

La Atención Primaria de la Salud (APS) y la participación: tensiones entre las políticas diseñadas y las acciones concretas. Análisis de caso.

Licia V. Pagnamento.

Cita:

Licia V. Pagnamento (2007). *La Atención Primaria de la Salud (APS) y la participación: tensiones entre las políticas diseñadas y las acciones concretas. Análisis de caso. VII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-106/88>

La Atención Primaria de la Salud (APS) y la participación: tensiones entre las políticas diseñadas y las acciones concretas. Análisis de caso

Licia V. Pagnamento

Depto. de Sociología y CIMECS. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, UNLP.

E mail: pagnamento@yahoo.com.ar

En la actualidad, la Atención Primaria de la Salud (APS) constituye un punto destacado en el diseño e implementación de políticas en salud. Si bien la reunión de Alma Ata en 1978 dio como resultado las definiciones y orientaciones más conocidas en el tema, cuenta con una relativamente larga historia (cuyos primeros pasos podrían ubicarse hacia la década de los '60) en la que ha sido recuperada de diversas maneras y en distintos contextos.

En Alma Ata se plasmaron los ejes centrales de la APS. Se acordó que la atención primaria de salud constituía la principal estrategia para alcanzar la "salud para todos en el año 2000", y determinaba 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. 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.

Aún cuando para inicios de la década de los '90, la OPS/OMS reconocía lo "extremadamente difícil" de alcanzar el objetivo de la *salud para todos en el año 2000*, la estrategia en sí seguiría en pie. Por entonces publicó un documento en el que se pretendía aportar un marco conceptual y definiciones claras que permitieran establecer los lineamientos más adecuados para fortalecer las acciones en APS, incorporando la participación de la población en el marco de la redefinición de los sistemas de salud.

Este organismo indica¹ que la APS consiste en 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. Se destaca asimismo que: a) Requiere la participación de la comunidad. b) Su costo debe poder ser soportado por el conjunto de la sociedad. c) Requiere un espíritu de autoconfianza y autodeterminación. d) Debe formar parte tanto del sistema nacional de salud como del desarrollo económico y social global de la comunidad. e) 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. f) Implica además del sector sanitario, a todos los componentes y campos de actividad corresponsables del desarrollo nacional y comunitario. g) Se basa en todo el personal de salud así como las personas que practican la medicina tradicional para trabajar como un equipo de salud. h) Se dirige a los principales problemas de salud de la comunidad y provee servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

En lo que respecta a la participación, se recupera la definición de salud y enfermedad entendida como el estado completo de bienestar físico, mental y social, y la idea de una gradación entre salud y enfermedad caracterizada por un equilibrio inestable. Se trata de una conceptualización que descansa sobre un enfoque teórico funcionalista y que

sostiene la idea de multicausalidad para explicar la enfermedad. Al respecto cabe señalar que sobre la definición de la OMS es ampliamente conocida la crítica respecto de la dificultad de determinar el estado de completo bienestar; por su parte la idea de multicausalidad reduce la compleja realidad social a una serie de factores entre los que se dificulta la distinción en cuanto a su jerarquía. En la perspectiva de la OPS/OMS subyace la idea de sociedad como unidad funcional o totalidad, en la que el conjunto de instituciones y relaciones políticas, económicas y culturales son contenidas por un conjunto de valores y normas que dan lugar a una "forma de vida específica". Por lo tanto, la unidad y la diferenciación funcional que reproduce la estructura social sobresalen como las principales características de esta concepción de la sociedad². Esta perspectiva reaparece en la propuesta de definición de participación comunitaria y social que prioriza la cohesión, homogeneidad y orden social con lo cual resulta parcial o inadecuada para abordar los procesos de conflicto, las disputas, las relaciones de fuerza y las tensiones que constituyen parte integral de la realidad social.

Por otra parte, la OPS/OMS reconoce dispares resultados en el logro de la estrategia de la APS y en la promoción de la participación comunitaria en salud y explica esta disparidad en parte por las características del sistema de servicios de salud, y por la carencia de una definición clara de participación.

Respecto del primer punto puede señalarse que las características del sistema de servicios de salud indicados en el documento (centralización y burocratización, relación jerárquica entre médico y paciente, y primacía de la atención individual) deben ser considerados bajo una perspectiva histórica dado que se trata de características centrales de la actividad médica y de la provisión de servicios tanto en la esfera pública como privada. Estas características son resultado de un complejo proceso histórico que Menéndez (1990) ha analizado apelando al concepto de Modelo Médico Hegemónico, y que excede el ámbito de la medicina.

Respecto del segundo punto, los sentidos que asume la participación y que se mencionan en el documento (suministro de dinero, trabajo o servicios voluntarios; ampliación de la cobertura y reducción del costo de los servicios; y utilización de los servicios de salud) ameritan una contextualización. Se trata de sentidos construidos en experiencias socio históricas concretas, de tal manera que su contenido ha ido variando. Sin pretender ahondar en estos distintos sentidos, puede señalarse que en la década de los '90 la retracción del accionar del Estado, su "modernización" y la necesidad de fortalecer la sociedad civil, llevó a recuperar nuevamente la idea de participación, esta vez con una notable vinculación con la idea de ciudadanía. Es por ello que, en términos generales, por un lado puede ser vinculada a procesos de democratización crecientes lo cual supone cuestionar y redefinir la estructura de poder dominante. Pero, por otra parte, y considerando que su recuperación se da en contextos de creciente desigualdad, puede tratarse de una participación *simbólica*³ que se transforme en un medio para que la población (especialmente los más pobres) asuman los costos de la provisión de servicios de salud, e incluso sean considerados como responsables de su salud y sus propios padecimientos concebidos en forma individual y descontextuados de los determinantes sociales que explican su emergencia.

Es por ello que se torna necesario por un lado adoptar una perspectiva que rastree en términos históricos las distintas características y contenidos que ha asumido la participación en salud. Por otro, y bajo la misma clave histórica, considerarlas a la luz de las características de las políticas en salud y su vinculación con los procesos de producción y reproducción social.

En lo que respecta al primer punto, la más reciente historia de la APS y la participación en salud puede ser ubicada hacia la década del '60, aunque ya desde la década previa se alzaban voces cuestionando la orientación reparativo-curativa de la medicina científica y los sistemas de salud orientados según sus directrices. La redefinición frente a los límites

del modelo surgió de la mano de la incorporación de la prevención y promoción de la salud que desde entonces se articula en forma contradictoria con la orientación dominante de las políticas y el sistema de salud y de la medicina científica⁴. Desde la década de los 70, el argumento que debatía las directrices del modelo médico se unió al construido desde una perspectiva económica neoliberal que cuestionaba la ecuación costo-beneficio. Se consolida entonces 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 o la propia población, ya sea en forma gratuita o con una escasa remuneración (Fassler, 1979). En la década de los 90 el debate se reactualiza, apelando a la articulación comunidad/Sector Salud para actuar en situaciones de pobreza y crisis en la forma más eficaz y barata posible. Participación de la población y una adecuada relación costo-beneficios seguirían siendo una de las claves fundamentales.

Como señala Menéndez (1990) inicialmente se suponía que bajo esta modalidad, los profesionales (médicos y enfermeras) constituían figuras secundarias en el sentido de que su accionar se reducía sólo a un rol técnico de referencia. En este sentido, parte del éxito de los programas de atención primaria se basó en el trabajo comunitario y la supervisión médica constantes, así como en una tecnología sanitaria simple que pudiera ser comprendida y utilizada por la comunidad. Sin embargo, muchas experiencias han construido la APS como una acción técnica llevada a cabo por profesionales de la salud, a la que se dedican escasos recursos y orientada a los sectores más pobres que "participan" en tanto beneficiarios de planes y programas o como usuarios de los servicios provistos por el primer nivel de atención de los sistemas de salud. La APS asume la función de "puerta de entrada" al sistema de salud y su eficacia sólo radicaría en que garantizaría un acceso a los restantes niveles de complejidad habiendo sido agotadas las instancias preventivas, de bajo costo, asociadas a estados de enfermedad o dolencias evitables. Se torna fundamental entonces garantizar el acceso, fundamentalmente a los sistemas de salud, y la implementación de planes y programas, en el caso de nuestro país organizados por las áreas de salud a nivel nacional, provincial y municipales que cubren, aunque en forma parcial, los componentes fundamentales de la APS definidos por la OPS/OMS⁵. De esta manera se refuerza una concepción de prevención y de participación definida exclusivamente en términos del paradigma biomédico, que como señala Menéndez (1990) excluye otras alternativas de tipo preventivista (ya sean surgidas de la propia comunidad como resignificación o rearticulación de saberes propios de la medicina tradicional y la científica o sólo de la tradicional). Es así que generalmente se identifica la prevención con situaciones en las que el perfil epidemiológico está dominado por padecimientos infecciosos y parasitarios⁶.

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 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 aún hoy) algunos de los contenidos centrales de la *atención primaria integral*. Esto se manifiesta particularmente en las declaraciones y documentos de la OPS, que en la década de los 80 ubica a los sistemas locales de salud (SILOS) como eje de la atención primaria (Menéndez, 1994).

Por otra parte, se mencionó mas arriba que la discusión sobre la participación en salud debería integrarse en un problema más amplio, que por ejemplo contemple, como señalan Belmartino y Bloch (1984:17) "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".

Hay que destacar que la organización del sistema público de atención y del conjunto de acciones que emprende el Estado en materia de salud colectiva, garantizaron desde sus orígenes tanto la reproducción como la productividad de la mano de obra contribuyendo al sostenimiento del conjunto de la estructura social. Sus características se construyen en el marco de la relación de fuerzas entre los principales actores sociales de tal forma que emergen consensos y disensos que deben ser analizados a la luz de la problemática de la reproducción social y la construcción de legitimidad. Si se concibe al Estado como una correlación de fuerzas, sus funciones deben ser analizadas considerando las características específicas de cada momento histórico, en particular aludiendo a las características de los modelos de acumulación y los mecanismos que contribuyen a dar legitimidad a un determinado orden social recorrido por tensiones.

Teniendo como referencia estas cuestiones, uno de los elementos analíticos que debieran considerarse, consiste en contextualizar las directrices de las políticas en el área de salud y para ello resulta útil la alusión al ya clásico análisis de Belmartino y Bloch (1985) sobre los distintos modelos de políticas de salud construidos en distintos momentos históricos en nuestro país. El más reciente, cuyos rasgos sobresalientes comienzan a delinearse aproximadamente hacia la década de los 70, se caracteriza en términos muy generales, por el desfinanciamiento del sector estatal, la expansión del subsector privado, y los intentos de reforma generados en el contexto de las "recomendaciones" de los organismos internacionales. El Hospital Público de Autogestión y la recuperación, al menos en el discurso, de la APS forman parte de las "novedades" de la década de los 90. A ello se suma el duro cuestionamiento a la fragmentación del sector salud, aunque pocas veces se ha tomado en consideración que más allá de las cuestiones organizativas y de gestión se trata de una característica histórica que refleja relaciones de fuerza particulares, y que por tanto su transformación no obedece a meras cuestiones técnicas.

A partir de este período sobresale la asociación de la APS a las políticas focalizadas llevadas adelante en el marco de sociedades caracterizadas por procesos de creciente desigualdad y exclusión aunque asimismo se remarca su papel en el fortalecimiento de la sociedad civil y el desarrollo de prácticas democráticas. Sin embargo esta última aproximación o contenido debe ser matizado: más allá de sus potencialidades es necesario ubicar en primer plano la realidad de la pobreza como marco de la discusión, y aún debemos preguntarnos por el problema de la responsabilización individual que en este contexto refuerza 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. En salud, la participación junto a una real redistribución del poder y discusión sobre las condiciones de vida y de salud/enfermedad seguramente permitirían generar un proceso de democratización creciente. Pero también puede significar (como de hecho ha sucedido) el traslado de los problemas asociados a un modelo socio-económico excluyente y sus consecuencias sociales a ámbitos de administración locales, con una participación "pasiva" de la población que refuerza el *status quo* y el control social⁷.

Es por los argumentos brevemente expuestos que dan cuenta de una situación problemática, y aún cuando existan seguramente experiencias disímiles en nuestro país, el análisis de casos podría echar luz y dar lugar a una discusión más amplia sobre las características e implicancias de la APS y la participación comunitaria. No se trata de un problema nuevo, pero sí de un problema que (particularmente en la década de los 90) no ha estado exento de un relativo "olvido" de las experiencias que se sucedieron en las últimas décadas. Es por ello que una perspectiva histórica y el análisis de experiencias concretas adquiere relevancia a la hora de construir argumentaciones en torno a las acciones en materia de salud colectiva.

Análisis de caso

La propuesta de este trabajo se basa en la presentación del análisis del caso de un municipio de la Provincia de Buenos Aires: la ciudad de La Plata. Dos grandes ejes fueron utilizados para organizar el análisis. Por un lado la consideración de las características más relevantes de las políticas en salud en relación a la APS y la participación (entendidos como parte integral de un problema mayor que fue someramente delineado al inicio de este trabajo), y por otro, el contenido que los actores involucrados en el diseño e implementación de dichas políticas dan a la participación de la población. Ambos ejes intentan construir un argumento que sea contrastable con la postura de la OPS/OMS en su análisis de situación respecto al tema, que ha actuado como articulador en la discusiones del último tiempo.

Una de las primeras cuestiones a considerar es que algunos de los componentes indicados por la OPS/OMS en relación a la APS estarían cubiertos por programas nacionales, provinciales y/o municipales⁸. Estas actividades pueden entenderse en el sentido de provisión de *asistencia sanitaria esencial*, es decir constituyen solo una *parte* de lo que la OPS/OMS considera como atención primaria de la salud. Por otra parte, en algunos documentos de la Provincia de Buenos Aires referidos a salud, tales como el Plan Quinquenal (1995) y el Pacto Social (2002), se apela a la APS, la promoción y prevención y la participación, en parte como lo que podría interpretarse como recurso que permite generar cierta legitimidad frente a formas de intervención caracterizadas por la focalización y diagramadas desde los gabinetes ministeriales. Se trata de documentos que establecen las directrices generales de las políticas en salud; sin embargo, los programas en salud implementados (si bien en algunos casos mencionan la participación) a lo sumo consideran a la comunidad o a la población como receptora o beneficiaria más que como sujeto activo en la construcción de una estrategia en sí. En general se mencionan estrategias preventivas que involucran a la comunidad, mayormente a través

de controles clínicos periódicos, actividades de educación, talleres y difusión de información, es decir instancias que promueven espacios de educación y modificación de hábitos o conductas consideradas médicamente nocivas.

Puede señalarse entonces que, los componentes fundamentales de la APS⁹ reciben cobertura a través de diversos programas y de las acciones llevadas adelante por los centros de salud, que se supone forman parte significativa de la estrategia en APS en el marco de las directrices de la política en salud a nivel municipal.

Si, para el caso que nos ocupa, se contemplan los componentes fundamentales de la APS, al menos dos de ellos reciben un énfasis o tratamiento menor o subalterno (los que refieren a la alimentación y el saneamiento). En el Municipio de La Plata, son notorios los problemas asociados a la situación de pobreza, las deficiencias en torno al saneamiento básico y los límites en los programas focalizados de provisión de alimentación y nutrición apropiadas, que dejan fuera de cobertura a sectores vulnerables no contemplados en su población objetivo. Ambas cuestiones remiten a la situación de pobreza (una característica distintiva de nuestra sociedad que abarca a amplios sectores de la población) y a las respuestas acotadas por parte del Estado, que indican cuestiones estructurales que repercuten en las situaciones de salud-enfermedad.

Por otra parte, si bien desde el retorno de la democracia, en el municipio se plantea un cambio en los lineamientos de acción y en las ideas fuerza que recorrían las principales actividades en materia de salud en donde la APS surge como estrategia fundamental, en los hechos se desarrollan acciones acotadas asociadas a los efectores de salud del primer nivel. En parte, las actividades preventivas (con excepciones tales como la inmunización y las campañas informativas en situaciones de brotes epidémicos) y de educación para la salud, se organizan en forma esporádica y asistemática.

Hacia la primera mitad de la década de los 80 se crea la Dirección de Salud y Medicina Social que suplanta la anterior Dirección de Sanidad Municipal. No se trató de un mero cambio de nombre sino que pretendió asumir un cambio en los lineamientos de acción y en las ideas fuerza que recorrían las principales acciones municipales en materia de salud. Se reivindicó la importancia de la atención primaria de la salud y se estableció la responsabilidad a nivel municipal para su implementación. Asimismo se intentó constituir un sistema integrado en el que se articularan las actividades de los distintos niveles de complejidad a través de un sistema de referencia y contrareferencia que en los hechos atravesó múltiples dificultades que persisten hasta la fecha. Se avanzó en una nueva regionalización y zonificación de las actividades asistenciales que vinculaban, al menos en lo formal, a los distintos efectores del sistema.

Además de definirse el área programática de los centros de salud, se duplicó su número (de 18 a 36 establecimientos), incluyendo tres centros provinciales que fueron municipalizados. Se cambió el nombre de "Unidad Sanitaria" por "Centro de Salud" reafirmando la vocación de apertura hacia la comunidad en el sentido de que ya no se encargarían meramente de la atención de la demanda tal como originalmente habían sido concebidos, sino que se desarrollarían además actividades preventivas y de educación para la salud.

Al equipo de salud se incorporaron médicos generalistas con el objetivo de que operaran como médicos de referencia del conjunto del grupo familiar y a lo largo de la vida de sus integrantes. Estos médicos tuvieron un régimen de trabajo particular dado que sumaban 44 hs. de trabajo semanal con un sueldo superior al del resto de los profesionales de los centros de salud. El esquema mínimo de funcionamiento de los centros propuesto contenía a tres médicos generalistas, un pediatra, enfermeros y un odontólogo. A ellos se sumaban otros profesionales (psicólogos y asistentes sociales) aunque en los hechos su incorporación fue errática: no se mantuvo una política de incorporación a largo plazo ni en todos los centros de salud.

Las actividades preventivas y de educación para la salud inicialmente se desarrollaban en las escuelas. Toda vez que se desarrollaban actividades de este tipo un grupo mínimo de médicos (un pediatra y un médico generalista) se abocaban a la atención en el centro de salud. Este trabajo, designado habitualmente como "en terreno", incluía charlas y actividades de relevamiento (encuestas realizadas a través de las escuelas) para conocer la realidad de la comunidad.

Respecto de la participación, si bien las actividades con la comunidad contaban con un marco legal (una ordenanza municipal que fue finalmente derogada en 1991) que las avalaba, en los hechos los resultados fueron fragmentarios. En muy escasos casos se generaron actividades comunitarias sobre todo en las zonas alejadas y con carácter rural (en las que se involucraron asistentes o trabajadoras sociales en la organización de granjas comunitarias o provisión de agua potable, y al menos en un caso, representantes comunitarios participaron por un tiempo en la toma de decisiones referidas a la administración del centro de salud barrial). Pero sobre todo, y al menos por un tiempo, se realizaron actividades de difusión de información sobre salud en establecimientos educativos.

"...se intentó producir hacia la comunidad un criterio distinto al que se tenía en ese momento, en ese momento como ocurrió en muchos lugares del mundo y sobre todo en Argentina, el centro de salud o unidad sanitaria estaba esperando que llegara la clientela, entonces a partir de ese momento y de determinado cuál era el criterio de la atención de la salud que era un criterio de prevención y educación para la salud y de resolver el tema de la enfermedad como un elemento complementario, porque lo más importante era la educación de la salud, porque eso implicaba abarcar el 100% del universo que tenía destinado cada centro, mientras que la enfermedad era estar esperando a que alguien se enfermara en esa comunidad y en ese momento brindarle un servicio." (Entr. Nº 20 Ex Funcionario Salud Social de la Municipalidad de La Plata)

El documento base que expresa los principales lineamientos en materia de acciones a nivel primario, indica, entre otras cosas: a) la importancia de la interrelación de los distintos niveles de complejidad del sistema de salud municipal en el que el primer nivel constituye la puerta de entrada al sistema y el punto de contacto con la comunidad; b) que debe asegurar la cobertura total, geográfica y demográficamente, con prioridad en poblaciones en riesgo y marginadas; c) representa la expresión de dos grandes líneas de actividades: sobre las personas y sobre el medio; en este sentido, las actividades de atención médica y saneamiento ambiental deben estar integradas a través de la comunidad por ejemplo al promover acciones de saneamiento básico de la vivienda y el medio ambiente inmediato; d) incluye actividades de prevención, protección, recuperación y rehabilitación, con énfasis en las dos primeras. En estas actividades se destaca el objetivo de reducir la morbilidad materno infantil y asegurar un niño sano; e) *se debe incorporar el concepto de participación de la comunidad a fin de lograr aceptabilidad y continuidad en las prestaciones, asumir una visión global del individuo en su ámbito familiar, comunitario y social y fomentar la participación activa en el cuidado de la salud individual y colectiva*; f) en materia de recursos humanos, es central el médico generalista con horario prolongado y dedicación exclusiva, la conformación de equipos interdisciplinarios y ofrecer el mejor nivel de recursos humanos disponibles (avezados en el moderno conocimiento científico y la mejor técnica de aplicación); g) debe aportar información básica demográfica y epidemiológica para la planificación, programación y evaluación de los servicios y acciones de salud.

Si bien el documento referido recupera la definición de la OPS/OMS de atención primaria de la salud presente en la Declaración de Alma Ata, es destacable el sentido en el que se utiliza el concepto de participación restringido al funcionamiento del propio sistema (asegurar prestaciones) y en particular al autocuidado. Ello sustenta la difusión de

información sobre el cuidado de la salud a través de la educación que se desarrollaba por medio de la vinculación entre los centros de salud y las instituciones escolares.

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

Respecto del impulso a la participación de la comunidad, se generaron algunas experiencias de tipo preventivo articuladas con programas sociales y de salud. Es el caso de actividades orientadas a madres e hijos beneficiarios del Plan Vida en las que las *manzanas* realizaban tareas conjuntas con algunos Centros de Salud (se encargaban de controlar que las madres cumplieran con el esquema de vacunación y los controles de salud del niño). También es el caso del Programa PRODIABA¹⁰ que en contados centros de salud encontró un impulso importante de la mano de los profesionales que decidían implementarlo. Recientemente el Municipio planteó la incorporación, previa capacitación, de *promotores de salud* que aportarían un vínculo con la comunidad que optimice la entrada al sistema de salud. Pero nuevamente el énfasis pareciera colocado en la provisión de servicios médicos y algunas actividades preventivas y de promoción de la salud (incluida la capacitación en instituciones escolares sobre problemáticas definidas como prioritarias como violencia y embarazo adolescente) y controles de salud. Un hecho destacable es que en el caso de un centro de salud se mencionaron actividades en las que miembros de la comunidad participaban en reuniones semanales de discusión sobre problemas vinculados a la salud, la atención de la salud/enfermedad y las condiciones de vida. También se hizo referencia a actividades de promoción de la salud desarrolladas por un grupo de mujeres que se identificaban a sí mismas como "promotoras". Se trata de un grupo de mujeres autoorganizadas previamente a la apertura del centro de salud y con anterioridad al lanzamiento reciente de la figura de los *promotores de salud*. Sin embargo es un caso particular no sólo por las características que asume la participación (en relación a la organización de actividades) sino porque el centro de salud es relativamente nuevo y su apertura se ha producido luego de una dilatada puja entre los habitantes del barrio y el municipio (aunque no ha sido dotado de todos los recursos humanos y materiales necesarios ni es identificado en la información pública oficial como parte del sistema municipal). Además, su particularidad reside en que existían asociaciones y organizaciones civiles y/o políticas previas a la apertura del centro de salud, una de las cuales se dedica directamente a cuestiones relativas a la salud desde el año 1999, y porque el personal asignado al centro de salud manifiesta un compromiso con cierta forma de trabajo que no es la más habitual en comparación con el resto de los centros de salud a los que se tuvo acceso.

"(Sobre las promotoras de salud) son diez mujeres del barrio que se capacitaron primero (...) quedaron sin trabajo las promotoras y algunas siguieron viniendo al centro de salud, ad honorem, para seguir trabajando en el barrio, y cuando pasa esto presenté un proyecto en el municipio para incorporarlas con el Plan Jefes y Jefas para trabajar en salud (...) Siguen su capacitación una vez por semana, hacen el relevamiento con nosotros, el

relevamiento es ir casa por casa, llevamos una entrevista (...)Es un censo poblacional para saber cuanta gente tenemos, cómo es la composición de cada familia, tenemos hecho un mapeo de todo el barrio con cada una de las manzanas y cada una de las manzanas están los nombres de cada familia y ya sabemos quienes viven, quienes están, la composición familiar, los problemas de salud prevalentes; y los miércoles a la tarde nos reunimos con la comunidad para tratar diferentes problemas de salud y ver como lo solucionamos." (Entr. N° 14, Médica Generalista, Jefa Centro de Salud)

En términos generales podría plantearse que la política municipal en relación a la APS y la participación comunitaria en los últimos años, ha sido heterogénea y discontinua de tal forma que como característica dominante sobresale una suerte de fragmentación en las actividades que concretamente se desarrollan en los centros de salud.

"En general, digamos no había uniformidad en el funcionamiento de cada uno de los centros o sea hay centros que tienen una visión preventiva mucho mayor, digamos más vinculada a esto de tratar de generar estrategias más acordes con el modelo de atención primaria, y otros que siguen respetando todavía este modelo de lo hospitalario, digamos, de la atención. Pero bueno, en general las tareas, dentro de las tareas específicas, bueno, todo lo que sea inmunización, prevención, se hace en los centros de salud, ese tipo de tareas se hacen muy vinculadas a las escuelas, sobre todo las escuelas de la zona, ha habido trabajos concretos ya te digo, en algunos centros de salud de promoción de algunas cuestiones vinculadas a prácticas, digamos, saludables, trabajos en la comunidad a través de grupos o centros de fomento o de uniones vecinales, donde por ahí había un vínculo, bueno, se trabajó, se intentó trabajar, no se resolvió finalmente por cuestiones de urgencia, en un modelo preventivo..." (Entr. N° 21 Ex funcionario del área de Salud del municipio).

Sin embargo esta fragmentación también ha constituido el contexto en el que se han desarrollado experiencias autoorganizadas que funcionaron en los intersticios de un sistema que si bien no promueve o alienta sistemáticamente tampoco obstaculiza seriamente esas acciones. Es de esperar que el diseño de una política de salud a nivel municipal que como se declara actualmente, tomó como eje la participación de la comunidad en salud, considere las experiencias previas y apunte no sólo a la formación de promotores de salud, sino a la consolidación de equipos interdisciplinarios en salud en los cuales sea posible discutir y construir formas participativas de acción tanto al interior del propio equipo como en relación con la comunidad.

Esto se torna central si consideramos que entre los agentes de salud domina la conceptualización de la participación comunitaria asociada a la *atención primaria médica y selectiva* (parafraseando a Menéndez; 1994) si bien pueden identificarse contenidos que se vinculan más cercanamente con una percepción integral, aunque asumen una posición minoritaria en el conjunto de las consideraciones relevadas en nuestro estudio.

En principio esta situación de convivencia entre sentidos diversos no es un hecho aislado, basta considerar los documentos que trazan las directrices de las políticas nacionales que recuperan una imagen modélica cercana a la *atención primaria integral* que dista de las acciones realizadas en la práctica; de tal manera, se percibe una contradicción entre el *deber ser* y la práctica concreta. Sin embargo esta contradicción no hace más que reproducir la tensión generada en la "convivencia" entre la tendencia curativa dominante del modelo y la orientada a la prevención (con los "espacios abiertos" en lo que hace a su contenido).

Entre los contenidos más significativos acerca de la participación del personal de los centros de salud que se han relevado a través del análisis de caso se destacan:

En primer lugar, la agrupación voluntaria de la comunidad en torno a problemas o necesidades de índole colectiva.

"...es la búsqueda de respuesta o de solución a los problemas de salud de toda la comunidad, como respuesta autogestiva, digamos, es la decisión de, la toma de decisiones y debiera ser también en el uso de los recursos, eso es una verdadera participación, el resto de lo que la gente habla de que colaboran para limpiar, para pintar el centro de salud, para limpiar zanjas eso es utilización de la gente como mano de obra barata o no calificada. Si no hay una verdadera toma de decisiones en lo que la gente decide qué hacer, cómo hacerlo y cómo usar los recursos que tiene a nivel comunitario para buscar alguna solución, creo que es esa la única participación que para mí es real. Totalmente autogestiva, donde uno como personal de salud es un actor social más en la búsqueda de esas soluciones, que acompaña a esa comunidad de la cual no forma parte pero sí trabaja inserto en la comunidad, acompaña en la búsqueda de decisiones." (Entr. N°14 Médica Generalista, Jefe Centro de Salud)

Este sentido constituye claramente el menos extendido entre los agentes de salud consultados. Se trata de un sentido en el que la salud aparece asociada a las condiciones de vida más que a la orientación biomédica dominante y el que más se acerca a la concepción de la atención primaria entendida como integral.

En segundo lugar, las actividades de colaboración con los centros de salud como contrapartida al servicio que presta.

"Si, hay cierto tipo de participación pero, o sea, el barrio, por ahí para algunas tareas en sí, para cuando se necesita pintar el centro, por ahí, o cuando se necesita cortar el pasto, o sea porque no hay personal así, como de mantenimiento como para que lo hagan todos los centros, entonces por ahí una cosa así, pero colaboración en sí, por ejemplo de acá de comerciantes de la zona, se formó una cooperadora a principios de año, eh, pero tardó meses en poder funcionar, este, se pueden hacer..." (Entr. N° 16 Médico Clínico, Jefe centro de Salud)

Se trata de la persistencia del sentido que ha sido más ampliamente cuestionado desde hace décadas, desde diversos documentos incluidos los elaborados por los organismos internacionales (en la actualidad y en décadas previas) y subrayemos que no se trata del sentido que aparece en los documentos provinciales citados previamente que han establecido los lineamientos de las políticas de salud. Sin embargo, su persistencia puede estar asociada, entre otras cuestiones, a las experiencias que se han promovido para la obtención de recursos en un contexto en el que el financiamiento no demuestra que se priorice el primer nivel de atención.

En tercer lugar, la identificación de las necesidades de la comunidad en torno al servicio prestado por los centros de salud (tanto referidas a la atención como a los programas o planes).

"...la participación comunitaria es trabajar con la comunidad para ver, desde ahí, cuál es la demanda de salud en este caso, para poder crear programas o la atención de acuerdo a lo que la población cree que necesita y no al revés. Eso sería un poco, preguntar y saber qué es lo que la comunidad, cuál es su demanda oculta o manifiesta que tiene y poder trabajar en ese sentido. Que la población te cuente un poco cuáles son las necesidades que ve, que por ahí no son las mismas que vos ves en un consultorio." (Entr. N° 7 Médica Generalista, Jefa Centro de Salud)

En las entrevistas se alude al "trabajo conjunto" que se asocia al conocimiento de las necesidades y prioridades de la comunidad en materia de salud. Sin embargo, los entrevistados han referido, a manera de ejemplo, medidas acotadas y parciales, de lo que se deduce que no se han registrado medidas sistemáticas en este sentido, lo cual coincide con las características dominantes de la política en salud municipales.

Finalmente, las acciones vinculadas al autocuidado para mantener la salud.

"Pautas de autocuidado, de lo que quieras. Higiene, lo que se te ocurra. Que en épocas ha... eh... la gente las tenía, y que las ha perdido. Que las ha perdido, porque no se han transmitido de generación en generación, y te se perdieron. Porque pobres, hubo más o menos, siempre. Entre comillas, pobres. Pero eso no implica que... este, que la gente no bañara al pibe todos los días en un fuentón, viste. Calentado con brasero, si querés."
(Entr. Nº 18, Médico Generalista, Jefe Centro de Salud)

"... que se capaciten en..., o que tengan conocimientos básicos sobre las patologías básicas, sobre el autocuidado, significaría eso. (Entr. Nº11 Médica Generalista, Jefa Centro de Salud)

En relación al autocuidado, sea que se enfatice la responsabilidad en la toma de decisiones o los conocimientos necesarios, el acento aparece vinculado a los saberes de dominio médico científico que poseen los propios sujetos. En este sentido las acciones en materia de educación para la salud parecieran dirigirse exclusivamente a proveer información que debe ser aprehendida en lugar de constituirse un espacio de discusión y reflexión en el que puedan contraponerse distintas perspectivas construyendo miradas comprensivas y críticas. Pero para ello es necesario una discusión que excede el campo biomédico o que al menos implica una mirada crítica sobre el mismo. Recordemos que la educación para la salud (y asociada a ella ciertos aspectos de la prevención) constituye uno de los componentes fundamentales de la atención primaria de la salud siguiendo la perspectiva de la OPS/OMS.

Subyace además una perspectiva que identifica las "pautas culturales" y las condiciones "medioambientales" como obstáculo para las prácticas saludables (la "higiene" es un ejemplo de ello) tomadas como variables que suponen más bien comportamientos individuales inapropiados en lugar de considerar las condiciones de vida de la población (por definición de carácter estructural) que explican la particularidad de ciertas prácticas y representaciones sociales.

Estos tres últimos sentidos asociados a la participación, no sólo restringen el propio concepto en el marco de las acciones posibles en APS, sino que además implican una posición pasiva o limitada por parte de la comunidad.

Estas posturas se amalgaman funcionalmente por un lado con el tipo de actividades que centralmente desarrollan los centros de salud: la atención médica, y actividades preventivas asociadas a vacunación y prestaciones de diversos programas. Por otro lado, con las experiencias que se han acumulado a lo largo del tiempo. En este sentido los principales ejemplos de experiencias en las que la comunidad ha participado refieren a las cooperadoras y a las actividades vinculadas a la educación para la salud.

La experiencia de las cooperadoras es en general caracterizada en términos negativos, excepto en los casos en que permitieron la obtención de recursos o la mejora en la estructura edilicia del centro de salud y remiten a la noción de participación entendida como colaboración. Estas no se organizaron en todos los centros de salud y tampoco funcionaron ininterrumpidamente. Se trata de una experiencia que en pocos casos es relatada como positiva a excepción de los logros que promovieron en el tema del mejoramiento edilicio o de la obtención de materiales utilizados en la prestación del servicio médico. De la misma manera es ello lo que justamente se añora ante situaciones de carencia vinculadas a los recursos y subyace la idea de "colaboración" en la relación entre los usuarios y el centro de salud, que supone a su vez una "participación" claramente acotada.

"Como en otras instituciones, si hubiera una cooperadora, porque viste, en épocas de carencia, generalmente como para tratar de conseguir lo básico, porque ya te digo, a veces me cuesta ya te digo, gente que venga a cortar el pasto, que por ahí mandan chicos por ahí, del plan; o la pintura, que bueno, a veces nos tenemos que encargar

nosotros, poner como para tratar de hacer alguna cosa, pero, se necesitaría que haya instituciones que se trabaje así." (Entr. N° 16 Jefe Centro de Salud)

De los testimonios surge que las cooperadoras encarnan ciertos límites a la participación de la comunidad. Esos límites se hacen evidentes cuando se reivindica la "colaboración" considerada como una función que además de definir el propio carácter de la participación se percibe como participación legítima. Sobrepasar ese límite es percibido como control e interferencia en las funciones desarrolladas por el centro de salud.

La participación tiene que ser muy bien manejada por gente que tenga en la comunidad cierto prestigio, que sea apreciada y valorada, es decir tenés que tener una buena imagen... para que la gente por ahí... esto salga bien (...) la cooperadora quiso controlar nuestro trabajo y como pasa siempre sacar ventajas en cuanto a los turnos, es decir organizar el servicio desde afuera y lamentablemente terminó quedándose con lo recaudado, o sea que fue muy nefasta la experiencia... en todos los aspectos no funcionó (...) Y te digo que no les tengo miedo a la participación voluntaria sino a la que busca otro tipo de beneficios que es el político." (Entr. N° 1, Pediatra, Jefa Centro de Salud)

Por su parte las actividades de educación para la salud se caracterizan por ser mayormente esporádicas y hallarse en una posición subordinada respecto de las tareas de atención médica. De acuerdo con la perspectiva de los agentes de salud por una parte la atención insume la mayor parte del tiempo y por otra constituye la principal demanda por parte de la comunidad. Este tipo de actividad supone que el personal del centro de salud se dedique principalmente a la tareas de atención médica, vacunación, entrega de prestaciones de los programas, etc. lo cual justifica suspender actividades de difusión y educación para la salud (el "no salir" del centro de salud).

"Hemos tenido actividades espasmódicas con la comunidad, como puede ser algún taller. Generalmente se trata viste, o se articula con el, con los colegios, jardín de infantes, donde han participado madres de los chicos, donde va el médico y habla sobre un tema... Eh, pero son... Yo les llamo actividades espasmódicas, viste. Porque, no... Surge un espasmo, dura 3, 4 meses y después... Porque los docentes tienen sus problemas como nosotros tenemos nuestros problemas, o porque no sé por qué. Es como que en marzo después arrancamos, y marzo ya pasó y todavía no arrancamos, y así... Y así va pasando. O sea, no hay una, una actividad eh... continua en esto. Si bien está en el diseño de las políticas de salud, hoy día, desde la secretaría, este modelo, viste." (Entr. N° 18 Médico Generalista, Jefe Centro de Salud)

En un contexto de déficit de recursos (humanos y materiales) se refuerza la reducción del contenido de la participación, reproduciendo un sistema que prioriza la atención médica combinada con algunas medidas de carácter preventivo asociadas fuertemente a la provisión de servicios desde los efectores de salud del primer nivel.

Por esto mismo vale la pena instalar un alerta ante la reciente incorporación de *promotores de salud* que muy posiblemente se dé en forma subordinada al equipo de los centros de salud. Es de esperar en algunos casos una fuerte resistencia al desarrollo de actividades en las cuales los "límites" definidos por los profesionales sean cuestionados, sobre todo considerando que existe una experiencia previa que apoya la defensa de una "participación acotada" y/o reducida a la colaboración. En este sentido, parafraseando un documento de la OPS/OMS (1990) el sistema de atención actuará como impedimento para una participación activa. Pero además debería agregarse un impedimento no sólo en términos de sus propias características (jerárquicos y de carácter profesional) sino por la propia experiencia de la población que identifica al sistema con la provisión de servicios

médicos y/o con una "participación acotada" que ha sido construida en una experiencia concreta y que no es de reciente data.

Finalmente hay que destacar que la existencia de diversas concepciones respecto de la participación no hace más que expresar la variabilidad propia del mundo de los saberes y los significados socialmente construidos que difícilmente puedan ser definidos como un producto "homogéneo" aún cuando existan fuertes consensos, sino que más bien suponen distintas posiciones teóricas e ideológicas y procesos históricos de construcción en los que están en juego la acción de distintas fuerzas sociales. El argumento de la OPS/OMS respecto de los problemas asociados a la existencia de distintos significados en torno a la participación puede efectivamente reconocerse en los hechos, sin embargo, más que el logro de la homogeneidad de los sentidos, debería reconocerse, primero, que la heterogeneidad descansa sobre distintas experiencias en las que igualmente se apeló a la definición de APS de los organismos internacionales aunque su actualización se produjo en distintos contextos sociohistóricos; en segundo lugar que los sentidos construidos por los actores no revisten un carácter meramente técnico sino también ideológico y valorativo; y en tercer lugar, debería promoverse una revisión crítica tanto de las experiencias previas como de las propuestas actuales y los sentidos de la participación a ellas asociados puestos en un contexto general que permita analizar desde una óptica abarcadora las experiencias más inmediatas en las que los actores aparecen inmersos o involucrados. Tal vez ello genere consensos que permitan sostener decisiones en torno a los lineamientos políticos en materia de APS, consensos que seguramente estarán sujetos a redefiniciones permanentes.

Bibliografía:

- 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 la salud en Argentina". *Cuadernos Médico Sociales*, N° 31.
- Cardarelli, G. y Rosenfeld, M. (1998) *Las participaciones de la pobreza. Programas y proyectos sociales*. Edit. Paidós, Bs. As. Argentina.
- 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.
- Frankel, A. (1988) "Hacia una definición participativa en salud: atención de los sectores populares del Conurbano Bonaerense". *Cuadernos Médico Sociales*, N° 44, Rosario, Argentina.
- 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
- Iriart, C., Leone, F. Y Testa, M., (1995) "Las políticas de salud en el marco del ajuste"; *Cuadernos Médico Sociales* N° 71.
- Jelin, E. (1996) "¿Ciudadanía emergente o exclusión?. Movimientos sociales y ONG en América Latina en los años 90". *Sociedad*, N° 8. Argentina
- Laurell, A. (1982) "La salud-enfermedad como proceso social". *Revista Latinoamericana de Salud*, N° 2.
- Menéndez, E. (1992) *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. Edit. Alianza, México.
- Menéndez, E. (1995) "Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social". En: *Dimensión Antropológica*, año 2, vol. 5, México.
- Menéndez, E. (1998) "Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos y significados diferentes". *Estudios Sociológicos* (enero-abril). Hermeroteca Virtual ANUIES (www.hermerodigital.unam.mx)

- 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.
- 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 (1990) *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.*
- *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.
- *Plan Quinquenal de Salud 1995-2000 de la Provincia de Buenos Aires. Versión Preliminar* (1995), Departamento de Imprenta, Ministerio de Salud, Pcia. de Buenos Aires.
- Repeto, F. (2001) *Gestión Pública y desarrollo social en los noventa. Las trayectorias de Argentina y Chile*. Prometeo, 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.
- 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.

¹ En OPS/OMS, 1990

² Una de las corrientes teóricas que construyó una aguda crítica a este tipo de enfoque, la medicina social y otros enfoques que recuperan al materialismo histórico, han señalado que la salud y la enfermedad deben ser comprendidos como un proceso social destacando su articulación con los procesos económicos, políticos e ideológicos, donde la estructura social asume un papel determinante (es decir, no se trata de un factor más entre otros).

³ Al respecto ver Sirvent (1999)

⁴ En nuestro país, con el retorno de la democracia la discusión sobre la APS y la participación comunitaria de la salud constituyó un tópico importante del debate de la época. A manera de ejemplo, cabe recordar las Jornadas de APS y Medicina Social que se iniciaron en 1989 en Capital Federal.

⁵ Estos son: 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 (Citado en la página Web de OPS/OMS).

⁶ Aquí es donde se constata la ecuación de menores costos, en tanto puede desarrollarse con una cantidad relativamente reducida de personal sin gran cualificación profesional (Menéndez, 1990)

⁷ Bajo estas consideraciones, el tipo de orientación hacia la prevención (esencialmente complementaria y subordinada a otras funciones como la curativa) y el contenido y forma que asume la participación se entrelazan estrechamente. Así, en lo atinente a la participación de la población en salud, como señalan Belmartino y Bloch (1984), es posible identificar dos modalidades de acuerdo a las funciones que asume la población y a los objetivos de su actividad. Por una parte se encuentra aquella que busca 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 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.

⁸ Gran parte de la estrategia de APS en la Provincia de Buenos Aires se sostiene con planes y programas que dependen de la Dirección de Medicina Preventiva y de la Dirección de Atención Primaria del Ministerio de Salud, a los que se suman aquellos que dependen de las instancias nacional y municipales.

⁹ Ver cita número 5.

¹⁰ Los objetivos del programa son prevenir el desarrollo de la diabetes en los individuos y comunidades susceptibles; mantener y mejorar la salud y calidad de vida del diabético; proveer capacitación continua a los integrantes del equipo de salud; prevenir las complicaciones crónicas de la diabetes y disminuir la morbilidad, mortalidad y costo de la enfermedad y, por último, estimular y sostener la investigación dedicada a la prevención y control de la diabetes. Sus acciones apuntan a impulsar la educación comunitaria, promocionando la consulta médica precoz de individuos con carga genética y factores de riesgo; la atención interdisciplinaria favoreciendo la descentralización hacia el primer nivel comunitario; la provisión de medicamentos e insumos al paciente ambulatorio; el desarrollo de programas de educación para el diabético y su familia; el diseño de proyectos de capacitación; el establecimiento de guías de detección, diagnóstico y tratamiento de complicaciones y, por último, el desarrollo de proyectos epidemiológicos que contemplen indicadores sociales y permitan un diagnóstico integrado de salud.