogadicción).

Asimismo, la prevención puede hacer visible, en forma descarnada, que el proceso salud-enfermedad excede el accionar técnico-médico. Es decir que las acciones que buscan evitar el desarrollo de problemas de salud tocan los límites concretos de las condiciones de vida en las que se generan los padecimientos/daños a la salud, y de esta manera potencialmente se re-sitúa la dimensión socio-política del proceso. Los múltiples padecimientos y daños a la salud (con su expresión a nivel biológico) tienen correspondencia en definitiva con las condiciones de producción y reproducción social. Dichas condiciones, en tanto constituyen un fenómeno social, suponen respuestas sociales pero en todo caso, serán respuestas enmarcadas en procesos estructurales e históricos que remiten al problema y la pregunta sobre cómo y qué hacer/cambiar para evitar el desarrollo de ciertos padecimientos o lograr ciertos estándares de salud o de bienestar. Los cambios (puntuales y paliativos o generales y radicalmente transformadores) implican la dimensión política inescindible de los procesos sociales en los que se inscribe.

4) Relaciones de poder: el no saber como justificación de la subordinación. Los profesionales, los promotores y la comunidad (lega)

Los no-saberes

El análisis de la dinámica en la construcción de los procesos participativos en salud implica considerar las representaciones acerca de los actores y de los saberes que se ponen en juego, dado que comprende en forma central al saber médico. Es

sabido que el saber (y su relación con el no-saber) médico emerge como justificadores de relaciones de subordinación. De hecho la relación de asimetría entre el personal de salud y los usuarios, en la que los saberes diferentes ocupan un lugar central, se pone de manifiesto en distintos contextos, tal como reportan los trabajos de Delgado Gallego y colab. (2005) en sus estudios en Colombia, Anigstein (2008) en Chile, Cejas (2007) en municipios de dos provincias de nuestro país, entre otros.

La asociación prevención/promoción de la salud/saber científico-médico permite recordar el lugar de *no-saber* en que el conocimiento médico ubica al conjunto de saberes de los legos. El lugar de no saber justifica el hecho de que los sujetos deban ser educados, controlados, tutelados, e identificados para ser conducidos a la instancia de la práctica médico-clínica¹¹⁵ en la que se construye y reconstruye una relación de asimetría.

Ahora bien, en los relatos que recuperamos hasta ahora y que refieren a las actividades que se desarrollan en los CAPS, la centralidad del saber médico es innegable. En las actividades de educación y las tareas de los promotores como auxiliares médicos (que identifican y conducen a los pacientes) se refuerza una concepción en la que el saber idóneo sobre la salud (la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud) descansa en el saber médico. La comunidad, y los individuos, son pensados/posicionados como sujetos pasivos que “deben entender” o “deben conocer” lo que el CAPS propone. Vimos más arriba que, tal vez en forma extrema, se aludió a cierto tipo de límites para las acciones que se puedan llevar adelante junto a la comunidad, asociados a la “cultura” de las personas, pero podemos hacerlo extensivo a su “educación” (medido en función del sistema educativo oficial).

De esta forma se refuerza la idea de la necesidad de conducir, educar y controlar por parte del equipo técnico a una población que carece de los recursos educativos y se construye cierta sospecha sobre sus capacidades para la toma de decisiones, la demanda de acciones relevantes o siquiera el derecho a opinar respecto del tipo de servicio que los CAPS brindan.

“Lo primero que a mí me importaba era que la comunidad sintiera como que el centro de salud no era un edificio que estaba en el barrio, que entendiera que el centro de salud era un lugar donde ellos podían venir, que les pertenecía, donde ellos podían venir a trabajar junto con nosotros. Para qué?”

¹¹⁵ Se trata de un lugar de subordinación que no admite saberes alternativos respecto de la prevención. Sin embargo, como señala Menéndez (1998) se debería reconocer que las poblaciones producen y manejan saberes preventivos combinando información procedente de diversas fuentes, incluida la biomédica. De ser así, en el caso que nos ocupa, esa síntesis incluiría las experiencias de los conjuntos sociales con el sistema médico que incorpora a los promotores de salud. Si estos actores sólo reproducen la lógica técnico-médica, se restringe el espacio de potencialidades desplegadas en la propia interacción. Es por ello que las relaciones de poder y el saber asociado, deben ser especialmente analizadas: de nada sirve que se reconozca la importancia de los saberes de la comunidad (tal como se explicita en la política de salud municipal), si no se genera el espacio de reflexión que trascienda la lógica de la asistencia técnico-médica.

Para mejorar nuestra salud, para mejorar nuestros estilos de vida, entonces cuando la comunidad entiende, cuando te reconoce, cuando no solo es el edificio, es el edificio con lo que está adentro, el combo, cuando también entienden lo que está adentro del edificio (que lo tiene que entender la comunidad y lo tenemos que entender nosotros) entonces ahí empezamos a trabajar juntos, entonces ahí la comunidad empieza a participar. (...) Un ejemplo, por ahí para mí el problema que tiene la comunidad es que no viene al centro de salud porque no interpreta que en el centro de salud puede hacer prevención de las enfermedades, no saber que puede venir a hacer los controles de salud y haciendo controles tempranos en salud prevengo enfermedades, si yo vengo y hago un control de salud en el control charlo con el médico sobre cuáles son las medidas higiénicas que tengo que tomar para prevenir, diabetes, hipertensión, los catarros en los chicos etc., etc. Y yo creo que la comunidad no viene porque no siente el centro de salud, porque no nos interpretan, porque no nos conocen. (Entrevista N° 13, Jefa CAPS, Pediatra)

“Yo creo que ellos [se refiere a la gente del barrio] están comprometidos porque ven el esfuerzo que hacemos nosotros ante las necesidades que por ahí no están cubiertas totalmente en algún momento, falta algún elemento o cajas de alimentos o leche (...) Entonces nos van conociendo. Y es a diario, es verte y saber a qué hora estás y el día que algún médico o yo o cualquiera se enferma y no está para ese turno previsto que viene, lo entiende, yo creo que va a eso. (...) Y la gente es como que se va acostumbrando, puede venir el que te dice, “he mirá, que este médico no viene” y demás. Pero el que conoce cómo es el funcionamiento, esos están conformes, va, eso es lo que sentimos nosotros, por ahí...” (Entrevista N° 10, Jefa CAPS Odontóloga).

Hay que considerar que la percepción que se tenga respecto de la comunidad es significativa en relación a la construcción de espacios participativos. Y también que la visión que se tiene de la comunidad, aun en aquellos casos en los que identificamos mayor apertura a la consolidación de espacios participativos, las capacidades de la comunidad, pueden ser infravaloradas. Se trata de una mirada sobre la “comunidad” que en gran parte se construye a partir de los “casos”, los individuos con los que se toma contacto (y donde lo social se construye en base a una sumatoria, entre otras cosas) y con los que se entabla una relación asimétrica¹¹⁶. Pero una mirada que también se construye desde algo más que la relación médico-paciente, superponiéndose y yuxtaponiéndose a prejuicios, valores y otras prácticas sociales referidas a los estratos sociales más vulnerables.

“(...) porque cuando vos transcurris dos generaciones de familias que vienen sin el trabajo sino con la ayuda social y la asistencia social, nada más y no hay desarrollo social acompañando eso, vamos a tener un problema. Ahora

¹¹⁶ La relación asimétrica se percibe en las observaciones de campo en el tiempo de espera para las entrevistas: el uso de diminutivos generales para tratar a las personas (“mamita” o “negrita” al dirigirse a las mujeres, “pibe” o “chiquito” al referirse a un padre joven, etc), el “tono” de la voz al explicar procedimientos y dar indicaciones en público (fuera del consultorio) y los términos utilizados (voz alta y una enunciación indicativa que no admite espacio para preguntas, términos “médicos”), los “retos” dirigidos a las personas que incumplieron con lo que el médico indicara (el tono imperioso y la voz alta), e incluso las posturas corporales (distancias mudas, que expresan mucho). Datos todos que denotan una relación de poder en la que las personas no son tratadas como pares o iguales.

hablamos más de pobreza estructural que antes. Ahora tenés generaciones de gente, una generación de personas, que ni siquiera sabe cuáles son sus propias habilidades. Ni se les cruza por la cabeza... se le pueden cruzar miles de posibilidades por delante para poder salir adelante, como hicieron nuestros padres y demás, que tenían la cultura del trabajo, que tenían proyectos de... pero ahora no tienen ni idea, lo único que son, son arriados; para aquí y para allá, por dos pesos, por cincuenta pesos, por una botella de aceite, un paquete." (Entrevista N° 4, Jefa CAPS. Médica generalista)

La posición paternalista y autoritaria, es de esperar que se despliegue también en el conjunto de acciones proyectadas y llevadas adelante junto a los promotores de salud, en tanto en principio la posición de poder de los profesionales de la salud se hace extensiva (en un juego de mayores tensiones cuando la relación supone la interacción con profesionales de otras ciencias) a otros encargados de la prestación del servicio médico dentro de los centros de salud.

Es significativo que en algunos relatos de los promotores se reproduce una concepción de minusvalía de la comunidad, en la que además se refuerza el componente paternalista, aunque hay que destacar que aquí asimismo emerge un conjunto de problemas asociados a las condiciones de vida de la población. Así, la cantidad de hijos, la falta de trabajo, la falta de pareja, entre otros, surgen como justificadores de la necesidad acompañamiento y de control por parte de los promotores de salud.

"Porque acá hay muchas cosas que vos no podés hacer, podés guiarlas, te vas informando, porque hay gente que tiene 8 pibes y no le alcanza para los pañales y es un tema de salud también, porque se les paspa la cola y los traen para acá, influyen muchas cosas. Nosotros seríamos como una ayuda, a veces necesitan hablar con vos nada más." (Entrevista N° 8. Promotora de salud)

No hay que olvidar que el saber médico es hegemónico, lo cual se traduce en el hecho de que algunos saberes no son solo un atributo de los profesionales médicos. Estos son reapropiados y resignificados por los conjuntos sociales y en el caso de los promotores de salud es de esperar en principio, que sobre ese proceso de reapropiación descansa además una acentuación del aspecto técnico que se articula con las experiencias asociadas a su formación y su trabajo como promotores y, en términos más generales, a sus propias experiencias como sujetos sociales.

Sin embargo cabe resaltar que en este último testimonio emerge un costado más humano, cierta empatía y comprensión que se crea en la relación con el promotor y no con los profesionales médicos: la posibilidad de comprender al otro y de no sentirse juzgados, la posibilidad de hablar y de contar qué sucede en la vida. Se trata de un atributo que la práctica médica ha ido perdiendo o resignando (y que formaba parte de

la anamnesis más clásica) pero que sin dudas sigue siendo significativo en la relación terapéutica y frente a las formas de sufrimiento humano. Ese espacio de vacancia es asumido por otros sujetos dentro del proceso de prestación del servicio médico de tal manera que despliegan una forma de atención y un cierto tipo de cuidado altamente significativo para los sujetos y sin embargo fuertemente invisibilizado en el ejercicio de la práctica médica y en la prestación del servicio médico.

Las variantes del saber

Los equipos de profesionales que se encargan de dar espacio para el cumplimiento de los lineamientos políticos de la atención primaria de la salud a nivel municipal, detentan experiencias previas, expectativas, características particulares de formación y especialización, entre otras, que pueden tanto obstaculizar como potenciar la participación, y no solo de la población sino de otros profesionales y agentes de salud.

Parte de las experiencias previas identificadas por los médicos suponen el trabajo con las “manzaneras” del Plan Vida (en algunos casos se encargaban de controlar el cumplimiento del calendario de vacunación y los controles pediátricos o de embarazo a través de la consulta médica), con personas que recibían el Plan Trabajar y realizaban diversas tareas como “contraprestación” (tareas administrativas, limpieza, mejoramiento edilicio, cuidado del espacio verde cercano al centro de salud, etc.), las experiencias de organización de “cooperadoras” destinadas a conseguir recursos (escasos) para el funcionamiento del centro de salud. En estos casos la participación de la comunidad asume un sentido claramente acotado.

Al momento de la puesta en marcha de la política local participativa en el ámbito de la salud en 2008, y considerando estas experiencias previas con una "participación acotada" y/o reducida a la colaboración, era posible esperar que se reprodujera e incluso que emergieran situaciones de resistencia y/o de apoyo moderado al desarrollo de actividades que se perfilaban superadoras y contemplaban tareas conjuntas entre el personal de los centros de salud y actores de la comunidad (entre los cuales podemos incluir a los promotores de salud)¹¹⁷. Sin embargo no parecen haberse considerado situaciones como estas y más bien el énfasis se ha concentrado en la formación de los promotores de salud y, más recientemente, en su relación con otros actores comunitarios (sobre todo con organizaciones de la sociedad civil que desarrollan actividades barriales, y específicamente en la inclusión en las

¹¹⁷ En el análisis correspondiente al relevamiento 2003-2005, se detectaron entre los Jefes de los Centros de Salud posiciones contrarias, en diverso grado, a la participación de la comunidad. Las mayores resistencias se aglutinaban en torno al control de la propia comunidad sobre las características y tipo de actividades que deberían realizar los centros.

instancias de capacitación de contenidos referidos a la gestión de relaciones con actores organizados de las comunidades). No se ha tomado como significativo el trabajo sobre el tipo de relaciones que se construyen en los propios equipos de salud, que suponen en muchos casos jerarquías y modalidades de trabajo arraigadas y difíciles de modificar, que en algunos casos no necesariamente se amalgaman a los nuevos lineamientos de la política de salud.

Hay que considerar también situaciones de *decantamiento tácito*, en las que los propios agentes al no compartir los lineamientos de la política municipal por sí solos han dejado de ejercer funciones de dirección en los CAPS (especialmente mediante pases a otras áreas u organismos) y reemplazos regulares al producirse retiros (jubilaciones, licencias):

“...me ofrecieron por una de esas casualidades del destino la jefatura de este centro, porque el jefe era endocrinólogo y la verdad que no estaba muy formado para la atención primaria y no se sentía cómodo, entonces cayó por su propio peso, él solito pidió trabajar en otras dependencias.” (Entrevista N° 16. Jefa CAPS. Médica Generalista).

Las características de la formación disciplinar por especialidad y las orientaciones ideológico-valorativas de quienes conducen los equipos de salud de los CAPS, constituyen un punto de inflexión para el desarrollo concreto de una política de salud. Se ubican en un lugar de relevancia porque implican la manera de pensar la participación, y la manera en que se proyectan actividades y se construyen relaciones. En general, la especialización de los agentes de salud marca una impronta significativa en las formas de concebir los escenarios en que se desarrollen actividades participativas y en la consideración de otros sujetos como interlocutores válidos o en situación de relativa paridad.

Del análisis realizado (instancias empíricas 2003-05 y 2010) surge una marcada diferencia entre los hoy denominados CAPS a cuyo frente se encuentran médicos especializados en medicina general o medicina comunitaria, y aquellos cuya formación se orienta a otras áreas de especialización médica, particularmente la odontología¹¹⁸. Matices hay muchos, por eso entre estos polos identificados empíricamente que refieren a la formación disciplinar de base, se ubican los profesionales que ponen en juego marcos ideológico valorativos con mayor disposición a formas de participación más cercanas al sentido integral de la APS que otros.

En el relevamiento empírico de 2010 se han identificado situaciones diversas que por un lado tienden a reforzar la centralidad de la atención médica y por otro

¹¹⁸ Claramente no es lo único que influye y si el punto nodal de los problemas sobre la APS radicarán allí, bastaría con diseñar un programa de capacitación destinado a los profesionales de los CAPS; pero no deja de tener especial importancia la formación en APS sea desde el sistema de educación formal o movilizado desde el interés de los profesionales que lleva a auto-formarse en el área.

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 (basadas en sospechas que remiten al saber técnico médico o a las relaciones de poder que pudieran constituirse y que eventualmente “desafiaran” a los profesionales de los centros de salud); la consideración y calificación de “políticos” en un sentido despectivo y vinculado a intereses personales, demandas o acciones en las que aparecen involucrados los promotores de salud u otros líderes o referentes barriales¹¹⁹.

“...en el caso mío tengo un beneficio muy grande porque tengo una promotora de lujo, que es esta muchacha, pero en otros centros de salud, los promotores no entienden mucho lo que significa la figura del promotor, por ahí son gente de muy bajos recursos intelectuales, entonces eso afecta muchísimo la comprensión de su papel y del rol que desempeñan ¿no?(...) Después pasa, en otros centros de salud, que las promotoras por ahí no son del barrio y entonces tampoco lo sienten como algo que les corresponda, van y hacen el trabajo nada más que para cobrar un sueldo. Es decir, ahí empezás como en todos los trabajos, empieza tener que ver la parte humana que le da el tinte al trabajo.” (Entrevista N° 13. Jefa CAPS. Pediatra)

“..en algunos casos han tenido intervención como punteros políticos o que se toman el rol desde un lugar hegemónico, sí, ha pasado (...) repercute negativamente, para el equipo negativamente, porque se complica el vínculo con el equipo y el laburo interno del centro de salud y también para el afuera porque la gente dice ‘y esta mina qué a viene’, se complica.(...) va a depender de la personalidad del promotor, si es un promotor tipo puntero político con un rol muy hegemónico, la gente nos es tarada, y dice ‘basta con esto’ y va a poner un límite; depende digamos del rol que tenga esa persona dentro de la comunidad, si es un persona aceptada, comunicativa y demás lo van a seguir aceptando como tal, eso es así.” (Entrevista N° 17. Trabajadora Social)

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 intrínseco plano ideológico) y la práctica médica, tienen un lugar sobresaliente. Ese lugar destacado, se hace particularmente visible considerando las instancias de capacitación de los promotores (donde hay un marcado énfasis en conocimientos técnicos del área de la medicina) que parecen reforzar el plano técnico-médico y el eje central de la relación de subordinación, de una práctica

¹¹⁹ En muchas entrevistas cuando se hacía referencia a conflictos o problemas con los promotores de salud se pedía que la información fuera tratada como *off the record*. Siguiendo las premisas de confidencialidad de la información no se reproducen aquí testimonios que expresamente solicitaron que no se hicieran públicos.

que supuestamente (según los propios lineamientos políticos que definen la estrategia participativa en los CAPS) abarca cierta revisión del conjunto de instituciones involucradas en el tema. Las revisiones por lo visto, no alcanzan a los saberes, ni a los objetivos y razones que guían las prácticas concretas, que trascienden la discusión en términos técnico-médicos.

La posición subalterna puede reconocerse también detrás de la apelación al trabajo en equipo (por parte tanto de promotores como de profesionales de los CAPS), surgen en los relatos, situaciones en las que la diferencia de saberes técnicos y funciones marcan jerarquías y conflictos.

“...nosotros no éramos profesionales. Nosotros veníamos de... yo no tengo el secundario terminado, la XX tampoco, en realidad hicimos una capacitación pero ¿qué era una promotora? Tampoco lo sabíamos hasta que salimos a la calle y empezamos a hacer determinadas cosas que habíamos hecho antes pero que nunca le habían puesto un nombre...” (Entrevista N° 9. Promotora de salud)

“...y bueno, es según quién te toque, si te toca una promotora que sabe trabajar, que es cumplidora..., hemos tenido esa suerte (...) que está comprometida, aparte es estudiante de trabajo social, entonces es un lujo en parte, tiene un buen nivel, ha estudiado (...)” (Entrevista N° 14. Jefa de CAPS. Pediatra)

“...tienen que trabajar en conjunto la promotora con el trabajador social, solas, es como que no están preparadas, no están preparadas ellas. Pero con la trabajadora social ya te digo que acá hacen un lindo trabajo.” (Entrevista N° 10. Jefa de CAPS. Odontóloga)

Hay que destacar que, a pesar de lo dicho, se construyen espacios de relativa autonomía pero, sobre todo, refieren a acciones por parte de los promotores de salud que podíamos englobar (en referencia a los datos empíricos recogidos) aludiendo a cierta ayuda humanitaria ante situaciones extremas (acciones que no entrarían dentro de las actividades pautadas para los promotores de salud). Sobre el tema de la ayuda volveremos más adelante.

“La última chica que fuimos a ligarle las trompas, que le ligaron en el San Martín, ella tiene 8 hijos, está sola, y qué hicimos?, bueno nosotras somos tres, a la mañana la llevamos a internar nosotras dos, una vio a los chicos, la otra la acompañó a internarse, volvió la de la mañana, a la tarde fue la promotora de la tarde y estuvo con ella hasta las 6 de la tarde porque no dejaban estar a nadie y después estuvimos viendo a los chicos que estaban en la casa con la hermana mayor de 13 años, o sea a la noche íbamos a verlos, cualquier cosa nos llamaban porque vivimos a 10 cuadras (...)Y bueno, así hasta el otro miércoles que le dieron el alta y no la dejaban salir. Así que fuimos para allá porque tenía que...o sea, era simple y sencillo, necesitaba un papel (...) Nos fuimos hasta allá en la moto, íbamos a retirar el papel, íbamos a volver al hospital para que lo sellaran, para que la pudieran dejar salir, porque ella tenía los 9 pibes en la casa.” (Entrevista N° 8. Promotora de salud)

“Me pasó de un caso que bueno, ...yo estaba haciendo el seguimiento de una embarazada y cuando nace el bebé, muere, y me llama a las 10 de la noche a mi casa y yo estuve una hora consolándola por teléfono, porque se sentía bien conmigo, ella me decía que se sentía apoyada; entonces al otro día la cité a ella, al marido, y bueno, hablamos con la obstetra y se lo comuniqué a la jefa y ahí se dio cuenta de lo importante que soy yo para la gente.”
(Entrevista N° 12. Promotora de salud)

Por una parte, 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”, a prácticas de subordinación al momento de la incorporación a los centros (que incluyen por ejemplo desarrollar tareas administrativas, preparar bebidas, colaborar en la limpieza) que a la postre se van redefiniendo. En este juego de poder, las opciones se acotan a favor de la subordinación al equipo técnico: “...es una cuestión de supervivencia: o te vas y lo hacés por otro lado o te quedás y te integrás (te integrás y te integran).” (Entrevista N° 9. Promotora de salud).

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 médica 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.

5) Promotoras de salud: un trabajo con varias aristas

El título de este apartado no es casual, más bien nos ubica en un dato no menor que es el de la composición mayoritariamente femenina de estos actores designados habitualmente en clave masculina.

Por ello es conveniente señalar que en el campo de la salud, las mujeres constituyen la principal fuerza de trabajo, especialmente en el primer nivel de atención. Esto se ha comprobado particularmente en lo que refiere a los profesionales pero podría pensarse que engloba al primer nivel en su conjunto, abarcando también a las promotoras de salud.

En efecto, como señalan Rico y Marco, F (2006) diversos estudios regionales e internacionales indican que las trabajadoras se concentran en ciertos sectores y oficios coincidiendo con los estereotipos y roles de género dominantes. De esta manera, el trabajo de las mujeres se asocia a la extensión de sus actividades de cuidado en el

ámbito doméstico (enseñanza, salud, atención personal y administración) a la vez que se inscribe en la socialización diferencial de género, decisiones, preferencias y orientaciones vocacionales, que condicionan la inserción laboral.

En 2008 la OMS reconocía que dentro del sector salud, en muchos países las mujeres componen más del 75% de la fuerza laboral, y persisten las situaciones en las que las mujeres ocupan las posiciones de menor estatus a la vez que su distribución por categoría ocupacional tiende a inclinarse hacia el personal de enfermería, parteras y trabajadoras comunitarias de la salud¹²⁰ (OMS, 2008). En nuestro país, “la ocupación del sector salud explica aproximadamente el 8% del empleo total femenino, considerando que el 65% de quienes trabajan son mujeres. Los dos sectores que tradicionalmente han concentrado una proporción más elevada de mano de obra femenina, con excepción del servicio doméstico, son la enseñanza y la salud” (Pautassi, 2006, p.194).

El proceso de profesionalización de la práctica médica y las transformaciones en el ejercicio de la profesión vinculadas a las características de los sistemas de salud y el mercado de trabajo, ha influido en la incorporación de mujeres en las especialidades menos valoradas en términos técnico ideológicos, lo cual les reserva mayores posibilidades laborales en el primer nivel de atención (el prestigio profesional sigue ligado a los mayores niveles de complejidad y especialización)¹²¹. Como señala Pautassi, “históricamente, el sector salud tuvo una fuerte presencia de mano de obra femenina, particularmente en tareas semicalificadas (auxiliares de la salud) relacionadas con las características del trabajo reproductivo y de cuidado que cultural y tradicionalmente se adjudican a las mujeres. Las tendencias actuales en la formación universitaria evidencian que la feminización también avanza en las áreas profesionales” (Pautassi, 2006, p.198), ante lo cual no hay que olvidar la problemática de la calidad del empleo (cantidad de horas trabajadas, pluriempleo, salarios, capacitación, etc.) en relación a las desigualdades ocupacionales según el género.

Estas afirmaciones llevan a considerar que puede ser de utilidad incluir en la reflexión lo que genéricamente podríamos denominar las características del proceso de trabajo en APS. Se trata de detenerse, en particular, en el análisis del tipo y las características de las actividades que desarrollan un alto número de mujeres incorporadas la estructura del servicio sanitario como promotoras de salud¹²², lo que

¹²⁰ En este estudio sobre género en la fuerza laboral en salud, la OMS rescata como punto de partida analítico la consideración de la ocupación, el tiempo de trabajo y los ingresos.

¹²¹ Es sabido que el progresivo desarrollo de subespecialidades médicas y desarrollo de la investigación orientada hacia los factores biológicos van en paralelo con la desvalorización de la práctica clínica. Al respecto ver Menéndez (1978).

¹²² Si bien la instancia municipal que cuenta con los datos sobre sus agentes (de los cuales era significativo en principio conocer la distribución por sexo) no permitió el acceso a la información, en base

obliga además a considerar sus actividades en relación al equipo profesional de los CAPS. Si analizamos las actividades de los agentes de salud como un proceso de trabajo¹²³, podemos identificarlas configurando un proceso técnico-ideológico que permite operar sobre el “sujeto/objeto” de la propia práctica en el marco de relaciones sociales particulares inscriptas a su vez en formaciones institucionales específicas. El producto del trabajo (las actividades de los agentes de salud) al constituir un servicio, supone un conjunto de procedimientos, capacidades técnicas, saberes e ideologías, que reporta una utilidad al sujeto/s que lo reciben. El servicio de salud implica un conjunto de actividades llevadas a cabo por los distintos actores sociales encargados de su prestación (tanto profesionales como auxiliares) y constituyen elementos estratégicos y funcionales en los procesos de reproducción social.

Concentrándonos en el análisis de caso, las actividades llevadas adelante por las promotoras de salud, es decir su trabajo, implica un conjunto de acciones pautadas formalmente y otro conjunto de acciones que no se encuentran en los marcos formales. Interesa destacar en este apartado la percepción de las promotoras de salud sobre su trabajo, es decir sobre las acciones que desarrollan regularmente, estén o no incluidas en las instancias formales. Ello permitirá lograr un acercamiento al escenario en el que se construyen los procesos participativos desde la perspectiva de las promotoras de salud.

Las primeras suponen en principio aquellas que involucran las funciones explicitadas por el municipio para estos agentes y las áreas de intervención definidas como prioritarias (por ejemplo: identificación en terreno, de embarazadas y niños, que no están incluidos en el Plan Nacer; captación de embarazadas sin control o seguimiento médico; sensibilización sobre prevención, signos de alarma, factores de riesgo y prevención, de las infecciones respiratorias agudas; prevención de VIH-SIDA y ETS; difusión de prevención de hanta-virus, y dengue; operativos sanitarios y de vacunación; programa de escabiosis; etc.).

Por su parte en cada CAPS se desarrollan actividades concretas, en distintos períodos y con dinámicas particulares. En este sentido, la propia dinámica de trabajo en cada CAPS supone que las tareas que se desempeñan se acoplen a las necesidades asociadas a la dotación de recursos humanos de que se dispone en cada

a las entrevistas y observaciones realizadas (en especial en las instancias en las que se convocaba al conjunto de los promotores de salud) se puede afirmar que se trata de un conjunto con participación marcadamente femenina.

¹²³ Como antecedente en la consideración de la medicina como proceso de trabajo, véase Gonçalves (1984) y Cordeiro (1978).

momento (ausencias, incremento de demanda de consulta, tareas administrativas asociadas a los controles de salud, etc.) o a los problemas de salud emergentes (por ejemplo diarreas estivales, problemas pulmonares en invierno o en épocas con bajas temperaturas).

Pero además de estas tareas, las promotoras de salud realizan actividades que exceden los protocolos y que se vinculan al tipo particular de trabajo que desarrollan y al objeto mismo de ese trabajo: estar en contacto con personas que manifiestan o pueden manifestar problemas de salud. Los sujetos con los que trabajan pertenecen a estratos sociales vulnerables, y por tanto la precariedad de sus condiciones de vida influyen en los padecimientos y en los problemas de salud que presentan o puedan presentar, y en las respuestas que se generen ante ellos.

Se considera necesario entonces hacer alusión tanto a las condiciones de trabajo (incluida la particularidad de las tareas que desarrollan) como a la perspectiva subjetiva sobre su trabajo y la relación con los sujetos que constituyen su “objeto de trabajo”.

Al considerar las condiciones de trabajo de las promotoras de salud, conviene recordar que no en pocas oportunidades se ha denunciado la precariedad de los puestos de trabajo generados por el sector salud en el primer nivel de atención. Esa precariedad (que va más allá de las instancias formales de contratación) es particularmente significativa en la figura de los promotores de salud y puede identificarse considerando la marcada inclusión de mujeres, la escasa remuneración, el pluriempleo y la doble carga de trabajo doméstico y extradoméstico. Por esto mismo es importante detenerse en las percepciones subjetivas de este tipo de trabajo identificando sobre qué descansa la valoración positiva frente a las cualidades negativas que pueden reconocerse.

En primer lugar, en el análisis de caso puede reconocerse el proceso de feminización de la atención primaria de la salud en el municipio de La Plata. Si bien las instancias institucionales del municipio no brindaron datos estadísticos, considerando como fuente de datos las entrevistas y las observaciones en los actos públicos que convocaban a los promotores de salud municipales, es posible identificar una marcada ocupación femenina de los puestos de trabajo de promotores de salud.

Es conocido el problema de la escasa remuneración (o su inexistencia) de los actores clave en las estrategias participativas (“promotores de salud” u otras denominaciones similares), que no hace más que marcar que la declamada “relevancia” asume en los hechos una posición subalterna en relación al equipo

técnico de salud¹²⁴. Esto no obstaculiza destacar que la situación actual de los promotores de salud implica un reconocimiento de sus actividades, dado que en otros momentos los hoy denominados CAPS incorporaron agentes (aunque en forma más o menos esporádica y no en todos los centros de salud) que desarrollaban algunas actividades coincidentes con las que hoy desarrollan los promotores, pero sin un reconocimiento formal en el sistema de salud municipal (fue el caso de actividades desarrolladas como contraprestación por recibir el Plan Trabajar o como parte de las tareas de las “manzaneras” del Plan Vida).

La escasa retribución monetaria por las tareas de los promotores de salud, ubica el muchas veces denunciado espacio secundario de este tipo de actores y sus tareas (aun cuando se argumente que se remuneran actividades que en otros contextos no la recibían). Este lugar subalterno a su vez refuerza un espacio propicio para la incorporación de mujeres. En este sentido el monto de los ingresos que se perciben por las actividades, que podría catalogarse como una “ayuda” (recuperando las expresiones de los sujetos entrevistados), no constituye el ingreso central o más importante del grupo doméstico, de tal forma que se refuerza la relación de género tradicional de la mujer y del varón, este último como proveedor central o del ingreso al que se le asigna mayor importancia en términos simbólicos.

En algunos casos, además, el monto de los ingresos de las promotoras se complementa con otros trabajos extradomésticos, a los que se suma el trabajo en el propio espacio doméstico, y la necesidad del apoyo de la red familiar y de amistades necesario para que las mujeres puedan desempeñar más de una ocupación extra doméstica.

Frente a estas desventajas, las promotoras de salud entrevistadas rescatan en algunos casos, la relativa flexibilidad en la relación *patronal* de trabajo que permite adecuar la carga horaria laboral en consideración de situaciones personales o particulares. Este dato no es menor considerando las características que veníamos subrayando y también lleva a que se considere como una situación de relativa ventaja para las mujeres inmersas en contextos de desventajas económicas, precariedad laboral y desempeño de múltiples tareas (trabajo doméstico y extradoméstico).

“...tuve la posibilidad de conseguir un trabajo que no lo tenía, un trabajo de algo que me gusta, que es algo que no se consigue todos los días, flexible porque, sí, yo tengo mi hijo enfermo, puedo hablar y mi jefe a lo sumo me dirá “compensalo otro día pero no te lo voy a descontar”, cosas que muchas mamás no pueden tener. Pero por sobre todo que me gusta...” (Entrevista N° 9. Promotora de salud)

¹²⁴ Hay que mencionar la heterogeneidad de los promotores respecto de las instancias de quienes dependen (municipal, nacional), y por el hecho de que reciben remuneraciones distintas e incluso el tiempo de trabajo no es el mismo.

En lo concreto, el tiempo de trabajo diario es variable (más allá de la carga horaria formal que oscila entre las veinticinco y treinta y cinco horas semanales), en algunos casos se mencionaron siete horas, en otros una carga horaria menor (cinco horas)¹²⁵, pero aquí nos interesa considerar por un lado, que la actividad central (que carece de controles formales, salvo la instancia de ingreso diario al CAPS) es la que se cumple “en terreno”, es decir, actividades que se realizan recorriendo el barrio a pie (eventualmente se desarrollan tareas en el centro, por ejemplo los días de lluvia, o ante problemas de salud) que hacen que el cálculo exacto sea impreciso. Por otro lado, hay que considerar que el tiempo destinado a las actividades y el tipo de actividad que se desarrolla depende en mayor medida de las actividades organizadas o requeridas por el equipo médico, lo cual imprime ritmos y tiempos diferenciales según las actividades.

“...Como ahora estoy contratada por la municipalidad, tengo un contrato, tengo que cumplir las 7 horas acá o en el terreno, como yo me organice, ahora capaz prefiero un poquito más estar acá porque a la vez tengo que pasar un trabajo en la computadora y otras cositas que tengo que hacer” (Entrevista N° 1. Promotora de salud)

“En realidad tengo que venir al centro todos los días un rato. O por ejemplo como hoy que llueve y no salimos a la calle, entonces realizamos otro tipo de actividades acá adentro. Pero sí, la concurrencia es de todos los días, de lunes a viernes.” (Entrevista N° 9. Promotora de salud)

“Depende, depende el centro. En mi caso particular yo vengo todos los días al centro, estoy 2 horas, si es día de lluvia nos quedamos porque a terreno no podemos salir, ayudamos a las administrativas, llamamos por teléfono a los casos más particulares. Hoy por ejemplo citamos a una chica y trabajamos con niñez y adolescencia.” (Entrevista N° 8. Promotora de salud)

Un aspecto no menor se refiere a la construcción de una situación de poder diferencial en las relaciones sociales a nivel barrial. Marcadores de esta situación los encontramos en la alusión a “*todos me conocen*” y la asociación directa del promotor con el CAPS. Igualmente podría pensarse que las actividades que desarrollan en el CAPS sumadas a las formas de “ayuda” que van más allá de las tareas pautadas para los promotores (las que provisoriamente llamamos humanitarias par distinguirlas de las que tienen un acusado rol técnico) se estructuran situaciones que forman parte de las estrategias de las personas del barrio ante problemas concretos (de salud en este caso). Es posible considerar que las promotoras construyen un conjunto de relaciones (incluidas las personales) en las que el saber técnico adquirido en las capacitaciones,

¹²⁵ Se toma como referencia a los promotores de salud municipales, dado que en los CAPS participan promotores que dependen de distintas instituciones, con tiempos de trabajo y remuneraciones diferentes.

su pertenencia a los CAPS, y su posición de “llegada desde adentro” a los profesionales del centro de salud, las ubican como actores clave dentro del barrio.

Es de esperar que la trayectoria de las mujeres en su involucramiento en las actividades colectivas o barriales y sus relaciones respecto de los aparatos políticos en sus instancias formales e informales, tengan un peso relevante a la hora de considerar tanto el proceso de construcción de poder como las posiciones valorativas sobre las tareas de las propias promotoras de salud. Surge en los relatos un diagnóstico diferencial (respecto de las que no han desarrollado actividades barriales vinculadas a los aparatos políticos) sobre el tipo de necesidades de las personas del barrio, que supera ampliamente los problemas médicos y re-sitúa el problema de la salud en las condiciones de vida de las personas. No casualmente, además, se manifiesta el conflicto con profesionales que defienden un accionar neutro y apolítico del CAPS. Y finalmente, este tipo de trayectorias, supone poner en juego otros recursos (conocimiento de situaciones y personas) a la hora de prestar ayuda (*muchas veces vos ayudás a un vecino, por tener un poquito más de conocimientos de ciertas cosas, sabés a dónde dirigirte y entonces mandás al vecino “no, mirá, andá allá”*) (Entrevista N° 9. Promotora de salud)

“... en realidad muchas veces quisiéramos tener más aval político. A mí no me molesta el aval político, al contrario, me encantaría poder tener todo el aval político porque me resolvería un montón de cosas que yo veo en la gente y que hoy por hoy tengo las manos atadas. Desde conseguir una tipo de leche maternizada porque te mandan 4 y necesitás 5, hasta una familia que se le quemó la casa. O sea, ojalá pudiera ser así. (...) Puntera, sí, y yo en esa época empecé a..., íbamos a hacer como un trabajo de promotora sin saberlo, porque nos mandaban a ver cuáles son las necesidades de la gente (...) Que, igual después se tiró a la basura, porque vos traías dos millones de problemas y no te daban bola, y te quemaban con la gente (...) por eso te digo, para mí sería espectacular que cada chica pudiera trabajar con alguien que la apoyara desde ese lado [se refiere a los aparatos políticos], no para que tenga una varita mágica pero sí para las necesidades más urgentes.” (Entrevista N° 9. Promotora de salud)

Asimismo se debe considerar que se valora el trabajo recuperando el plano de las preferencias personales y particularmente la “vocación por la ayuda a los demás”, de tal forma que el cuadro se completa reafirmando la propia lógica de una inserción laboral precaria, escasamente remunerada y a la vez simbólicamente valuada en términos positivos.

“No lo tenés que buscar por un sueldo, porque nuestro sueldo no es rentable, te tiene que nacer ayudar a la gente y saber hasta qué punto podés ayudar también (...) a veces necesitan hablar con vos nada más, te cuentan toda su vida y ellas se sienten tranquilas y ya no necesitan ir al psicólogo, ni hacer otras cosas. Y que vos las comprendas, no las juzgues tampoco, porque hay muchas madres que tiene muchos hijos y por ahí no te llevan al control a uno, pero porqué? porque ellas pensaban que lo habían traído pero habían

traído a otro chiquito, y se te van de la cabeza esas cosas, porque vos estás preocupada por darle de comer también. O sea la promotora tiene que ser alguien común y alguien que lleque a la gente, que le guste, porque sino no va a dar. (Entrevista N° 8. Promotora de salud)

Por otra parte, la propia idea de la “ayuda” que se manifiesta, podría indicar una respuesta a las limitaciones de la práctica médica para tratar con el plano del sufrimiento a nivel subjetivo. Recordemos que la idea de *vocación de servicio* incluso aparece asociada a la práctica médica, y que tuvo en sus orígenes una fuerte vinculación con la idea de sacerdocio, estructurándose un código ético que otorgaba prestigio y privilegios, a la vez que contribuía a la legitimación del ejercicio profesional (Belmartino, 2005) de la medicina científica, uno de cuyos supuestos se estructuró en torno a las respuestas objetivas ante la enfermedad. Procesos posteriores acertaron un duro golpe a esa matriz inicial de tal manera que se perfiló el cuestionamiento (con diversos grados de intensidad) a la deshumanización de la práctica médica. En este marco puede ser que el *cuidado feminizado de la salud* otorgue nuevos contenidos compensatorios a la “impersonalidad” de la relación médico-paciente, re-instalando una suerte de vinculación subjetiva contenedora ante los temores, la angustia, o el malestar subjetivo que desencadena el padecimiento o su potencial desarrollo.

Las actividades de las promotoras de salud en algunos casos se asocian a cierto “compromiso” con un proyecto de orden colectivo (identificado como proyecto político en algunos casos o como proyecto de ciertas personas que impulsan acciones concretas) de tal manera que el sentido de “la ayuda” (a las personas del barrio o al propio equipo técnico) que se dispersa en las acciones que realizan, se dispersan en un arco amplio que va desde la consideración de individuos, grupos de trabajo y acciones orientadas a la “comunidad” (los vecinos del barrio).

“Mirá, yo creo que primero porque el varón siempre es el que por ahí tiene que mantener la casa y lo que cobra una promotora no sustenta a una familia. Una promotora de cooperativa cobra 500 pesos y una promotora de salud familiar ganamos 574, nada; entonces por ahí el varón busca otro tipo de trabajos.” (Entrevista n° 9. Promotora de salud)

“...yo cuando voy a capacitación soy... antes había un compañero más pero consiguió otro trabajo y voló (...) Y porque capaz la mujer está más metida en las escuelas, en los comedores porque son todas más de cooperativas (...) por ejemplo de un comedor, me entendés?, entonces como que se van agrupando y se van haciendo. Y yo bueno, como caí así “plum”, paracaidista, pero bien. Sí, sí, porque soy el único casi.” (Entrevista N° 6. Promotor de salud)

“Yo tengo otro trabajo aparte de este, como la mayoría de las que estamos acá. La mayoría estamos porque nos gusta, nos gustó el proyecto y bueno...las que estamos todavía es porque nos gusta, la mayoría tiene otro trabajo.” (Entrevista N° 18. Promotora de salud)

En la experiencia analizada se reconoce la persistencia de la relación “tradicional de género”. En este sentido, respecto de las actividades domésticas y extradomésticas que desarrollan las mujeres, se encuentran situaciones en las que la redefinición de las tareas asignadas a varones y mujeres en el ámbito doméstico solo se aplica en términos del horario, más reducido, que las mujeres pueden dedicar a las tareas domésticas. Sin embargo las entrevistadas no identificaron otros cambios y bien puede suponerse que las tareas tradicionales mayormente son realizadas por las mujeres.

“Sí, imagínate, como estoy estudiando yo ahora salgo de acá a la una, llego una y pico, cuando estoy con la moto por ahí llego antes, a eso de las 3 y pico tengo que estar volviendo a salir y en ese trayecto puedo por ahí estar un rato con la más chica, porque las dos más grandes están en el colegio y después no los veo más hasta las 8 y pico que vengo del colegio, así que imagínate... Sí, me re ayuda, él trabaja también, porque tiene su trabajo.” (Entrevista N° 1. Promotora de salud)

“Y todo, te tenés que reorganizar porque ya cambia, no es como estar todo el día en tu casa y decís ‘bueno hago a tal hora tal cosa, a la hora que quiero’, no, ya llevás los chicos, volvés, a tal hora tenés actividad y tenés que salir corriendo con los chicos para llevarlos a las actividades que tienen que hacer y después volver y limpiar tu casa y lavar la ropa y sí, llega un momento en que decís -basta!, ya terminó el día por hoy.” (Entrevista N° 5. Promotora de salud)

“...no, porque yo siempre trabajé todo el día, o sea en mi casa están acostumbrados, y yo siempre... a mi una amiga me llamaba y me iba. (...) tengo la ventaja de que mi marido (...) no está por 4 días, (...), ya te digo, en mi caso personal no porque yo zafo, escondo las cosas, no se entera. (...) Lo mío yo es como que lo tapo, yo creo que si mi marido estuviera me dice ‘tu horario no es este’, porque la promotora no tiene horario, él me lo ha dicho cuando ha estado que yo he salido le digo ‘bueno, pero el otro día, yo me vine un poquito más temprano del trabajo, pero vos no estabas’, entonces yo lo zafo con eso; si vos sos promotora acá en la sala, y te llevás bien con la gente, la promotora no tiene horario.” (Entrevista N°8. Promotora de salud)

Por su parte, las tareas que tradicionalmente se asignan a las mujeres aparecen como sustrato para el desempeño de las tareas asociadas a los promotores de salud. Entre las referencias de las personas entrevistadas surge el rol tradicional de la mujer como “cuidadora” (en principio de los integrantes del grupo familiar, y potencialmente extensible a otros) y las actitudes de abnegación que se espera de ellas (sensibilidad, predisposición a la escucha, acompañamiento desinteresado, etc.).

“Y qué sé yo, porque por ahí, no sé como decirte, para mí es más en los hechos de ser mamá, en los chicos, en lo que es los cuidados, en los controles y del bebé y de un montón de cosas. Por ahí es porque somos más sensibles, qué sé yo. Ese es mi punto de vista... Igual hay hombres y trabajan muy bien, los que yo conozco trabajan re bien.” (Entrevista N° 1. Promotora de salud)

“...y porque la mujer, cómo te puedo decir? Es multifacética, podés hacer todo y tiene otra visión de las cosas. Si yo me comparo con un hombre creo que un hombre no puede hacer ni la mitad de las cosas que hacer una mujer. Yo creo que la mujer las cosas las ve diferente, de un lado mucho más humanitario, por eso somos la mayoría mujeres las promotoras, por eso todas nos quedamos, porque nos gustó. Creo que un hombre no se hubiese bancado un trabajo así, aunque hay promotores hombre, pero son los pocos. (Entrevista N° 18. Promotora de salud)

En este sentido, resurge el problema de que “los cuidados de la salud” (o más específicamente frente a la enfermedad o los padecimientos) abarcan no solo aquellos que se entroncan con las acciones técnico médicas específicas (con un rasgo de despersonalización creciente en la relación del médico con los “pacientes”¹²⁶), sino también aquellos que refieren a las personas en un sentido amplio (sujetos que son algo más que el “objeto de intervención médica”). Tal es el caso de las acciones que simplemente suponen el apoyo de la escucha de los problemas personales y familiares, la disposición de las personas a hablar sin el temor de recibir sanciones morales a sus comportamientos o formas de pensar¹²⁷.

En este plano juega especial importancia el hecho de *ser del barrio*, porque en las relaciones interpersonales a las que aludimos, compartir el lugar en el que se vive ofrece algunas ventajas más allá de la empatía que pueda desarrollarse entre las personas. Sin embargo, esto no quita que se mencionen algunas situaciones problemáticas (tanto más si el promotor no es un vecino del barrio) en la visita a los domicilios.

“Acá vos sabés quién es cada persona, vos me decís -vino Pérez Juan, -ah, sí!, es el papá de este, el hermano de este, tiene este problema, sí, yo lo ví la otra vez, entonces como somos de acá del barrio...” (Entrevista N° 8. Promotora de salud)

“...hay de todas formas de gente, que les gusta y que no les gusta que vayas a cada rato a la casa. Igual, yo trato de no ir mucho, si tengo que ir dos, tres veces, trato de que pase un tiempo, porque a mí como persona me molesta que me vengán a cada rato a mi casa, más que no te conocen, pero hay gente que sí, ya me conocen, en junio va a ser un año que voy a estar acá”(...) “a mí me gusta cuando vos vas a una casa y te hacen pasar, te preparan mate y me dicen ‘la próxima avisame que te preparo algo’. La otra vez me pasó así con una señora: -avisame cuando vuelvas!. Por ahí te hablan, que te hablan y te cuentan todo y te tenés que tomar el tiempo. Que te ceban mate, que te cuentan mientras vos le vas preguntando las cosas. Así que me agradecen un montón, y más cuando vos le llevás los turnos, cuando le digo

¹²⁶ Mantendremos el término “paciente”, aun sabiendo de su asociación a personas con problemas de salud, lo cual no es el caso de las personas que recurren al médico cuando se trata de acciones de prevención.

¹²⁷ Se podría pensar que así como Friedson (1978) cuestionaba el imperativo de la neutralidad del médico ante la enfermedad o el enfermo, lo que se rescata es justamente lo opuesto en el caso de las promotoras de salud: lo subjetivo, el compromiso, la relación cara a cara. Aparecería como contracara a la “ayuda” profesionalizada, que supone a la impersonalidad como directriz de un vínculo instrumental en el que se despersonaliza a sus actores.

'mirá, si no ibas lo ibas a perder' (...) acercarme a personas como yo, como una vecina, porque yo soy de acá de XX y por ahí la gente de acá no me conoce, porque yo soy más de allá (más del centro de XX). Eso rescato, de que por ahí he llegado a la gente hablando como ellos hablan, de la manera en que ellos entienden.' (Entrevista N° 1. Promotora de salud)

La importancia de la cercanía (el estar allí en un lugar físico que supone el compartir cierta realidad concreta), se manifiesta en relación al caso opuesto, es decir, al caso de los promotores que no viven en el barrio en el que desarrollan sus tareas. No compartir el lugar de residencia incide en el tipo de relación con las personas y en las actividades que el promotor realiza, y la situación de un “desconocido/desconocedor de situaciones cotidianas” reporta consecuencias en las relaciones entre las personas (desde resistencias iniciales a progresivos acercamientos) y en las actividades que desarrolla el promotor de salud (estrategias para actuar a partir de ser percibido como un desconocido). Se puede pensar también en la posibilidad de desarrollo de vínculos de cercanía y conocimiento personal, aunque no se comparta el lugar de residencia. En todo caso, el tipo de lazo de amistad o cercanía personal no necesariamente se construye por la mera situación de “vivir en el mismo barrio”, ni es un estado inalterable, pero surge en los entrevistados como una clasificación que ubica, justifica o hace inteligible una situación.

“yo viste, mucho no estoy en ese terreno, como no soy yo del barrio no me conocen [la persona entrevistada hace un año que trabaja como promotor en el barrio] (...) Sí, yo con esto [señala su chaleco] por lo menos digo ‘soy del centro de salud X, vengo a...’. Pero hay personas que por ahí no les gusta y te tratan... ‘qué querés vos acá?’, ‘quién te mandó’, ‘qué, sos policía?’ y vos tenés que explicarle que no. (...) eeh... de entrada es como que ‘no!’..., es como que yo le tengo que estar diciendo a qué vengo, porque me mandan, entonces ahí como que amainan, se quedan más tranquilos, porque si no... (Entrevista N° 6. Promotor de salud)

Hay que destacar que, en las entrevistas analizadas, la situación de “no vivir en el barrio”, sumada a una relación de marcada subalternidad (no impugnada) del promotor de salud respecto del personal médico, refuerza el desarrollo de actividades como “auxiliar médico”, en el que el promotor de salud se restringe a ubicar y conducir pacientes a la consulta.

Por otra parte, es sabido que la principal proveedora de cuidados de la salud es la mujer, y a ella se dirigen gran parte de los programas del área, de tal manera que como es de esperar constituyen las principales interlocutoras de las promotoras de salud.

“Sí, porque dialogamos con mujeres, el ama de casa que está más en la casa... Porque yo he ido a todas las casas y me han atendido mujeres,

entonces es como que llegamos más, ya cuando es un varón... no sabría decirte.” (Entrevista N° 8. Promotora de salud)

Más allá de esta referencia explícita, el hecho se reconoce al considerar las actividades que las promotoras desarrollan convocando a los vecinos del barrio en el que se inserta el CAPS. Dentro de estas actividades, que podríamos denominar “colectivas” (o “públicas”) para diferenciarlas de las actividades vinculadas a la búsqueda de pacientes puntuales para que acudan a la consulta médica, y que se mencionan en las entrevistas, se destacan las charlas o talleres sobre cáncer de mamas, anticoncepción (desarrolladas durante el tiempo de espera a al consulta ginecológica), embarazo adolescente (dirigida a niñas-madres y sus madres), nutrición para embarazadas, bronquiolitis (para madres de niños de corta edad). No son las únicas actividades que las promotoras realizan, pero la enumeración da cuenta de la importancia de las mujeres como grupo al que se dirigen una parte importante de las acciones. Se encuentra por tanto, una situación coincidente con lo señalado por Menéndez (2009) respecto de que los actores sociales con los que se trabaja son principalmente mujeres. En el caso analizado, la propia implementación de los programas y líneas de acción en los CAPS, el trabajo de los promotores de salud se concentra particularmente en las mujeres suponiendo principalmente su papel como madres, y/o constituyéndolas como sujetos de apelación en función de su constitución biológica reproductiva.

A manera de síntesis

En las páginas precedentes se ha propuesto reflexionar sobre la construcción a nivel local de políticas públicas participativas en el campo de la salud poniendo foco en algunos actores y procesos involucrados en la instancia de su concreción recurriendo a un estudio de caso.

- La revisión de los programas desarrollados a nivel nacional y provincial en las dos últimas décadas, pone en evidencia la orientación política de acciones en salud que buscan el desarrollo y consolidación de la atención primaria de la salud. Ello queda reflejado a nivel provincial, en el Programa de Capacitación de Promotores Comunitarios en salud y el Programa Salud en Movimiento. A diferencia de los programas nacionales (Plan Federal de Salud 2004-2007; Programa de Médicos Comunitarios -2004- y el Programa de Promoción Comunitaria en Salud -2013-) sobresale en los documentos provinciales analizados un lenguaje y una aproximación en la cual se desdibuja la “organización comunitaria” y su potestad para intervenir en el diseño e implementación de las políticas públicas en salud. La comunidad emerge como

sujeto colectivo (pasivo) que debe ser alfabetizado sanitariamente en pos de una mejora de la calidad de vida. Los promotores comunitarios por su parte, se construyen como actores que captan y dirigen a las personas hacia el sistema de salud, garantizando, además, la continuidad de la prestación del servicio médico. Se señaló que emerge una posición conservadora en los documentos provinciales que se completa con la alusión “misional” de promover “la vida sana” asignada a los promotores de salud y la responsabilización individual de los padecimientos y problemas de salud al circunscribir la mejora en la calidad de vida de las personas a acciones individuales/personales.

A nivel provincial 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, como se analizó en capítulos previos, 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 los lineamientos de la política provincial en APS no se hace mención a mecanismos participativos para que la comunidad intervenga en la gestión y la toma de decisiones en torno a las políticas en salud, y tal como se desprende de la enumeración de logros en el último tiempo, se ha reforzado el número de efectores y se ha promovido la formación de recursos humanos que facilitan el acceso a esos efectores y desarrollan actividades de educación para la salud.

- A nivel municipal, entre 2008 y 2015, con el objetivo de consolidar la atención primaria de la salud, se propuso un abordaje de la salud que se presentaba como integrador y articulado con políticas de inclusión. En este enfoque emergía la participación comunitaria, y asociada a ella se propuso la estrategia de formación de promotores. Entre las funciones que se asignaron al promotor de salud, se encuentra una combinación de criterios y lineamientos que aparecen en algunos documentos provinciales y nacionales del último tiempo. Sobresale que estas exceden el ámbito de la educación en salud a las que quedan circunscriptas sus funciones en la instancia provincial, y entran en mayor sintonía con las directrices del Plan Federal de Salud (2004-2007), si se considera la gestión de los espacios colectivos de participación 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”).

Asimismo, tal como sucede a nivel provincial, no se consolidan espacios colectivos de discusión para la toma de decisiones a nivel local en lo relativo a las políticas en salud. Lo que sí aparece con claridad es que en la apuesta por la consolidación de la atención primaria de la salud a nivel municipal, los promotores de salud emergen como actores “visibles” de una política pública, aparentemente novedosa a nivel local, y que entra en consonancia con las experiencias más recientes en el tema del fortalecimiento de la APS a nivel internacional.

- En lo que hace a la zona de La Plata, 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 (sean “promotores” o médicos los que lo hagan) 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.
- Considerando 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. En principio podríamos identificar contenidos que varían entre estos polos, incluyendo aquellos que combinan definiciones cercanas a la atención primaria integral pero que contienen referencias y ejemplos de procesos participativos restringidos.

Entre los correspondientes al primer polo (atención primaria integral) sobresale la mención a que la salud excede las acciones desarrolladas por el sector salud y remiten a una concepción de salud que, tal como indica la conocida definición de la OPS/OMS supera la mera ausencia de enfermedad. En este tipo de perspectiva, es posible identificar menciones a las condiciones de salud asociadas a las condiciones de vida y trabajo, y a distintas formas de reclamo de derechos ciudadanos que abonan la idea de los equipos de salud colaborando en las acciones decididas por la población.

Este tipo de definiciones que denominamos modélicas (es decir que recuperan la conceptualización de la atención primaria integral) respecto de la participación de la comunidad en salud, conviven con concepciones restringidas de los procesos participativos, que remiten a prácticas que pueden catalogarse de no-participativas (como la atención médica, o la asistencia a eventos que difunden información).

- Las prácticas concretas referidas por los entrevistados y los significados de la participación asociados, hacen posible identificar ciertos límites en los procesos participativos. Encontramos algunas prácticas, identificadas como participativas por los profesionales de los CAPS y los promotores de salud, pero 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).
- Si bien la APS no se restringe a la atención médico-clínica, en el conjunto de actividades de los CAPS analizados, constituye una de las principales acciones. Particularmente, en el proceso de la atención médico-clínica se desarrollan actividades que los profesionales entrevistados identifican como preventivas y de promoción de la salud (implican información y consejos provistos por los médicos a sus pacientes). Además de estas actividades y dentro del edificio de los CAPS, se desarrollan otras las formas más “clásicas” de prevención en salud (vacunación) y actividades de difusión de información durante el tiempo de espera o mediante cartelería. Respecto de los temas se destacan aquellos atinentes a la prevención de enfermedades (en particular las prevalentes). La información impresa apunta particularmente a las mujeres (especialmente las madres aunque también a las adolescentes) y a la relación de las madres y los niños. De las observaciones realizadas emerge que en ningún caso se incluye información sobre daños a la salud asociables a condiciones de trabajo, ni sobre otros temas, evidenciando una forma restrictiva de entender los procesos de salud-enfermedad (aun tomando como parámetro los últimos lineamientos de la OPS/OMS de 2007). También se desarrollan distintas actividades (sobre todo de difusión de información) “por fuera” del edificio de los CAPS, en instituciones ubicadas geográficamente en las cercanías (escuelas, comedores, asociaciones vecinales, centros comunitarios, etc.).
- Aunque el enfoque de la *atención primaria integral*, no es el que se puede identificar a nivel empírico, emerge como referencia de prácticas y sentidos

más abarcadores sobre la participación en salud que los que caracterizamos anteriormente como restringidos. En el relevamiento realizado se detectaron 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 solo 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) refieren experiencias que contrastan visiblemente con aquellas circunscriptas a la atención médica y sus variantes asociadas, que aun sin excluirlas, claramente las trascienden. En estas experiencias se constituyen equipos en los que confluyen intereses individuales, personales, valorativos y posiciones políticas e ideológicas que superan las formas de participación instrumentales al desarrollo de la práctica médica en su sentido más técnico. Aun así, también hay que reconocer que en estos casos, no se trata sólo de las apuestas de ciertos actores sino del entramado mayor de relaciones político institucionales que marcan improntas en los márgenes de acción.

- Los entrevistados identifican límites a las acciones que se pueden desplegar en el desarrollo de la atención primaria de la salud. Estos se pueden agrupar en dos tipos: uno referido a la formación de los profesionales y otro, relativo a las condiciones de vida de la población.

En relación al primero (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”). Además encontramos la mención a problemas frente a los que los médicos señalan una formación deficitaria (un ejemplo lo constituyen la violencia o las adicciones) y que abren el espacio de trabajo hacia otros profesionales para realizar acciones conjuntas.

En referencia al segundo, en los relatos de los médicos y promotores de salud se mencionan las condiciones de vida, de trabajo o las políticas públicas de promoción de bienestar incluido el saneamiento ambiental, todos ellos como

indicadores de que las acciones del sector salud a través de sus agencias y agentes, resultan restringidas.

- El análisis de la dinámica en la construcción de los procesos participativos llevó a considerar las representaciones acerca de los actores que aparecen involucrados y de los saberes que se ponen en juego, considerando que involucra en forma central al saber médico. La asociación prevención-saber científico médico permite recordar el lugar de *no-saber* en que el conocimiento médico ubica a los legos, y por tanto como sujetos que deben ser educados, tutelados e identificados y para ser conducidos a la instancia de la prestación del servicio médico. La comunidad y los individuos, son pensados como sujetos pasivos que deben ser conducidos, educados y controlados por parte del equipo técnico. La tutela y la posición paternalista y autoritaria que de allí se desprende, abarca al conjunto de acciones proyectadas y llevadas adelante junto a, o por los, promotores de salud. La percepción que se tenga respecto de la comunidad es de crucial importancia a la hora de la consolidación de espacios participativos máxime cuando se trata de instituciones en las que las relaciones de asimetría son históricas como también lo son los procesos de disciplinamiento social de los sectores subalternos.
- Si se considera a los equipos de salud como colectivos en los que se construyen relaciones de poder, es de importancia considerar la relación entre el no-saber (legos) y el saber médico, así como el perfil de la formación profesionales y los marcos ideológico-valorativos. Se ha encontrado que (si bien hay matices) la formación disciplinar de los responsables de los CAPS en relación a la APS, encuentra relación con una mayor disposición a formas de participación más amplias o con cierta cercanía al sentido integral de la APS. En el plano de los saberes y los marcos ideológico-valorativos, emergen ciertos núcleos significativos en torno a la *reducción* de los procesos participativos: 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 (sospechas relativas al cuestionamiento de las relaciones jerárquicas propias de los centros de salud); la consideración y calificación de “políticos” en un sentido despectivo y vinculado a intereses personales, de demandas o acciones en las que aparecen involucrados los promotores de salud u otros líderes o referentes barriales.

- Considerando las características del trabajo de los promotores de salud hay que destacar que es posible reconocer una situación de cierta “precariedad” si se considera particularmente la marcada inclusión de mujeres y la escasa remuneración por sus tareas. Si se consideran las percepciones subjetivas de las promotoras de salud sobre su trabajo, emerge particularmente la “vocación por la ayuda a los demás” asociable a relaciones “tradicionales” de género. Así, tareas que tradicionalmente se asignan a las mujeres aparecen como sustrato para el desempeño de sus actividades. Pero también resurge el problema de que “los cuidados de la salud” (o más específicamente frente a la enfermedad o los padecimientos) qued superan ampliamente las acciones técnico médicas. Las mujeres que se desempeñan como promotoras agregan contenidos en cierta forma compensatorios a la “impersonalidad” de la práctica médica, re-instalando una suerte de vinculación subjetiva y contenedora. Igualmente hay que destacar que las promotoras de salud construyen un conjunto de relaciones (incluidas las personales) en las que el saber técnico adquirido en las capacitaciones, su pertenencia a los CAPS, y su posición de “llegada desde adentro” a los profesionales del centro de salud, las ubican como actores clave dentro del barrio (operan como actores clave en las estrategias construidas por la población del barrio frente a los procesos de salud-enfermedad-atención). Finalmente, la trayectoria de las promotoras de salud en actividades colectivas o barriales y sus relaciones respecto de los aparatos políticos en sus instancias formales e informales, tienen un peso relevante. Surge en los relatos un diagnóstico diferencial (respecto de las que no han desarrollado actividades barriales vinculadas a los aparatos políticos) sobre el tipo de necesidades de las personas del barrio, que supera ampliamente los problemas médicos y resitúa el problema de la salud en las condiciones de vida de las personas.

CONCLUSIONES GENERALES

Resumiendo lo hasta aquí desarrollado, puede plantearse que en sociedades como la nuestra el proceso de salud-enfermedad expresa los procesos de desigualdad propios de las sociedades de clases. De este modo, las formas de vivir, morir, perder y restablecer la salud de los conjuntos sociales, se encuentran determinadas por las condiciones de vida y de trabajo, inescindibles del contexto histórico social en el que se inscriben.

Frente a estos procesos, y en términos históricos, las relaciones de clase han determinado respuestas desde las organizaciones del Estado que garantizan (en grados variables) ciertas condiciones de reproducción social. Las acciones del Estado, encaminadas al proceso de reproducción social, implican distintos tipos de intervenciones (entre las que puede ubicarse la omisión de acciones frente a ciertos problemas) en el marco de procesos de legitimación y la construcción de cambiantes y variables consensos/disensos, al compás de las contradicciones propias de los intereses de clase contrapuestos.

Las políticas sociales y, dentro de ellas, las políticas de salud han contribuido tanto al mantenimiento y reproducción social como a la construcción de legitimidad en los distintos momentos en los que es posible distinguir cambiantes correlaciones de fuerza entre las clases sociales. De esta manera, existe un correlato entre las características las políticas de salud, la organización del sistema de atención médica (y la prestación de los servicios de salud), las condiciones de vida de la población y los procesos de salud-enfermedad.

Dentro del conjunto de las políticas en salud, la atención primaria pone en evidencia contradicciones que van más allá del sistema de prestación del servicio médico, desvelando aquellas que son propias de la organización social, económica y política. Constituye un ámbito privilegiado para reflexionar sobre las respuestas frente a aquello que se define como problemas sociales, asociados en todo caso a los procesos de producción y reproducción social.

Impulsada desde la década de los '60, ha constituido una respuesta frente al impacto negativo de las condiciones de vida y de trabajo en los procesos de salud-enfermedad-atención de los conjuntos sociales. Ha suscitado adhesiones tanto desde espectros político-ideológicos progresistas como desde el conservadurismo neoliberal. Desde la década de los '80 y principalmente en los '90 ha formado parte de la propuesta del neoliberalismo para abordar la relación costo-beneficio frente al incremento constante de la orientación curativa del modelo hegemónico de la medicina

occidental, como también ha formado parte de las justificaciones de la retracción del Estado en relación a la salud pública. También ha estado presente en la primera década de 2000 en contextos en los que, como en varios países latinoamericanos, se articularon respuestas que procuraron una disminución de la desigualdad y la ampliación de derechos.

Dentro de la APS, la estrategia de la participación social ha seguido un derrotero similar, y representa un punto de relevancia para discutir el conjunto de contradicciones/tensiones que la propia atención primaria reúne en si misma.

La Atención primaria de la salud y la participación han constituido una dupla con frecuente referencia en la definición de políticas públicas, aun cuando se actualizara en contextos sociohistóricos diversos con improntas específicas, de tal manera que dentro de las políticas de atención primaria que incorporan la participación comunitaria en salud, esta no asume un sentido unívoco y refiere a prácticas diversas. Pero la participación en salud puede pensarse como un proceso social (y un problema) que excede ampliamente el campo de la salud y se inscribe en procesos sociales mayores, aunque asuma especificidades que es importante tomar en consideración. Puede pensarse, como señalaba Morgan (1993:126) que la participación comunitaria "es una metáfora para discutir la estructura de poder de una sociedad". Existen diversas formas de participación, que son construidas social e históricamente y por ende deben ser referenciadas recuperando las particularidades socio-históricas que les son constitutivas.

La necesidad de inscribir la discusión sobre la participación en salud en un marco mayor de relaciones sociales manteniendo una perspectiva histórica, permite ubicar en contexto las principales discusiones y los lineamientos de la política en salud.

Interesa destacar que en el campo de la salud, con anterioridad a la conferencia de Alma Ata (1978), la participación comunitaria formó parte de las discusiones sobre el "desarrollo" especialmente en los países latinoamericanos. Más allá de reconocer que se generaron perspectivas ideológicas diversas, se desplegaron acciones dirigidas a la población pobre, principalmente campesina, con la intención de introducir cambios en lo que se consideraban actitudes de resistencia frente al progreso económico y social (modernización). En salud, la discusión abarcó desde la necesidad de proveer servicios y programas gubernamentales, hasta la necesidad de atacar las causas de la desigualdad social para lograr mejorar la salud.

Pero más allá de este antecedente, es sin dudas la década de los 70 una década clave para el impulso a la APS especialmente en el plano internacional. Parte de ese impulso supuso una atención de la salud diseñada particularmente para los

campesinos y los pobres urbanos. Los comités de salud y la participación comunitaria de hecho funcionaron, en Latinoamérica, como instrumentos de legitimación para una atención de baja calidad. Todo ello en un contexto de un ciclo recesivo en la economía mundial y un proceso de reorganización económica con primacía en la expansión del capital financiero que abarca tanto a los países desarrollados como los dependientes. En el caso latinoamericano, el nuevo modelo de acumulación supuso el empobrecimiento y la exclusión política de los sectores populares.

Es entonces la década de los 70 la que asiste a la estructuración de una medicina simplificada asociada al abaratamiento de costos, una medicina de baja complejidad, destinada a los sectores más pobres de la población, en la que interviene personal intermedio (tanto auxiliares médicos como los enfermeros) o la propia población, ya sea en forma gratuita o recibiendo por su trabajo una escasa remuneración. Dentro de esta propuesta, los programas de salud y participación patrocinados multilateralmente pasaron sistemáticamente por alto la relación entre política y salud, de tal manera que adquirieron mayor peso las intervenciones tecnológicas (terapias de inmunización o hidratación oral) presentadas como neutras y apolíticas.

Sin embargo en esta década se produce la declaración de Alma Ata (1978) que ofreció (y ofrece aun hoy) un referente para la discusión política en el campo de la salud. No obstante, en los países latinoamericanos sumergidos en dictaduras, esta discusión política mayormente no prosperó, cercenada por los procesos autoritarios y de exclusión social. En este contexto se obturaron las posibilidades de discusión política sobre las dimensiones sociales de la salud colectiva que dejaba abierta la declaración de Alma Ata y se enfatizaron los componentes técnico-médicos.

En la Argentina, los primeros años de esta década estuvieron marcados por una alta conflictividad social, traducida en lucha política; pero a partir del golpe de 1976 comenzó un proceso cuyo objetivo fue reordenar la sociedad bajo el diagnóstico liberal-conservador de la crisis del Estado benefactor y de la democracia. Se intentó disolver las formas de organización colectivas y los canales de participación. Este proceso estuvo acompañado por la concepción liberal respecto del Estado, ubicándolo como un problema cuya resolución implicaba restringir su injerencia dando lugar al libre desenvolvimiento del mercado y un más eficiente manejo de los recursos (que fundamentalmente supuso el recorte de los gastos sociales). Durante esta década, el modelo de desarrollo de comunidades fue reemplazado por la noción de promoción social (que, además, progresivamente adquirió un carácter residual). El Estado comenzó a guiar sus acciones en el sentido de la provisión de bienes y servicios a los grupos más carenciados y, a partir del golpe militar, la participación prácticamente

quedó fuera del discurso y de la práctica. Sin embargo, en el ámbito de la salud, recibió una apreciación positiva cierta "participación civil" acotada y circunscripta a la esfera de lo microgrupal (sobre todo familiar y barrial) que viabilizaba la satisfacción de ciertas demandas y necesidades que resultaba funcional a los objetivos de control y disciplinamiento social. Se instala progresivamente un desplazamiento de las discusiones sobre la salud desde el plano de lo colectivo hacia la responsabilización microgrupal e individual de los procesos de salud-enfermedad-atención.

La década de los '80 mostró un cuadro de profundas desigualdades en la distribución del ingreso y la riqueza en los países latinoamericanos, producto de los cambios producidos en la década previa, que procuraban acabar con el "Estado de Bienestar" y recrudecieron las políticas de ajuste y las medidas para restringir el déficit público.

En Argentina con la apertura democrática de 1983, se hizo evidente la situación deficitaria en materia de satisfacción de necesidades básicas y el deterioro en la provisión de servicios. Frente a esto, el sector público estructuró programas paliativos masivos como intento de dar respuesta a los problemas sociales más acuciantes. En ellos, al menos en lo que hace al diseño, el componente participativo estaba presente aunque instrumentado "desde arriba" (programas estructurados en función de poblaciones o temáticas específicas sin que la población participara en su diseño). Se producía un redescubrimiento de la sociedad civil y la revalorización de la idea de una participación que aparecía como una forma de plantear algunos límites a la enorme concentración de poder en manos de minorías empresariales y tecnocráticas.

Por esta época comenzó a tomar impulso el debate sobre el vasto campo de la salud, un debate del que participaron diversos sectores, con distintas orientaciones ideológicas, teóricas y formaciones disciplinares. En el marco de este clima intelectual, la noción de participación en salud fue sometida a una fuerte revisión crítica. Se cuestionaron aquellas acciones que, apelando a la participación, buscaban paliar las consecuencias de la retracción de las acciones del Estado y en especial su incapacidad para brindar servicios de salud satisfactorio. Paralelamente se reivindicó la participación en salud entendida como participación efectiva o emancipadora, una instancia política que permitía discutir la problemática de salud más allá del acotado campo técnico asociado a la biomedicina.

La década de los '90, que se identifica plenamente con el neoliberalismo, supuso una nueva vuelta de tuerca sobre los procesos socioeconómicos desplegados en las décadas previas. Uno de los problemas que seguían en pie, lógicamente, era el de la pobreza y frente a ella se propone el fortalecimiento de los mercados y la retracción de la acción del Estado. Se procura que el accionar del Estado quede

reducido a paliar ciertos "efectos negativos" de la propia reestructuración hasta tanto el libre juego de las fuerzas del mercado subsane los problemas de inequidad. Asimismo se espera que el Estado asuma un conjunto de medidas para reducir los riesgos que podrían auyentar al capital: garantizar educación y salud básicas, promover los microemprendimientos familiares, focalizar recursos en los sectores de pobreza extrema, garantizar una infraestructura básica (agua potable, saneamiento), entre otros.

Los organismos internacionales instalan un discurso que recoge la idea de participación social y el involucramiento de los conjuntos sociales (particularmente de los sectores más pobres) como forma de mejorar sus condiciones de salud y de vida. Varios autores (Morgan, 1993; Grassi y colab., 1994; Repetto, 2001; Almeida, 2002; entre otros) coinciden en señalar que la política de los organismos internacionales adquiere relevancia en la medida en que ejerce una gran influencia en la política económica y social de los países dependientes. Ello es palpable si se considera que gran parte de la discusión en torno a la problemática del campo de la salud recoge los lineamientos expresados por dichos organismos. Como señala Almeida (2002) el Banco Mundial tomó la delantera en el área social, creando un fondo para aliviar las consecuencias de los programas de ajuste y elaborando prescripciones para la reformulación de las políticas sectoriales. En particular, se realizaron análisis de indicadores sanitarios de diversos países evaluados según parámetros estrictamente económicos y estableció lineamientos para un cambio en la política de salud a la cual finalmente adhirió la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En nuestro país y en el ámbito de la salud dos grandes temas, sin duda relacionados entre sí, sobresalen en la década de los '90: la discusión en torno a la reforma del sistema de salud y el reconocimiento de la importancia de la atención primaria de la salud y su componente participativo (en el marco de estrategias destinadas a los sectores sociales más desprotegidos que debían ser capaces de superar -por sí mismos- su situación). En nuestro país no se logró avanzar tanto como se pretendía: las recomendaciones de organismos internacionales abogaban por la eliminación de las obras sociales pero ello no llegó a concretarse, y los hospitales autogestionados no llegaron a prosperar, aunque sí la terciarización de servicios necesarios para su funcionamiento. En cambio, continuó consolidándose y se expandió el subsector privado. Por su parte la consolidación de un sistema en el que la atención primaria de la salud fuera un eje fundamental se redujo a unas pocas acciones aisladas y se concentró en algunos programas focalizados, nada que demostrara la importancia pregonada.

Pero también en la década de los 90, el modelo neoliberal recibe crecientes cuestionamientos y cuando comienza a ser inocultable que el mercado no garantiza el bienestar social, se apela a la necesidad de un marco regulatorio. Progresivamente se instala la certeza de la consolidación de una sociedad cada vez más desigual y con altísimos niveles de exclusión social y la necesidad de introducir cambios en el decurso de los acontecimientos. En nuestro país uno de los temas que se instala con progresiva fuerza desde 2001 es la necesidad de pensar a las políticas públicas en general, y a las políticas sociales en particular, como parte de las obligaciones estatales para el cumplimiento efectivo de los derechos humanos. Como señalan Abramovich, V. Pautassi, L. (2006) este enfoque supuso considerar parámetros mínimos de dignidad de los cuales es responsable el Estado y podía considerarse como parte de la construcción de nuevas coordenadas superadoras de las fracasadas políticas focalizadas de los ochenta y noventa.

Se comienza a discutir el derecho a la salud, enmarcado en los derechos humanos. Esto entra en sintonía con el documento sobre la renovación de la APS en las Américas (2007) que reconoce un enfoque de salud y derechos humanos, presentado como superador de los enfoques previos. En él la salud se define como un derecho humano y se apela a la necesidad de afrontar los determinantes sociales y políticos de la salud. Sin embargo, este tipo referencia normativa no debe hacer olvidar las condiciones en las que las personas tienen la posibilidad de ejercer su derecho a la salud. Como señalan Pautassi y Abramovich (2006) no es suficiente el reconocimiento de la posesión de un derecho, ni el reconocimiento discursivo del mismo, sino que deben existir las condiciones objetivas que hagan posible su pleno ejercicio. Adquiere entonces particular relevancia la consideración del contexto de relaciones sociales específicas en las que el derecho a la salud se inscribe, un contexto en el que sobresalen los procesos de desigualdad y de diferenciación social.

Esto es particularmente significativo si se considera el campo de la salud. No es infrecuente, ni novedosa en términos temporales, la idea de equilibrio entre derechos y deberes en el que suele enfatizarse sobre todo el segundo elemento. Así, especialmente en la década de los '90, se han subrayado las responsabilidades individuales más que los derechos de los sujetos y el contexto de relaciones sociales en que se inscriben. Este énfasis que ubica en la mira al individuo puede llevar a la responsabilización por su estado de salud o enfermedad. La responsabilización individual ha sido útil a proyectos políticos que dejan a los individuos librados a su suerte, conforme a la máxima de libre albedrío del liberalismo más conservador. La responsabilidad no puede ser planteada en términos abstractos o individuales, desvinculada de los procesos generales que explican las características de una

estructura social y de los procesos específicos de interacción entre los grupos sociales.

El análisis de los procesos de salud-enfermedad-atención, si son concebidos como procesos estructurales referidos a condiciones histórico-sociales concretas, lleva a considerar que las formas de intervención así como las categorías y lineamientos que actúan como basamento, remiten a procesos sociales que no pueden obviarse. Ello incluye tanto a la atención primaria como a la participación de la comunidad en salud y no es menor, entonces, reflexionar acerca de qué significa la participación en salud, y para qué y en qué contextos se recupera. En salud, es crucial comprender el marco en el cual se generan las políticas que apelan a la participación de la comunidad y los derechos y deberes (en particular las responsabilidades) individuales y colectivos.

Cuando la salud es objeto de discusión, la OPS/OMS constituye, sin lugar a dudas, una de las organizaciones internacionales con más peso y legitimidad a la hora de plantear lineamientos que son recuperados, en mayor o menor medida, a nivel de los países, sus gobiernos y las políticas sectoriales que desarrollan. Para el caso de la atención primaria de la salud, algunos documentos son especialmente significativos: la declaración de la Conferencia de APS de Alma Ata de 1978 y la carta de Ottawa (1986); la serie documental de 1990 sobre los Sistemas Locales de Salud (SILOS) y los documentos presentados entre 2007 y 2008 en los que, a raíz del 30vo aniversario de la declaración de Alma Ata que propuso la renovación de la atención primaria de la salud. Se han recuperado algunos de sus contenidos especialmente en lo referido a la concepción de salud, la atención primaria y la participación. *La declaración de la Conferencia Internacional de Atención primaria de la salud, de Alma Ata (1978)*, presenta la definición más conocida (y posteriormente debatida) sobre la salud que la entiende como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo como ausencia de enfermedad, y como un derecho humano fundamental. Se saben las dificultades para caracterizar el “completo estado de bienestar” al que se alude, pero al introducir un ámbito que excede la enfermedad permitió la consideración (al menos potencialmente) de la dimensión social y política de la salud y la enfermedad relacionada con las condiciones de vida de los conjuntos sociales. En segundo término, la mención a que la salud forma parte de los derechos humanos, introduce un tema que retoma actualidad a la luz de las discusiones más recientes, particularmente al considerar que la responsabilidad de los gobiernos en relación a la salud de sus poblaciones involucra medidas sanitarias y sociales que exceden al sector salud (aunque lo implican).

Por otra parte, una de las características de la atención primaria, tal como aparece presentada en el documento remite a la estructura organizacional del sistema de salud y la organización y articulación de las instituciones que lo conforman atendiendo a criterios de complejidad (de los problemas de salud y de las respuestas técnicas ante ellos) ubicando a la APS con la puerta de entrada al sistema. Se plantea también el componente más técnico de la atención primaria que refiere al tipo de actividades involucradas dirigidas a los principales problemas sanitarios de la comunidad a través de servicios preventivos, curativos y rehabilitadores. Incluye como mínimo ocho componentes fundamentales, algunos de los cuales exceden a los sistemas de provisión del servicio de salud.

Según el documento, la atención primaria requiere de dos tipos de actores, aquellos que son identificados como profesionales sanitarios formados social y técnicamente, y la comunidad/los individuos. Estos actores serán centrales en relación a los procesos participativos en salud, y se postula la participación comunitaria e individual en la planificación, organización, desarrollo y control de la atención primaria sanitaria. La participación en la toma de decisiones será recuperada con posterioridad, (y no solo por la OPS/OMS), haciéndose más visible en documentos y discusiones en la década de los noventa.

La *Carta de Ottawa* (1986), ubica a la promoción de la salud en el centro del debate y conlleva una forma de entender la salud y una reflexión sobre los medios para alcanzarla. Si bien recupera señalamientos previos de la OPS también introduce un énfasis particular al menos en tres puntos: que la situación de salud trasciende el sector sanitario y que supone un debate político; que el sector sanitario debe repensar su funcionamiento y características en términos de las relaciones de poder que construye; y que la comunidad/el pueblo y los individuos constituyen el sujeto fundamental en el proceso de lograr salud a nivel individual/colectivo y en la reorientación del sistema de salud.

Junto a la Declaración de Alma Ata, el documento ubica la discusión sobre la salud (y la enfermedad) en el plano político y colectivo, trascendiendo la biomedicina y sus respuestas e intervenciones técnicas que con particular fuerza en las décadas de los 60-70 asistieron a transformaciones del propio proceso de trabajo médico que reforzaron la orientación curativa y de altos costos del modelo de atención. Uno de los problemas que emergen del planteo sobre la centralidad de la comunidad/individuos es la concepción ingenua de la sociedad que no considera las relaciones de poder ni las condiciones sociales estructurales que explican la desigualdad, de tal manera que las dificultades devienen en problemas de coordinación, y por lo tanto, potencialmente de gestión.

En el documento "*Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud*" se plasma la perspectiva respecto de la atención primaria de la salud y la participación de la población que va a ser considerada como referente a lo largo de la década de los 90. En él se presenta un diagnóstico y propuestas que hacen hincapié en la transformación de los sistemas nacionales de salud. Se reconocen, además, escasos logros de la estrategia de la APS y se propone una estrategia superadora conocida como sistemas locales de salud (SILOS). En cuanto a la participación social en los sistemas locales de salud, el documento señala que 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. Se cuestiona asimismo la estructura del sistema de servicios de atención de salud (especialmente por su centralización y burocratización), la relación jerárquica entre médico y paciente, y la primacía del tratamiento médico individual por encima de campañas de promoción y prevención de la salud, todos ellos, rasgos que han sido analizados por las ciencias sociales demostrando que estas características tienen estrecha relación con procesos históricos y sociales mayores (Menéndez, 1990; Ugalde, 1985; entre otros).

El documento OPS/OMS de 2007 denominado "La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas" propone una revisión del legado de Alma Ata y busca sentar las bases de una nueva estrategia para la renovación de la APS, entendida como "Enfoque de Salud y Derechos Humanos" que pretende superar los aspectos específicos de las enfermedades y apunta a políticas de desarrollo que suponen compromisos legislativos y económicos para su concreción.

Se plantea el reconocimiento de los determinantes sociales y políticos de la salud y que las políticas de desarrollo deberían apuntar a conseguir mejoras en materia de salud trascendiendo las acciones del propio sistema de salud. En este sentido no se aparta del documento de 1978. En cambio, la salud es definida con una variación respecto de la definición original de Alma Ata al conceptualizarse 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 humano.

El planteo del derecho a la salud en tanto derecho humano (que supone que un conjunto más amplio de derechos también estén garantizados y un conjunto de condiciones materiales concretas para que esos derechos desarrollen su ejercicio pleno) instala la visible tensión que atraviesa el documento entre la mención a problemas sociales, políticos y económicos de orden general y la retórica apelación a

los esfuerzos para garantizar esos derechos bajo las condiciones histórico-sociales que refieren a los procesos sociales de desigualdad.

La propuesta de la APS entendida como “Enfoque de Salud y Derechos Humanos”, podría ubicarse en relación a lo que Abramovich y Pautassi (2006) identifican como un momento en que el direccionamiento de la política a nivel mundial que incorpora un marco de derechos. En esta nueva 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.

En cuanto a la participación el documento la encuadra básicamente como mecanismo de control (a nivel individual y social) y como medio para resguardar y garantizar el funcionamiento del sistema. Pero la participación 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 encaminadas al logro de estilos de vida saludables. Frente a este tipo de asersiones conviene considerar que los conjuntos sociales se encuentran inmersos y son constructores de relaciones de poder específicas, de tal manera que las capacidades de impulsar, resistir o imponer acciones que impacten en las condiciones de vida de la población mucho tienen que ver con fenómenos sociales de carácter estructural, que involucran tanto a la sociedad civil como al Estado, y en particular a las relaciones de fuerza y los intereses de clase. En ese entramado de relaciones sociales es necesario ubicar las acciones de los individuos y los grupos y conjuntos sociales. De no ser así, se transita el peligroso camino de la responsabilización en términos meramente individuales de los procesos salud-enfermedad-atención.

En el documento se postula la necesidad de una organización integrada del sistema de salud articulado con otros sectores, el acceso universal a los servicios y marcos normativos, procesos de gestión y recursos adecuados. El tema de las características de los servicios de salud y la apuesta por la cobertura y acceso universales a los servicios de salud re-ubica en la discusión temas debatidos y que supusieron cuestionamientos en los 90. La atención primaria aparece como la principal puerta de entrada (una idea planteada desde la declaración de Alma Ata) a un sistema de salud coordinado, y como el lugar donde se deberían resolver la mayoría de los problemas de salud. Consecuentemente se proponen prácticas de organización y gestión para mejorar la provisión de atención y recursos humanos adecuados. Pero

también se sugiere que las condiciones de salud de la población exceden el sector de salud (e involucran al menos las condiciones de trabajo y los riesgos ambientales), lo cual lleva al planteo de la necesidad de incluir a otros actores sociales y la construcción de políticas que excedan lo sectorial. Tanto el cuestionamiento al predominio de la medicina como ámbito que opera principalmente sobre la enfermedad, como la orientación predominante de los servicios de salud hacia lo curativo, constituyen puntos que no son novedosos (están presentes en la serie documental de 1990 y hay que destacar que muchas de las principales críticas han provenido de las ciencias sociales). En particular, la reorientación del sistema hacia la atención primaria colisiona con límites estructurales, como ha señalado Menéndez (1990; 2006), que remiten a las características del Modelo Médico Hegemónico.

Los contenidos presentes en estos documentos son de interés dado que remiten a discusiones centrales sobre la APS tanto a nivel de diseño e implementación de políticas públicas en salud como a nivel de los debates al interior de las ciencias sociales que acompañan el análisis de experiencias concretas.

Si consideramos el primer punto, y recuperamos los resultados de la indagación realizada en este trabajo, puede afirmarse que si bien los programas desarrollados a nivel nacional, provincial y municipal ponen en evidencia una orientación política de acciones en salud hacia el desarrollo y consolidación de la atención primaria, se encuentran matices que vale la pena resaltar.

A nivel nacional, el Plan Federal de Salud (2004-2007) encuentra coincidencias con algunos señalamientos presentes en los documentos de OPS/OMS que se han analizado. Entre ellas podrían listarse: la conformación de un sistema que articule los problemas a resolver de acuerdo a criterios de complejidad, el lugar central que se le asigna a la atención primaria de la salud, la integración de distintas áreas (salud, ambiente, desarrollo sustentable) que ubican a los problemas de salud en un marco mucho mayor al de la prestación del servicio de salud y la organización articulada del propio sistema, y la participación comunitaria en el contexto de instituciones y personas que procuren lograr el más alto nivel de salud posible entendiendo a la salud como un derecho ciudadano. Por su parte el programa de Médicos Comunitarios (2004) apunta a la conformación de equipos formados por recursos humanos capacitados que consoliden los sistemas locales de salud, y entre las tareas que se asignan se incluyen algunas de las que pueden reconocerse en las experiencias que cuentan con promotores de salud. El programa de Promoción Comunitaria en Salud (2013) por su parte, entiende a los promotores de salud como referentes barriales que si bien realizan tareas de asistencia y promoción de la salud, suman su competencia

para el diseño e implementación de políticas públicas y ámbitos de trabajo con la comunidad local como protagonista en la planificación de las políticas en salud.

A nivel provincial, se encuentran el Programa de Capacitación de Promotores Comunitarios y el Programa Salud en Movimiento. A diferencia de los programas nacionales, sobresale en los documentos provinciales un lenguaje y una aproximación en la cual se desdibuja la “organización comunitaria” y su potestad para intervenir en el diseño e implementación de las políticas públicas en salud. En su lugar, la comunidad emerge como sujeto colectivo (pasivo) que debe ser alfabetizado sanitariamente en pos de una mejora de la calidad de vida. Los promotores comunitarios por su parte, se construyen como actores que captan y dirigen a las personas hacia el sistema de salud garantizando, además, la continuidad de la prestación del servicio médico. La posición conservadora que emerge del documento se completa con la alusión “misional” de promover “la vida sana” que se asigna a los promotores de salud y la responsabilización individual de los padecimientos y problemas de salud al circunscribir la mejora en la calidad de vida de las personas a acciones individuales/personales.

A nivel municipal, entre 2008 y 2015, se propuso un abordaje integrador de la salud con políticas de inclusión a través de la participación comunitaria y se presentó la estrategia de “Formación de Promotores”. Las funciones que se asignan a los promotores de salud, trascendían el ámbito de la educación en salud a las que quedan circunscriptas en la instancia provincial 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 barrial. Sin embargo, también emergía como central la preminencia del saber médico, en el sentido de que los equipos técnicos aparecían aportando saberes y conocimientos que permitirían 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 provincial/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. La revisión de los lineamientos de la política provincial en APS no hacen mención a mecanismos participativos para que la comunidad intervenga en la gestión y la toma de decisiones en torno a las políticas en salud y tal como se desprende de la enumeración de logros

en el último tiempo, se ha reforzado el número de efectores y se ha promovido la formación de recursos humanos que facilitan el acceso a esos efectores y desarrollan actividades de educación para la salud. En este sentido, se estaría no muy lejos de lo que Morgan (1993) señalara como rasgo característico de la APS en Latinoamérica, es decir, 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.

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 procesos participativos a ella asociados, encuentran un conjunto de dificultades/problemas así como potencialidades/logros (algunos de los cuales parecieran trascender las realidades locales).

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 (etáreos u de otro tipo) que se enfocan y que agudizan las inequidades en el área de APS. Según la investigación realizada para esta tesis, 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 (adicciones, violencias, etc) 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 formación. 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 (psicólogos, trabajadores sociales, sociólogos, etc.) 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 posible 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 médicos ni siquiera delimitan como tales o como áreas en las que es posible una intervención, en pos de mejorar la calidad de vida de las personas.

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 que, recordemos, es parte de la propuesta de la OPS/OMS desde hace algunas décadas. 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.

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.

Se ha señalado que 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 toman en consideración 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. Entre los correspondientes al primer polo (atención primaria integral) sobresale la mención a que la salud excede las acciones desarrolladas por el sector salud y remiten a una concepción de salud que, tal como indica la conocida definición de la OPS/OMS supera la mera ausencia de enfermedad. En este tipo de perspectiva, es posible identificar menciones a las condiciones de salud asociadas a las condiciones de vida y trabajo, y a distintas formas de reclamo de derechos ciudadanos que abonan la idea de los equipos de salud colaborando en las acciones decididas por la población. Pero también se encuentran concepciones restringidas de los procesos participativos. Una forma visible que asume esta situación remite a la mención al trabajo conjunto de la población con el personal del centro de salud y a la mención a la participación entendida como el conjunto de actividades que realizan los promotores de salud. En estos casos los canales por los cuales la población participa pueden catalogarse de no-participativos (atención médica, asistencia a eventos que difunden información, entrar dentro de la población bajo programas y por tanto como objeto de control por parte de los promotores de salud).

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. Particularmente, en el proceso de la atención médico-clínica se desarrollan actividades que los profesionales entrevistados identifican como preventivas y de promoción de la salud. Estas actividades se contextúan en la relación médico-paciente durante la consulta e implican información provista por los médicos y una serie de consejos (morales y valorativos). Además de estas actividades y dentro del edificio de los CAPS, se desarrollan otras las formas más “clásicas” de prevención en salud (vacunación, actividades de difusión de información). También se desarrollan actividades “por fuera” del edificio de los CAPS, en instituciones diversas (escuelas, comedores, asociaciones vecinales, centros comunitarios, etc.) ubicadas geográficamente en las cercanías. Estas actividades suponen distintas modalidades de organización, donde se despliegan además disímiles recursos, y se pone en juego un conjunto también diverso de relaciones sociales. Aquí son centrales las relaciones construidas por el personal de salud con otros actores sociales.

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 señalado la importancia de considerar por un lado la formación de los profesionales médicos, pero se ha incluido asimismo la manera en que es representada la propia comunidad. Ambos temas están estrechamente relacionados con la percepción sobre los límites a las acciones que se pueden desplegar en la atención primaria de la salud. En relación al primero (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). Las áreas de especialidad marcan una primera diferenciación entre los profesionales que trabajan en los CAPS y redundaría en el tipo de trabajo que se desarrolla con la comunidad y en la ponderación de elementos o la consideración de factores más allá de lo estrictamente biológico. Además encontramos la mención a problemas que requieren la atención de los médicos pero ante los que señalan una formación deficitaria para desarrollar acciones concretas (un ejemplo lo constituyen la violencia o las adicciones), que abren el espacio de trabajo hacia otros profesionales para realizar acciones conjuntas. Si

aceptamos que la formación de los profesionales médicos se orienta particularmente hacia la explicación biológica de los problemas de salud-enfermedad, los recursos con que cuentan para pensar y operar sobre los problemas sociales que afectan la salud de la población serán, cuanto menos, limitados, abriendo un espacio potencial para el trabajo interdisciplinario o al menos junto a otros profesionales.

Lo que sí surge explícitamente es 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 claros 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. Esta forma de abordar el problema coincide con la aproximación de la OPS/OMS que tempranamente indicara que la mejora en la salud implica trascender las acciones del propio sistema de salud.

En términos generales, el proceso de reconocimiento/desconocimiento de lo social opera en forma de tensiones, que se manifiestan en las acciones concretas e implican un posicionamiento (político) que recupera con énfasis diferenciales los argumentos técnicos en pos de la neutralidad o los compromisos propugnadores de cambios. En ese proceso actúa además el hecho de que la propia población busca primordialmente la atención médica, algo que aparece identificado por los profesionales de la salud como la “demanda”, y que también aparece como argumento en la justificación de ciertos cursos de acción. En realidad, esto no obstaculiza que una parte de los problemas “sociales” se invisibilicen al caer en la órbita de la práctica médica, aun cuando se encuentren entre aquellos para los cuales la formación y recursos de los profesionales se identifican o aparecen como deficitarios (es el caso de situaciones de violencia familiar, abusos y drogadicción).

Asimismo, la prevención en particular permite vislumbrar que el proceso salud-enfermedad excede el accionar técnico-médico. Es decir que parte de las acciones que buscan evitar el desarrollo de problemas de salud se ubican cara a cara con las condiciones de vida en las que se generan los padecimientos/daños a la salud, y de esta manera potencialmente se re-sitúa la dimensión socio-política del proceso.

En el camino de tratar de entender por qué no hay participación o esta es más bien restringida, incluimos la consideración de las relaciones de poder que se construyen al interior de los equipos de salud. En particular esta dimensión de análisis reviste importancia dado que los lineamientos políticos del municipio incluían a los promotores de salud formando parte de una estrategia que reconocía la importancia de la ASP y pretendía lograr procesos participativos, aun cuando (como se ha señalado) presentaran restricciones si se toma como punto de referencia a las recomendaciones de la OPS/OMS.

Se realizó un análisis de la dinámica en la construcción de los procesos participativos considerando las representaciones acerca de los promotores de salud y de los saberes que se ponen en juego considerando que involucra en forma central al saber médico. La asociación prevención-saber científico médico permite recordar el lugar de no-saber en que el conocimiento médico ubica a los legos, y por tanto como sujetos que deben ser educados, tutelados e identificados y para ser conducidos a la instancia de la prestación del servicio médico. En los relatos en los que sobresalen las actividades de educación como centrales en las actividades de prevención y promoción de la salud, y en los que las tareas de los promotores se construyen como auxiliares médicos que identifican y conducen a los pacientes al control médico, la centralidad del saber médico es innegable. Se refuerza una concepción en la que el saber idóneo sobre la salud (y la prevención y promoción de la salud) descansa en el saber médico (como sabemos, concentrado en la enfermedad y en fenómenos biológicos).

La comunidad, los individuos, entonces son pensados como sujetos pasivos que “deben entender” o “deben conocer” lo que desde el CAPS se propone. Se impone la idea de la necesidad de conducir, educar y controlar por parte del equipo técnico a una población que carece de recursos educativos y sobre la que se construye cierta sospecha sobre sus capacidades para la toma de decisiones, la demanda de acciones relevantes o el derecho a opinar respecto del servicio que los CAPS brindan. La posición paternalista y autoritaria que de allí se desprende, tiene amplias chances de ser reproducida en el conjunto de acciones proyectadas y llevadas adelante junto a, o por los, promotores de salud. Así, algunos de los promotores manifiestan una concepción de minusvalía de la comunidad, en la que se refuerza el componente paternalista aun cuando emerja (a diferencia de lo que encontramos en los relatos de los médicos) la consideración de un conjunto de problemas asociados a las condiciones de vida de la población (la cantidad de hijos, la falta de trabajo, la falta de pareja, entre otros, surgen como justificadores de la necesidad acompañamiento y de control por parte de los promotores de salud). La percepción que se tenga respecto de

la comunidad que los entrevistados toman como referencia es de crucial importancia a la hora de la consolidación de espacios participativos cuando se trata de instituciones en las que las relaciones de asimetría son históricas como también lo son los procesos de disciplinamiento social de los sectores subalternos.

Los equipos de salud pueden considerarse como colectivos en los que se construyen relaciones de poder que es necesario considerar para analizar las políticas en el primer nivel de atención. En este sentido hay que considerar la relación entre el no-saber (legos) y el saber médico, así como el perfil de la formación profesional y los marcos ideológico-valorativos. En cuanto a los perfiles, se puede plantear la existencia de diferencia entre los CAPS a cuyo frente se encuentran médicos especializados en medicina general o medicina comunitaria, y aquellos cuya formación se orienta a otras áreas de especialización médica. Más allá de los matices, se encuentran profesionales que 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, que además se supone que se traslada a otras esferas, particularmente la del trabajo con la comunidad. 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 (basadas en sospechas que remiten al saber técnico médico o a las relaciones de poder que pudieran constituirse y que eventualmente “desafiaran” a los profesionales de los centros de salud); la consideración y calificación de “políticos” en un sentido despectivo y vinculado a intereses personales, 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.

Considerando las características del trabajo de los promotores de salud (recuperando la perspectiva de los actores involucrados), a priori hay que destacar que, no en pocas oportunidades se ha denunciado la asignación de escasos recursos a la APS, lo cual repercute en las condiciones de trabajo del conjunto del personal, y ello tiene manifestación concreta para nuestro caso, en los CAPS analizados. Es posible reconocer una situación de cierta “precariedad” en los promotores de salud (aun cuando ha habido cambios en los últimos años en la política municipal en el sentido de que contaban con contratos y un salario) si se considera particularmente la marcada inclusión de mujeres y la escasa remuneración que reciben por sus tareas.

Si se consideran las percepciones subjetivas de las promotoras de salud sobre su trabajo encontramos que este se valora en alusión a preferencias personales y particularmente la “vocación por la ayuda a los demás”. En ambas valoraciones es posible reconocer la persistencia de la relación “tradicional de género” identificable claramente en el hecho de que las tareas que tradicionalmente se asignan a las mujeres aparecen como sustrato para el desempeño de sus actividades. En las referencias de las personas entrevistadas surge el rol tradicional de la mujer como “cuidadora” (en principio de los integrantes del grupo familiar, y potencialmente extensible a otros) y las actitudes de abnegación que se espera de ellas (sensibilidad, predisposición a la escucha, acompañamiento desinteresado, etc.). En este sentido, resurge el problema de que “los cuidados de la salud” (o más específicamente frente a la enfermedad o los padecimientos) abarcan no solo aquellos que se entroncan con las acciones técnico médicas específicas (con un rasgo de despersonalización creciente en la relación profesional del médico con los “pacientes”), sino también aquellos que refieren a las necesidades de las personas en un sentido amplio (sujetos

que son algo más que el “objeto de intervención médica”). Así, el *cuidado femenino de la salud* otorga nuevos contenidos, en cierta forma compensatorios a la “impersonalidad” de la práctica médica, re-instalando una suerte de vinculación subjetiva y contenedora.

En este contexto es posible identificar acciones que no entrarían dentro de las actividades pautadas para los promotores de salud, pero en las cuales tiene importancia el hecho de formar parte del grupo de promotores de salud. En este sentido se construyen espacios de “relativa autonomía” en referencia al conjunto de acciones desarrolladas por parte de los promotores de salud, parte de los cuales podíamos englobar (en referencia a los datos empíricos recogidos) aludiendo a cierta ayuda humanitaria ante situaciones extremas. Sin embargo hay que destacar que estos espacios y actividades al entrar en la égida de lo personal se tornan subalternas al conjunto de actividades desarrolladas por las promotoras enmarcadas en la trama de relaciones de poder en los CAPS. Hay que destacar también que las promotoras de salud construyen un conjunto de relaciones (incluidas las personales) en las que el saber técnico adquirido en las capacitaciones, su pertenencia a los CAPS, y su posición de “llegada desde adentro” a los profesionales del centro de salud, las ubican como actores clave dentro del barrio, en el contexto de construcción de recursos necesarios en el proceso de reproducción social de los sectores subalternos (no se trata solo de una cualidad moral de solidaridad, sino de prácticas que operan como parte de los recursos de la población).

En algunos casos el trabajo de las promotoras de salud se asocia a cierto “compromiso” con un proyecto de orden colectivo (identificado como parte de un proyecto político en algunos casos o como proyecto de ciertas personas que impulsan acciones variadas, en otros) de tal manera que el sentido de “la ayuda” (a las personas del barrio o al propio equipo técnico), se dispersa en un arco amplio que incluye la consideración de individuos, grupos de trabajo y acciones orientadas a la “comunidad” (los vecinos del barrio). La trayectoria de las mujeres en actividades colectivas o barriales y sus relaciones respecto de los aparatos políticos en sus instancias formales e informales, tienen un peso relevante a la hora de considerar tanto el proceso de construcción de poder como las posiciones valorativas sobre las tareas de las propias promotoras de salud. Surge en los relatos un diagnóstico diferencial (respecto de las que no han desarrollado actividades barriales vinculadas a los aparatos políticos) sobre el tipo de necesidades de las personas del barrio, que supera ampliamente los problemas médicos y re-sitúa el problema de la salud en las condiciones de vida de las personas

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.

En el análisis de caso señalamos que aunque el enfoque de la *atención primaria integral*, no es el que se puede identificar a nivel empírico, emerge como referencia de prácticas y sentidos más integrales sobre la participación en salud que los que caracterizamos anteriormente como restringidos. 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. Podría considerarse que estas experiencias guardan cierta similitud con aquellas que Bertolotto y colab (2011) identifican como “desviadas o desmarcadas” en el sentido de que promueven cambios o respecto de las formas tradicionales de práctica médica en el primer nivel de atención.

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 técnico médica, 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 (técnico médica 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.

El re-descubrimiento en los últimos años de la participación de los conjuntos sociales en la APS, se ha estructurado por un lado en base a la recuperación (por imposición o decisión) de los lineamientos de organismos internacionales, pero

también en relación a situaciones particulares en los contextos nacionales. En este sentido no puede obviarse tanto la persistencia de las recomendaciones de dichos organismos en lo que a APS refiere como la consolidación de líneas de acción en el nuevo escenario socio político y económico de nuestro país al entrar en el siglo XXI. Más allá de que pueda argumentarse la existencia de una situación de mayor inclusión social en nuestro país entre 2003 y 2015 en comparación con la década de los 90, en el campo de la salud, y en particular en el primer nivel de atención, las políticas públicas han transitado por un modelo que más allá de lo explicitado, en su basamento combina formas de *ciudadanía restringida*, apela a la “autoorganización comunitaria” y realza el supuesto “empoderamiento” de los sectores más vulnerables (principalmente como recurso), modelo que se complementa con la responsabilización individual de los problemas de salud y la “*atención primaria médica y atención primaria selectiva*” que identificara Menéndez (1994).

Sin embargo, si consideramos la construcción de políticas públicas como un proceso social, el contexto de su implementación abre un espacio de “lo no previsto”, que remite a objetivos, motivaciones o demandas de distintos actores y conjuntos sociales. Esto es particularmente significativo cuando tales procesos dan lugar a prácticas que se bifurcan de las directrices que el Estado (aun el local) imprime a sus políticas y programas. Algunas o muchas de ellas tal vez no sean confrontativas, o no involucren la movilización de grandes conjuntos sociales, pero se inscriben en los recursos de los sujetos sociales al menos como experiencias de nuevos horizontes posibles.

Bibliografía Consultada

- Abadie, JP (2009) "Políticas de Estado. Participación y salud". N° 66, OPS/OMS, descargable en: http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS_ARG/pub66.pdf (ingreso: julio 2014)
- Abramovich, V. Pautassi, L. (2006) "Dilemas actuales en la resolución de la pobreza. El aporte del enfoque de derechos" Jornadas Justicia y Derechos Humanos: políticas públicas para la construcción de ciudadanía, UNESCO-Secretaría de Derechos Humanos y Universidad Nacional Tres de Febrero; Buenos Aires, 12 y 13 /12
- Abramovich, Víctor (2006) "Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo". Revista de la CEPAL N° 88.
- Actas Jornadas: III Jornadas de APS (Cap. Fed.; 8 al 15 abril 1989); IV Jornadas de APS (Cap. Fed.; 22 al 28 julio 1990); V Jornadas de APS (Cap. Fed.; 21 al 27 julio 1991).
- Acuña, C. y Tuozzo, F. (2000) "La participación de la sociedad civil en los programas del Banco Mundial y del BID. El caso de Argentina". En TUSSIE, Diana (comp), Luces y sombras de una relación. El Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Mundial y la sociedad civil. Temas Grupo Editorial y FLACSO/Argentina, Bs As.
- Acuña, C.H y Chudnovsky, M (2002) El Sistema de Salud en Argentina. Disponible en: www.bibleduc.gov.ar
- Aguilar Villanueva, L. (1992) El estudio de las políticas públicas. México. M.A. Porrúa
- Almeida, C. (2002) Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. En: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(4):905-925.
- Alonso, G.V. y Di Costa, V. (2013) Más allá del principio contributivo: cambios y continuidades en la política social argentina, 2003-2011. San Martín: UNSAM EDITA de Universidad Nacional de Gral. San Martín (Documentos de Trabajo de la Escuela de Política y Gobierno. Nueva Serie / Ricardo A. Gutiérrez) E-Book.
- Anigstein. M. S. (2008) "Participación Comunitaria en Salud: Reflexiones sobre las posibilidades de democratización del sector". En: Rev Mad. N° 19, Septiembre. Departamento de Antropología. Universidad de Chile. Disponible: http://www.revistamad.uchile.cl/19/Anigstein_05.pdf
- Anlló, G. y Centrándolo, O. (2007) Políticas sociales en Argentina: viejos problemas, nuevos desafíos. En: Bernardo Kosacoff (ed.) Crisis, recuperación y nuevos dilemas. La economía argentina 2002-2007. UN-CEPAL Bs As.
- Arbuatti, A. (2013) "ATAMDOS un hito en la historia de la Atención primaria de la salud en Argentina" Año 3 - Nro. 5 - Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social.
- Ardila Gómez, S; Pierre de Paepe, Luciani Conde, L y Stolkiner, 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 presentada en V Jornadas de Jóvenes Investigadores. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Disponible en: webiigg.sociales.uba.ar
- Ase, I. (2006) "La descentralización de Servicios de Salud en Córdoba (Argentina): entre la confianza democrática y el desencanto neoliberal". En Salud Colectiva. Vol 2 N° 2. Bs As: UNLa.

- Ase, I., y Burijovich, J. (2009) La estrategia de Atención primaria de la salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?. En: Salud Colectiva, Buenos Aires, 5(1):27-47
- Baert, P. (1998) La teoría social en el siglo XX. Edit. Alianza, Madrid.
- Bang, C. (2011) "Debates y controversias sobre al concepto de participación comunitaria en salud: una revisión histórica". Ed. Eä, Vol 2 N°3/abril.
- Báscolo, E., y Yavich, N. (2010) Gobernanza del desarrollo de la APS en Rosario, Argentina. Rev. Salud Pública. 12 (1): 89-104
- Belmartino, S, Bloch, C y Bascolo, E. (2003) Reforma de la atención médica en escenarios locales. Bs As.: Edit. Lugar.
- Belmartino, S. y Bloch, C. (1984) "Reflexiones sobre participación popular en salud en Argentina". Cuadernos Médico Sociales, N° 27.
- Belmartino, S. y Bloch, C. (1985) "Economía, sociedad y política de salud en Argentina". Cuadernos Médico Sociales, N° 31
- Belmartino, S.; Bloch, C y Quinteros, Z. (1981) El Programa de estabilización Económica y las Políticas de Salud y Bienestar Social: 1976-1980. Cuadernos Médico Sociales, N° 18
- Berlinguer, G. (1995) "Prioridades en Salud y prioridad de la salud". Cuadernos Médico Sociales, N° 70.
- 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 presentada 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.
- Bonache, J. (1999) "El estudio de casos como estrategia de construcción teórica: características, críticas y defensa". En: Cuadernos de Economía y dirección de empresa, N° 3.
- Bourieu, P. (2012) La distinción. Taurus.
- Cortazzo, I., Cuenca, A., y Nathanson, G. (1996). Política de salud en la provincia de Buenos Aires. Participación comunitaria, ¿real o ilusoria?. Revista Escenarios, Revista Institucional de la Escuela Superior de Trabajo Social, Universidad Nacional de La Plata.
- Calderón, F. (1999) "Derechos humanos, ciudadanía y desarrollo humano". Socialis. Revista Latinoamericana de política social, N°1.
- Cardarelli, G. y Rosenfeld, M. (1998) Las participaciones de la pobreza. Programas y proyectos sociales. Edit. Paidós, Bs. As. Argentina.
- 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
- Costa, D.C. y Costa, N.R. (1989) "Teoría del conocimiento y Epidemiología. Una invitación a la lectura de John Snow". Cuadernos Médico Sociales, N° 49-50. Rosario.
- Chiara, M. y Di Virgilio, MM. (2005) Gestión social y municipios. De los escritorios del Banco Mundial a los barrios del Gran Buenos Aires. Bs As: Edit. Prometeo UNGS
- Chiara, M. y Di Virgilio, MM. (2009) Gestión de la política social. Conceptos y Herramientas. Bs As:Edit. Prometeo-UNGS
- 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.
- Cordeiro, H. (1984) "Empresas Médicas: bases teóricas para el estudio de las transformaciones capitalistas de la práctica médica". *Estudios Sociológicos*, II, 2-3.
 - Cortes, R. Y Marshall, A. (1993) "Política social y regulación de la fuerza de trabajo". *Cuadernos médico sociales*, N° 65-66.
 - 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.
 - Crawford, R. (1994) "The boundaries of the self and the unhealthy other: reflections on health, culture and aids" *Social Science and Medicine*, 18,10: 1347-1365.
 - Dadani, Claudia (2012) *Estatualidades en disputa: recrear la protección social, refundar el estado. La reforma previsional en Argentina, 2004-2011*.
 - Danani, C. (1996) "Algunas precisiones sobre la política social como campo de estudio y la noción de población objeto"; en: Hintze, S. *Políticas sociales: contribuciones al debate teórico-metodológico*. Bs.As .CEA-CBC.,
 - Danani, C. (2000) "Algunas precisiones sobre la política social como campo de estudio y la noción de población objeto"; en: Hintze, S. *Políticas sociales: contribuciones al debate teórico-metodológico*.
 - Danani, C. (2009) "La gestión de la política social: un intento de aportar a su problematización". En: *Gestión de la política social. Conceptos y Herramientas*. BsAs: Edit. Prometeo-UNGS
 - De Souza Minayo, M.C. (1997) *El desafío del conocimiento: investigación cualitativa en salud*. Edit. Lugar.
 - Eguía, A. y Ortale, S. Comp. (2007) *Programas sociales y participación en la provincia de Buenos Aires*. Edit. Edulp.
 - Enria, G. M y Staffolani, C.M. (2010) *Subjetividad y empoderamiento en los Programas de Salud*. En: EA, Vol.1N°3.
 - Ezcurra, A. (1998) *Qué es el neoliberalismo?. Evolución y límites de un modelo excluyente*. Edit. Ideas.
 - 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
 - Fassler, C. "Transformación social y planificación de salud en América Latina"; *Rev. Centroamericana de Ciencias de la Salud*, N° 13, mayo-agosto 1979
 - Fassler, Clara (2007). *Desarrollo y participación política de las mujeres*. En: *Repensar la teoría del desarrollo en un contexto de globalización. Homenaje a Celso Furtado Vidal, G.; Guillén R., A. (comp)*. Disponible en: http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/edicion/vidal_guillen/22Fassler.pdf
 - 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.
 - Franco, R. (1996) "Los paradigmas de la política social en América Latina". CEPAL.
 - Frankel, A. (1988) "Hacia una definición participativa en salud: atención de los sectores populares del Conurbano Bonaerense". *Cuadernos Médico Sociales*, N° 44, Rosario, Argentina.
 - García Canclini (1995) *Ideología, Cultura y Poder*. Serie Cursos y Conferencias N° 5, Facultad de Filosofía y Letras-UBA, Buenos Aires.
 - Gargarella, R. (1999) *Las teorías de la justicia después de Rawls. Un breve manual de filosofía política*. Paidós, Bs. As.
 - Giddens, A. (1991) *Sociología*, Alianza, Madrid, cap. 10.
 - Giddens, A. (1998) *Capitalismo y la moderna teoría social*. Edit. Idea Universitaria, España.

- Golbert, Laura (2012) Posibilidades y restricciones de las políticas públicas: el caso del sistema de salud argentino". En: Carlos Fidel y Enrique Valencia Lomelí (Coordinadores) (Des)Encuentro entre reformas sociales, salud, pobreza y desigualdad en América Latina. FLACSO, Bernal, UNQ y Centro de Desarrollo Territorial de la UNQ.
- González Plessmann, A. (2008) Políticas públicas con enfoque de derechos humanos: una propuesta para su conceptualización. En: repositorio.uasb.edu.ec.
- 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
- Hintze, S. (2003) "Estado y políticas públicas: acerca de la especificidad de la gestión de políticas para la economía social y solidaria" Biblioteca Virtual TOP sobre Gestión Pública-www.top.org.ar/publicac.htm
- 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.
- Isuani, E. (1996) "Anomia social y anemia estatal. Sobre intergración social en Argentina". Rev. *Sociedad*, N° 10.
- Jelin, E. (1996) "¿Ciudadanía emergente o exclusión?. Movimientos sociales y ONG en América Latina en los años 90". *Sociedad*, N° 8. Argentina
- Katz, J., Cetrangolo, O., González García, G., Mercer, H., Vidart, G. Y Marcu, D. (1997) El sistema de salud en Argentina. Ciclo de conferencias, Fundación Omega Seguros.
- Kessler, G. (2014) Controversias sobre la desigualdad. FCE, Argentina.
- Kohan, N. (2006) Antonio Gramsci. Edit. Ocean Press
- Kroll, H. (2004) "El método cualitativo en los estudios de caso". En: M.L. Tarrés Coordinadora, Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social. Edit. Flacso, México.
- Kymlicka, W. Y Norman, W. (1997). "El retorno del ciudadano. Una revisión de la producción reciente en teoría de la ciudadanía"; *Agora* N° 7.
- Laurell, A. (1982) "La salud-enfermedad como proceso social". *Revista Latinoamericana de Salud*, N° 2.
- Laurell, A. (1986). "El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina". *Cuadernos Médico Sociales*, N°37. Rosario, Argentina.
- Lieban, C. (1992) "El campo de la antropología médica". Ficha de la cátedra del Seminario de Antropología Médica, FFyL-UBA, Buenos Aires.
- 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.
- Maxwell, J. (1996) *Qualitative research design. An interactive approach*. Edit. Sage.
- Menéndez, E. (1994) "Trabajo médico, primer nivel de atención y alcoholismo". Edit. Alianza, México.
- Menéndez, E (2009) "De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva" Edit. Lugar, Bs. As.
- Menéndez, E. (1992) *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. Edit. Alianza, 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)
- 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

- Minujin, A. (1998) "Vulnerabilidad y Exclusión en América Latina". Todos Entren, E. Bustelo y A. Minujin Editores, UNICEF/Santillana, Colección Cuadernos de Debate.
- Morgan, L. (1993) "Participación comunitaria en salud. La política de Atención Primaria en Costa Rica". Cambridge University Press.
- Morgan, L. (2001) Community participation in health: perpetual allure, persistent challenge. Health policy and planning 16(3):221-230. Oxford University Press.
- Navas, H. y Moiso, A. (1994) "Modelos conceptuales para la investigación de necesidades de salud y utilización de servicios en poblaciones localizadas". Cuadernos Médico Sociales, Nº 69, Rosario. Argentina.
- Offe, C. (1990) Contradicciones en el Estado de Bienestar. Edit. Alianza, México.
- Offe, C. (1998) "La política social y la teoría del Estado"; Contradicciones en el Estado del bienestar. Editorial Alianza (México)
- OMS (1978) Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud. ALMA-ATA, URSS. Disponible en: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS_Alma_Ata-Declaracion-1978.pdf
- OMS (1986) Carta de Ottawa. Disponible en: http://www.paho.org/saludyuniversidades/index.php?option=com_content&view=article&id=5:health-promotion-ottawa-charter&Itemid=12&lang=es
- OMS (2007) "De Alma-Ata a la Declaración del Milenio. Hacia una estrategia de salud para la equidad, basada en la Atención Primaria. Declaración de Buenos Aires. Reunión de OPS/OMS; Buenos Aires-Argentina, Agosto 13-17. Disponible en: <http://www.paho.org/>
- OPS/OMS (1990) Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. La participación social.
- 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
- OPS/OMS (1993) Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. La participación social en el desarrollo de la salud.
- OPS/OMS (2003) Renovación de la APS en las Américas: documento de posición de la OPS/OMS.
- OPS/OMS (2007) La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf (ingreso: julio 2014)
- OPS/OMS (2008) "Informe sobre la salud en el mundo. La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca". Disponible en: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primaria_Salud_Americas (ingreso: julio 2014)
- 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. (2010) "Políticas participativas en salud: ideales y realidades. El caso de los promotores de salud en el Municipio de La Plata". VI Jornadas de Sociología de la UNLP. La Plata, 9 y 10 de diciembre. ISBN 978-950-34-0693-9
- Pagnamento, L. (2012) "El trabajo de las Promotoras de salud municipales y la participación social. Análisis de caso". VII Jornadas de Sociología de la UNLP. La Plata 5 al 7 de diciembre. ISSN 2250-8465.

- 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.
- Pautasi, L.C. (2008) La articulación entre políticas públicas y derechos, vínculos difusos. En: Políticas públicas para un Estado social de derechos. El paradigma de los derechos universales. LOM Ediciones, Fundación Henry Dunant América Latina. Santiago de Chile
- Paz, P. (1985) "Proceso de acumulación y política económica". En Jozami, E. y otros; Crisis de la dictadura Argentina, Siglo XXI.
- Pinto, J. (1998) "Democracia y legitimidad. Reflexiones sobre su interacción sistémica". En: Villanueva, Peón y Pinto, La política como respuesta al desencantamiento del mundo. Eudeba.
- Pinto, J. (1998) "Democracia y legitimidad. Reflexiones sobre su interacción sistémica". En: Villanueva, L, Peón, C., y Pinto, J. La política como respuesta al desencantamiento del mundo. El aporte de Max Weber al debate democrático". Edit. Eudeba.
- Pizza, G. (2005) "Antonio Gramsci y la antropología médica contemporánea, "capacidad de actuar" (agency), Hegemonía y transformaciones de la persona" Rev. De Antropología social; 14 (15-32).
- Plan Quinquenal de Salud 1995-2000 de la Provincia de Buenos Aires. Versión Preliminar (1995), Ministerio de Salud, Pcia. de Buenos Aires.
- Portantiero, JC. (1981) "Notas sobre crisis y producción de acción hegemónica". Los usos de Gramsci. Folios, México.
- Rabotnikof, N. (1999) "La caracterización de la sociedad civil en la perspectiva del Banco Mundial y el BID", Documento de Trabajo N°3, de la Serie de documentos e informes de investigación y proyectos: Strengthening the role of civil society in local and global governance: the looming reform agenda of the multilateral development banks. Flacso, sede Argentina.
- Repeto, F. (2001) Gestión Pública y desarrollo social en los noventa. Las trayectorias de Argentina y Chile. Prometeo, Bs. As.
- Repetto, F. (2009) "La historia reciente de la política social argentina: ¿es posible la redistribución?". En: Serv. Soc. Rev., Londrina, V. 12, N.1.
- Revista Equidad N° 1 (2010) Publicación de la Dirección de Medicina Comunitaria del Municipio de La Plata. Abril.
- Rivera, M. (2000) Tejiendo futuro. Los caminos posibles del desarrollo social, Cap. 5: "La participación: motor del desarrollo humano sostenible". San Juan. Ediciones Puerto.
- Rosenfeld, M. (2005) Dilemas de la participación social: el encuentro entre las políticas públicas y la sociedad civil. Cuadernos de Observatorio social. En: www.observatoriosocial.com.ar/images/pdf_cuadernillos/cuader7.pdf
- Salama, P. y Valier, J. (1996) Neoliberalismo, pobreza y desigualdad en el Tercer Mundo. CIEP. Mino Dávila Edit. Bs. As.
- 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.
- Tobar, F. (2000) Financiamiento de la salud en Argentina. En: http://www.federicotobar.com.ar/nf_pdf1/Financiamiento.pdf
- Tobar, F y Falbo, R. (2006) "¿Cuánto se gasta en Atención primaria de la salud en Argentina? Rev Medicina y Sociedad. Año 26, N°4.
- Torrado, S. (1994) Estructura social de la Argentina. 1945-1983. Ediciones La Flor, Bs. As.

- 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.
- Valles, M. (2000) Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Edit. Síntesis, Madrid.
- Vellinga, M. (1997) El cambio del papel del Estado en América Latina. Siglo XXI editores.
- Villareal, J. (1985) "Los hilos sociales del poder", en Jozami, E. y otros; Crisis de la dictadura Argentina, Siglo XXI.
- Wolhein, LE.; Jacquier NM.; Centeno, J. (2011) "Representación del sistema municipal de salud y el derecho a la salud en San Javier, Misiones, Argentina". Diprosul, Brasil.