

2das Jornadas de Iniciación en la Investigación Interdisciplinaria en Ciencias Sociales. Licenciatura en Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Quilmes, Quilmes, 2013.

“Las políticas de la participación comunitaria en salud. Análisis del caso del Municipio de Berisso”.

Castrillo, Belén.

Cita:

Castrillo, Belén (Junio, 2013). *“Las políticas de la participación comunitaria en salud. Análisis del caso del Municipio de Berisso”*. 2das Jornadas de Iniciación en la Investigación Interdisciplinaria en Ciencias Sociales. Licenciatura en Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Quilmes, Quilmes.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/belencastrillo/8>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pSYx/eda>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Belén Castrillo

CIMECS-Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación-U.N.L.P

belen.castrillo@hotmail.com

2das. Jornadas de Iniciación en la Investigación Interdisciplinaria en Ciencias Sociales.

Universidad Nacional de Quilmes.

Mesa 10: Políticas Sociales.

Las políticas de la participación comunitaria en salud.

Análisis del caso del Municipio de Berisso.

Presentación

La presente ponencia, que surge de los resultados arrojados por la tesina de grado de la Licenciatura de Sociología, se propone dar cuenta de la heterogeneidad de prácticas participativas en salud que se dan en el marco de la implementación de la política de Atención Primaria de la Salud (en adelante, APS) en el Municipio de Berisso.

Considerando que la mencionada política que interviene en el campo de la salud (entendido como uno particular de la estructura social) está atravesada, en todas las etapas de su construcción (desde la formulación hasta la ejecución), por tensiones y disputas ideológicas, el objetivo de la ponencia es describir los sentidos y las prácticas de la participación comunitaria en salud desde la perspectiva de los actores, problematizándola a la luz de los discursos oficiales y el ideal construido. Dicha perspectiva se reconstruye a partir de entrevistas en profundidad a promotores, trabajadores sociales, referentes barriales y otros actores que participan en salud –desde organizaciones de la sociedad civil o desde instituciones formales-.

Construcción del objeto de estudio

En el proceso de construcción del objeto de estudio de mi tesina (y de la propia tesina) elaboré una estructura de exposición del tema que me permite ir dando cuenta de cómo las prácticas comunitarias en salud (en adelante, PCS) se piensan como una dimensión para analizar las políticas públicas en salud y cómo esa dimensión analítica tiene una particular inserción en el caso analizado.

Dicha estructura parte de presentar la PCS en tres sentidos: primero como una estrategia en APS, explicitando cómo se entiende la APS en Alma Ata¹, qué concepción de salud la sustenta, y cómo es el pasaje histórico de una APS integral a una selectiva y a una renovada. En segundo lugar, se profundiza en la idea de la participación en salud como objeto de construcciones ideológicas y teóricas por parte de los organismos internacionales que intervienen en salud (OPS/OMS principalmente) y se decide presentarlo como el “modelo oficial de PCS”: esto es, la tesina pretende usar como categoría analítica el modelo de participación que se corporiza en las políticas públicas en salud nacionales y locales y ver cómo desde las ciencias sociales y desde el estudio de caso elegido, se interpela dicha construcción. El modelo oficial de PCS (construido a los fines de la tesina como un “ideal”) es aquel la define, según OMS y UNICEF en Alma Ata (1978), como

«el proceso en virtud del cual los individuos y la familia asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y los de la colectividad y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo y el comunitario. Llegan a conocer mejor su propia situación y a encontrar incentivo para resolver sus problemas comunes. Esto les permite ser agentes de su propio desarrollo, en vez de ser beneficiarios pasivos de la ayuda al desarrollo».

¹ En Alma Ata se construye una definición de APS como el cuidado esencial de la salud basada en tecnología apropiada y costo-efectiva, siendo el primer componente de un proceso continuo de atención a la salud, con acceso garantizado a todos los individuos y familias en la comunidad a través de su comprometida participación. Emerge asociada a la consigna “Salud para todos en el año 2000”, que requiere para su cumplimiento la readecuación y reorganización de los recursos físicos, materiales y humanos, de tal forma que funcionen por niveles ascendentes de complejidad creciente. Así, la estrategia debía responder a los principios de integralidad, flexibilidad, universalidad, racionalidad tecnológica, regionalización, descentralización, intersectorialidad, interjurisdiccionalidad, participación social, interdisciplinariedad y capacitación permanente. En este sentido, los criterios a los que pretende responder la APS son integralidad, equidad, eficacia y costo. En la definición de la OPS/OMS se identifican ocho componentes fundamentales de la APS: 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. Además, se explicitan determinadas características: 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; 4) requiere un espíritu de autoconfianza y autodeterminación; 5) debe formar parte tanto del sistema nacional de salud como del desarrollo económico y social global de la comunidad; 6) 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; 7) implica además del sector sanitario, a todos los componentes y campos de actividad co-responsables del desarrollo nacional y comunitario; 8) se basa en todo el personal de salud así como las personas que practican la medicina tradicional para trabajar como un equipo de salud; 9) 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

Se trata de la construcción de un **modelo oficial de PCS** asentado en la **autorresponsabilización, el autocuidado y en sujetos que son agentes de su propio desarrollo y del desarrollo comunitario.**

En un **análisis histórico**, la participación social en las políticas de salud en América Latina aparece, desde los 60, articulada a los planes nacionales de desarrollo comunitario, coincidiendo con la efervescencia del desarrollismo y defendiendo un modelo contrario a la propuesta de pensadores latinoamericanos, que planteaban una participación autónoma y promovida desde lo local: es decir, en los 60, el sector salud es un recién llegado a los esfuerzos por promover la participación comunitaria (en adelante, PC). Los primeros intentos por insertar a la comunidad en programas de salud fueron proyectos piloto o experimentales respaldados por iglesias, universidades y agencias de gobierno y la mayoría tuvieron financiación internacional (con la excepción de Cuba) siendo Panamá el primer país que organizó un programa de salud con PC en 1969. Ante las exigencias de los movimientos sociales, en los 70 se busca un papel más activo de la comunidad en la planificación y ejecución de acciones de interés colectivo (como la salud); al tiempo que el importante impulso de PCS fue bajo la influencia de organizaciones internacionales como OPS/OMS, AID, UNICEF y el Banco Mundial. A finales de los 80, en el marco de la constitución del modelo de desarrollo neoliberal, los países inician reformas del Estado basadas en el mercado, así *“la participación social, que se promueve para la interlocución entre el Estado y la sociedad civil, enfatiza el rol de los usuarios, definidos como ‘clientes’ que pueden participar en el control de la calidad de los servicios”* (Delgado Gallego y Vázquez Navarrete; 2006). Finalmente, **la PCS es redescubierta y reimpulsada, especialmente por organismos internacionales como OPS/OMS, que en la década de los 90, apostaban al fortalecimiento de los sistemas locales de salud (SILOS). El re-descubrimiento de la participación de los conjuntos sociales en la APS se estructura por un lado en base tanto a la recuperación (por imposición o decisión) de los lineamientos de los organismos, como a la consolidación de ciertas líneas de acción definidas en distintos niveles y ámbitos de los Estados nacionales enmarcadas en procesos socioeconómicos mayores (la hegemonía del neoliberalismo), y formas organizativas de la sociedad civil más o menos autogestionarias (vinculadas o no con la estructura de administración estatal).** La APS fomenta la promoción de la participación y potencialmente puede abrir/consolidar espacios de cuestionamiento y redefinición de la estructura de poder dominante de una sociedad, a la vez que constituyen un medio para que la población (especialmente la carenciada) asuma los costos de la infraestructura en salud y fuera responsable de su salud y sus propios

padecimientos. Este último escenario es el que predominó en los 90 aunque el primero no deja de aportar elementos para la reflexión en términos de los procesos sociales que pudieron generarse más allá de las tendencias dominantes y que analíticamente suponen considerar la construcción de experiencias participativas heterogéneas.

En los 90 se dan experiencias modélicas en PCS referidas a grupos que desarrollan una participación social activa, con relativa permanencia en el tiempo y logros concretos, llevada a cabo por organizaciones en relación a problemas puntuales (alcohólicos anónimos, celíacos, diabéticos, HIV-Sida) y no en torno a problemas genéricos (la salud, la higiene del barrio) Estas organizaciones sociales coinciden con una tendencia más general de movimientos sociales (compuestos por ONG's, organizaciones de base, de origen religioso, cooperativas, etc.) que, como señalan O'Donnell y Schmitter (1994) *“a partir de los '80 orientaron una demanda social que se constituyó con criterios de carácter territorial o temáticos, circunscriptos y poco articulados entre sí, pero que al mismo tiempo, generaron una amplia participación que se caracterizó por tener marcados componentes democráticos y horizontales”*. A nivel estructural, este tipo de acciones parece abandonar el matiz claramente político que caracterizó a los movimientos del período anterior, siendo reemplazados por espacios más puntuales y restringidos. A pesar de ello conserva una apelación relativamente genérica (la preocupación por la salud) que se reactualiza en el contexto de la implementación de políticas públicas abriendo el espacio (al menos potencialmente, cuanto no discursivamente) a objetivos, motivaciones o demandas de conjuntos sociales.

“Si bien la participación en salud puede estar asociada a la implementación de programas específicos, también es inteligible como respuesta a demandas generales o más inespecíficas por parte de los conjuntos sociales que trascienden las especificidades del saber biomédico (un saber que actúa como parámetro incuestionado en la definición de acciones en materia de prevención y promoción de la salud). Esta misma cualidad de apelación relativamente genérica puede aportar elementos de legitimación a las propias políticas públicas en salud” (Pagnamento; 2011).

En la descripción de este modelo *ideal* de PC construido por la OPS/OMS, aquí se retoma a Ruiz Giménez Aguilar (2005)² quien establece como aspectos fundamentales: la *información* (como conocimiento necesario que da acceso al poder para tratar y resolver problemas); la *evaluación* de necesidades, criterios fundamentados y juicios de valor; la

² Que en el comienzo de uno de sus trabajos aclara: *“El marco de referencia teórico en el que nos ubicamos es el establecido en la Estrategia de Promoción de la Salud de la OMS”*

toma de decisiones (como un proceso con distintos niveles en la escala de poder de menor a mayor: *a) derecho a la información* –las autoridades deben informar sobre sus planes y decisiones–, *b) derecho a ser consultado/a* –la comunidad ha de ser oída antes de tomar o ejecutar una decisión–, *c) derecho a negociar* –se da una oferta y contraoferta entre autoridades y comunidad, pero ésta no es miembro de los órganos de decisión–, *d) derecho a participar en la toma de decisiones* –siendo parte minoritaria de los órganos–, *e) derecho al veto* –cuando la población es mayoría en los órganos de decisión–); la acción social (movilización de recursos propios comunitarios y realización de tareas –sujetos activos–); el grado de autonomía/dependencia (en la medida en que la participación disminuye la dependencia de apoyo y contribuciones externas); las *formas y nivel de organización* de la comunidad (en la medida en que promueve o facilita la creación de un contexto comunitario: crear estructura, afianzar una red).

Así, desde esta construcción discursiva, la PCS es un medio e instrumento necesario para abordar los problemas de salud que nace de la relación entre los servicios de salud y la organización social a la que estos servicios pertenecen, relación que adopta múltiples formas, grados e intensidades en dependencia directa de la coyuntura y que explica que el grado de participación de la población en los servicios sanitarios será mayor en aquellas sociedades con mayores fundamentos participativos en todos sus ámbitos. Ruiz Giménez Aguilar (2005) aporta una doble justificación de la PCS: por un lado es una *necesidad técnica*, en el marco de una comprensión multifactorial y dinámica en la que la organización social, las condiciones y los estilos de vida desempeñan un papel determinante, tanto en el estado de salud como en la organización de los servicios sanitarios (cambio de concepción del sector salud, de la práctica médica y de la concepción del proceso salud/enfermedad desde una matriz asistencialista a uno preventivo). La segunda justificación apunta a que la PCS es un *derecho democrático*: el derecho a participar en salud supone reconocer que la población, tanto en el ámbito individual como colectivo, debe lograr mayor autonomía y responsabilidad en la gestión de lo social, entendiendo a la sociedad en su conjunto como protagonista y responsable de su propio desarrollo.

Los autores y documentos afines a la conceptualización de la OPS/OMS concuerdan en que las **características** que definen la PCS son ser: *activa* (la población interviene en todas las fases de diagnóstico, planificación, ejecución, control y evaluación; cuando más capacidad de influir en las decisiones alcance la población más eficaz, real y democrática será su participación.); *consciente* (conoce y toma conciencia de los problemas existentes y los transforma en necesidades que se tienen que solucionar); *responsable* (se compromete y

decide de acuerdo con sus derechos y responsabilidades); *deliberada y libre* (las intervenciones son voluntarias y se hacen de forma planificada, manteniendo su autonomía y desarrollando tareas propias); *organizada* (la población tiene su propia organización, no dependiente de los servicios sanitarios y las actividades se integran con objetivos comunes hacia el desarrollo comunitario); y *sostenida* (no se trata de acciones puntuales de movimientos asociativos de respuesta a tensiones coyunturales, sino que responde a problemas de salud y el proceso se mantiene en el tiempo) (Ruiz Giménez Aguilar; 2005). En este sentido, Grodos y De Béthune (1988) consideran claves el diálogo con la población como una vía de entrada no burocrática a la comprensión de sus necesidades y de su demanda de atención (y como medio de conocimiento de los profesionales de la concepción de salud de la comunidad); el cambio de beneficiarios a individuos actores; y el hecho de que sólo la retroalimentación que viene de la población permite una adaptación permanente del sistema de salud y su mejora hacia una mayor eficacia, eficiencia, acceso y humanidad.

El **objetivo** general de la participación en salud se vincula a la democratización del sector y la adopción de un enfoque integral de la salud, al empoderamiento y participación de las comunidades y la movilización de otros actores y sectores para mejorar la salud y calidad de vida de las familias, afectando los determinantes. Alma Ata conectó la PC, a través de la APS, al desarrollo económico, cultural y político de los pueblos, con autodeterminación y autonomía (Restrepo Vélez y Vega Romero; 2009).

Retomando la descripción de la estructura de la tesina, en **tercer lugar**, la presentación que se da de la PCS se centra en dar cuenta de las principales críticas a dicho modelo oficial desde las Ciencias Sociales; y, otra vez, se construye a los fines de la tesina un **“enfoque crítico”**, **construcción fundamentada en que, vinculada a la estrategia de APS configurada en Alma Ata en 1978, la PCS responde a lineamientos políticos, técnicos e ideológicos que responden a las directrices de la OPS/OMS. Estos lineamientos tienen que ver con la adopción de una concepción integral de la salud, en el marco de un contexto que parece propiciar el desarrollo comunitario y la democratización de las estructuras sociales, a través de la participación de actores individuales y colectivos que vinculen la APS con la comunidad. En la vinculación APS-PCS se encuentra un objeto de críticas e interpelaciones que buscan cuestionar los modelos de atención y participación en salud tal como son formulados por los organismos internacionales. La búsqueda de la tesina es presentar cómo se construyeron los modelos de participación en salud desde la OPS/OMS y cómo los modelos de PCS de quienes se alistan en una perspectiva crítica de la primera, con la**

intención de ordenar las distintas conceptualizaciones para entender en el marco de qué debates se inserta el actual estudio de caso.

Así como la presentación de un modelo oficial (considerado así a los fines de la tesina) presenta una pluralidad de actores que forman discursos (los organismos internacionales), cuestión que puede implicar cierta divergencias (aunque pequeñas), la idea de presentar una perspectiva crítica de la PCS es también una decisión analítica que busca agrupar (considerando la heterogeneidad) los argumentos de quienes han cuestionado los principales preceptos de la PCS tal como la piensa la OPS/OMS (y tal como llega, en la mayoría de los casos, a los Estados y sus políticas en salud).

En el marco del enfoque crítico del modelo de la OPS/OMS de la PCS, desde las Ciencias Sociales se realiza en principio un **análisis del concepto de la participación** en salud³, para dar cuenta cómo su construcción revela intereses particulares: *“la participación es un concepto cambiante que alude a un proceso histórico en las formas de actuación del Estado y su relación con la población, de allí la polisemia, el alcance y variedad de modalidades de acción incluidas”* (Eguía y otros; 2007). En la bibliografía referida al tema, esto puede observarse en las formas de adjetivación con las que se liga el término participación: ciudadanía, política, social, comunitaria y popular. Aunque excede los alcances de la tesina, se retoma el trabajo de Eguía y otros (2007) que señala que *“el concepto reconoce una historia académica, una historia técnica y una historia política”* que ha tenido preocupaciones comunes y ha sido definido principalmente como control sobre la toma de decisiones. Y concluye que prevalece una concepción impositiva e instrumental de la participación y que hablar de participación en ámbitos particulares es simplificar y empobrecer la mirada: los grupos y la comunidad viven la participación como una totalidad y son las políticas sectoriales la que la fragmentan. **La participación es ser parte en decidir. Esa posibilidad está relacionada con el contexto sociopolítico y por eso es necesario manejar con mayor rigor analítico el contexto sociopolítico en el cual se supone o desarrolla la participación social.**

Para esta perspectiva crítica, **la definición que se realiza en Alma Ata de la PCS reviste ciertos aspectos utilitarios de la participación al asignarle a los gobiernos responsabilidades esenciales en la toma de decisiones** (que decidirán de acuerdo a los mejores intereses de las comunidades rurales) **y no incluye el principio del Estado como garante del derecho a la salud:** le asigna a los individuos una mayor responsabilidad por su

³ Excede a esta ponencia pero puede retomarse en la presentación oral.

propia salud (autocuidado). Siendo la participación de la comunidad *“el proceso mediante el cual la comunidad asume gradualmente la responsabilidad por su propia salud”*, está definida como una **herramienta de gobierno**: las comunidades deben cooperar con las iniciativas gubernamentales y se les instará a *“practicar la salud”*, minimizando así la necesidad de intervenciones estatales en salud. De esta forma, la participación puede ser consistente con las propuestas para privatizar los servicios de salud (en el marco de las reformas neoliberales). En esta interpretación a los consumidores se les da el poder cuando se les brinda la más amplia posibilidad de escoger entre múltiples proveedores de salud.

En este marco de críticas, Ugalde y Homeses (2008) entienden que, de todos modos, **la promoción de la PC se explica** por la importancia de incorporar a la comunidad en la toma de decisiones porque al otorgarle el poder de participar en el proceso de planificación, la oferta de servicios responderá mejor a las necesidades locales y se utilizarán mejor, lo que hará que mejore su eficiencia, que se malgasten menos los recursos, y mejore el acceso y la calidad. La participación es un tema de relevancia para la democracia y para la eficacia y la eficiencia de los servicios públicos (Richer; 2005). Y esto es así porque hablar de participación social en políticas públicas requiere pensar y dar cuenta de los procesos de **empoderamiento**. En palabras de Luis Ulloa, *“una organización o una comunidad está empoderada cuando sabe lo que tiene, sabe lo que quiere, puede hacerlo, quiere hacerlo, lo está haciendo, lo comparte y todo eso dentro de un marco de principios y valores compartidos que aseguran la armonía entre las gentes diversas, entre la gente y la naturaleza, y de cada persona consigo misma”* (Ávila y otros; 2007). Para algunos, empoderar es un ejercicio de poder por parte del poderoso; para otros, es competencia principal del sujeto mismo, a través de la reflexión, conciencia y acción de los individuos o grupos organizados. Se trata del proceso de acción social que promueve la participación de la gente, organizaciones y comunidades hacia los objetivos de lograr un mayor control individual y comunitario, eficacia política, mejoría en la calidad de vida comunitaria y justicia social.

Finalmente, la perspectiva crítica contextualiza la participación para completar la indagación sobre **qué elementos** (político, técnico, ideológico, sociales y económicos, entre otros) **propiciaron y alentaron la implementación de programas de PCS**. El contexto de emergencia de las prácticas participativas sociales, en palabras de Belmartino y Bloch (1984), se vincula la elaboración de un nuevo perfil societal junto al fin del Estado científico-tecnócrata y la politización social que conforman la *“ruptura pactada”* con las anteriores (en tiempos de dictadura) formas de distribución y participación, variables

políticas que determinan la forma que asume el crecimiento económico (en términos de qué, cómo y para quién se produce). Es decir, la crisis de los países centrales y el subdesarrollo de los 80, generaron la emergencia de nuevos modos de expresión como la participación popular en el terreno político más allá de las formas de representación propias de la democracia formal. En el marco del neoliberalismo se asiste, en palabras de Pagnamento (2011), a una ciudadanía restringida en sectores pobres, asociada a acciones compensatorias por parte del Estado y la gravitación de las agencias multilaterales de crédito. *“El último recurso termina siendo la autoorganización comunitaria y el desarrollo de redes comunitarias locales, con el objetivo de generar nuevas formas de participación ciudadana y estrategias de ‘empoderamiento’ entre los sectores más vulnerables”* (Pagnamento; 2011). Entonces, la justificación histórica de la emergencia de estas formas de participación se encuentra en el contexto de aparente crecimiento económico de nuestros países, como una estrategia tanto de programas nacionales e internacionales, como *“heredera natural de la ideología del desarrollo y de la organización de la comunidad que objetiva la necesidad de que los grupos marginales, los carenciados, los pobres, los sectores populares participen de los beneficios del desarrollo”*. Esta ideología responde, históricamente, a los intereses de los centros hegemónicos de poder y es introducida en nuestros países en la segunda postguerra (Cortazzo y otros; 1996).

Finalmente, resulta relevante situar la tesina y esta ponencia en los debates actuales (y entender, así, la decisión argumental de presentar la concepción oficial de la OPS/OMS y la perspectiva crítica de la participación en salud) respecto de la emergencia de discusiones en torno a la PCS vinculada al **derecho a la salud, a la equidad y a la ciudadanía** de los últimos años⁴.

Posterior a enmarcar la PCS como objeto de políticas públicas y, en paralelo, de construcciones ideológicas, simbólicas, políticas, culturales y teóricas, el aporte teórico de la tesina es entender dicha problemática subsumida a la lógica de un campo particular: el **campo de la salud**. Se elige utilizar este concepto porque evita el reduccionismo de la idea tradicional de sistema sanitario y aporta la idea de *“una convergencia de actores, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales”* económico, social, cultural, simbólico (Spinelli;

⁴ Excede a esta ponencia pero puede retomarse en la presentación oral.

2010). Lo clave que aquí se pretende es instalar la concepción de que el campo de la salud está atravesado por luchas y disputas en torno a su definición, alcances y límites; a las intervenciones político-técnicas que se realizan; a los actores que participan y las relaciones que entablan (con la dimensión de poder y de saber en el centro). En este sentido se toman los distintos ejes a analizar: las políticas de atención primaria y la estrategia de la participación de la comunidad en la salud, entendidas como elementos del campo atravesados por la lógica estructural del campo y, también, por lógicas propias que determinan los modos de funcionamiento y las estrategias de apropiación y distribución de los capitales disponibles.

La complejidad del campo de la salud puede ser interpretada siguiendo a Spinelli (2010) como resultado de la alta concentración de capital económico, los problemas de financiamiento, la corrupción macro y micro, la persistencia de estructuras administrativas arcaicas en el Estado (que atentan contra quienes intentan dar cuenta de otras institucionalidades), las bajas capacidades de gobierno/gestión, la falta de regulación en la formación de profesionales, el significativo número de trabajadores, la autonomía de los mismos, y el destacado valor social de los temas sobre los cuales se desarrollan las prácticas.

Se propone, entonces, pensar el campo de la salud, sus lógicas específicas y la dimensión del poder para entender en qué marco se dan las políticas participativas en salud a través de la idea de Testa de **planificación estratégica** como el *“procedimiento que no intenta establecer normas sino desencadenar un proceso permanente de discusión y análisis de los problemas sociales que lleva a proponer metas necesariamente conflictivas, puesto que se refieren a intereses de grupos en pugna, cada uno con planes propios, de modo que el planificador es parte de alguna fuerza social para la cual el objeto de la planificación se inscribe en el marco de la lucha por el poder”*. Dicho modelo postula la redistribución del saber y del poder en el marco de prácticas participativas en salud populares y democráticas, que aceptan e incluyen el conflicto como inherente a la práctica política.

A este tipo de planificación política y su resultado lo asocio a lo que Giraldo Osorio y otros (2010) llaman *política pública saludable*, que es aquella que se constituye en la intención continuada de acciones que modifican positivamente las estructuras que afectan la salud y sus determinantes de orden biológico, ambiental, psicosocial, estilos de vida y los relacionados con los servicios de atención en salud. Están dirigidas hacia las personas y la comunidad, con el objetivo de mejorar los niveles de salud, accesibilidad, utilización,

distribución y calidad de los servicios de salud, y la participación activa y la equidad en la prestación de los mismos. En este modelo, el Estado debe ser el principal garante de los derechos de sus ciudadanos en materia de seguridad social y le corresponde organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes, no sólo desde el diagnóstico y tratamiento de las patologías, sino desde la implementación de políticas de largo alcance hacia el fomento de la salud que beneficie a amplios grupos poblacionales. Las políticas deben (deberían) tener en cuenta los determinantes de salud y apoyarse en intervenciones intersectoriales involucrando a los sectores salud, educación, justicia, planeación, en las que también se debe incluir la participación comunitaria como mecanismo válido y eficaz para su implementación. Deben (deberían) contribuir al fortalecimiento de las condiciones de poder de la población, como mecanismo para impulsar la construcción de un modelo de salud contra hegemónico. Ello requiere de la integración del equipo de salud con los consejos comunales en un proceso político-pedagógico para contribuir en la conformación de la conciencia crítica colectiva, a partir de la cual se formulen propuestas para transformar las condiciones de vida (Romero Uzcátegui y otros; 2010).

En este sentido, y siguiendo a Spinelli (2010), se puede pensar la política de APS y de PCS como una **metapolítica**, es decir, como ese tipo de políticas enunciadas como grandes soluciones que se caracterizan por un claro exceso de significantes. Así, la defensa del hospital público, el médico de familia, la prevención y promoción de la salud, la participación, los seguros de salud públicos, las necesidades de regulación, la lógica del programa vertical para un problema, etc., son algunas de las soluciones enunciadas y que repiten numerosos actores, muchas veces con proyectos muy disímiles. Los conceptos se vacían de sentido y de allí el exceso de significantes: razón instrumental (el cómo) domina el campo (la lógica de soluciones domina la lógica de problemas). Las grandes soluciones logran una clausura simbólica, en la que se impide la problematización de la situación que viven los agentes, la cual al naturalizarse obtura la posibilidad de su transformación. Y entonces se pasa a depender de los efectos de las políticas concebidas como universales y que por lo tanto desconocen las singularidades. Se configura así una lógica de políticas sin sujetos, o sujetos devenidos objetos para esas políticas que fueron estructuradas en base a una racionalidad extraña a esas singularidades, y esas políticas suelen provenir de enlatados fabricados en serie por los organismos internacionales (como el modelo oficial de PCS antes desarrollado). El campo de la salud aparece como neutro, es un campo de control social, es fundamentalmente biopolítica, en tanto control sobre la vida y la muerte, pero ya

no de los individuos sino de las poblaciones, así emerge la biopolítica: política para lo macro, gestión para lo micro. La política deviene norma universal en tanto técnica aplicada: los organismos continúan con sus lógicas silenciosas de reformas e insisten en colocar a las prácticas de salud como prácticas de mercado (bajo las formas de seguros que tienden a extenderse a todos los programas). Esa mercantilización tiene como propósito una expansión del dominio del capital económico sobre cualquier otra lógica: se busca, con la idea de mercado, obturar y/o eliminar la idea de derechos. Como pide Castoriadis, hay que "*saber lo que se piensa y pensar lo que se hace*" para tomar conciencia de la importancia de la micro política del trabajo en salud y su relación con el modelo de atención en las dimensiones del cuidado (Spinelli; 2010).

En simultáneo, y como se viene bosquejando, la problemática de la PCS no puede deslindarse del análisis respecto a la práctica del poder: la eficacia de la práctica de la acción participativa depende de la cuota de poder de que se dispongan los diferentes grupos involucrados en ella. Este modelo sustenta que el saber no está fuera del poder ni se concibe sin poder: el conocimiento que cada grupo tiene de la realidad constituye un importante elemento de negociación y de control social. Para democratizar la práctica en salud es imprescindible modificar las propuestas que desestimen los criterios de la población con la que se trabaja, creando ámbitos consensualmente legitimados en los que exista participación igualitaria, proceso que implica la revisión de los criterios tradicionales de autoridad (Frankel; 1988).

En palabras de Pagnamento (2011): "*es sabido que la participación junto a una real redistribución del poder permitiría generar un proceso de democratización creciente, pero también puede significar el traslado de las consecuencias sociales de un modelo social inequitativo a ámbitos de administración locales con una participación 'pasiva' que refuerza el statu quo y el control social*". Aquí, con la descripción de las experiencias participativas en el caso analizado, se busca dar cuenta de este debate y atravesar el recorte del objeto de estudio con estos interrogantes referidos a la pasividad o posibilidad de emancipación de dichas experiencias, y las consecuencias políticas que acarrea. Considerando a la salud como un campo de disputa, aquí se pone el foco en las relaciones sociales, para pensar que en la definición e implementación de las políticas públicas en salud en APS que incluyen la estrategia de la participación, intervienen diversos actores cuyas interacciones deben entenderse contextualizadas en estructuras sociales concretas, lo cual imprimirá características particulares al proceso participativo que se construya. De esta manera es posible pensar a los actores y sus prácticas y representaciones, en un escenario

de fuerzas donde los acuerdos, el conflicto y las tensiones marcan improntas específicas. En términos concretos, la PC se asigna o imputa como imperativo para lograr salud y calidad de vida y deja de ser un derecho para ser un recurso al servicio del sistema: la responsabilidad del Estado, de garantizar salud y participación, se le impone a la comunidad como obligación. Así, la participación pierde el sentido como derecho, porque se convierte en requisito, fin o instrumento y queda a expensas del logro de otros derechos (Restrepo Vélez y Vega Romero; 2009).

Por último, en la estructura de la tesina (y previo a exponer el estudio de caso) se exponen las principales críticas a experiencias participativas concretas analizadas en distintos estudios empíricos (relevados en el rastreo bibliográfico) centradas en las dificultades de implementación de prácticas participativas en salud en el ámbito político, institucional, técnico-profesional y social. Además los autores marcan un proceso de **reducción del contenido de la participación** (tanto en prácticas como sentidos) vinculado a saberes que son desvalorizados (aún los obtenidos por los promotores en las capacitaciones) o subordinados al saber médico; a la necesidad de controlar las actividades de los promotores evitando acciones autónomas (sospechas que remiten al saber técnico médico o a las relaciones de poder que pudieran constituirse y que “desafiaran” a los profesionales); y a la calificación de “políticos” (despectivamente y vinculado a intereses personales), demandas o acciones en las que aparecen involucrados los promotores de salud u otros líderes o referentes barriales. Se trata de un proceso que se construye en el disciplinamiento entre lo que es posible hacer, su justificación (técnico médica e ideológica) y la puesta en acto. Esta tendencia a la reproducción (funcional) de la participación acotada se da en tres niveles: el de las instituciones (y la contradicción entre propósitos explícitos y situaciones concretas); el de la mediación en carne de instituciones particulares de objetivos oficiales; y el del proceso de adaptación/apropiación/reapropiación por parte de los sujetos entre exigencias institucionales no siempre coincidentes (la política oficial y las políticas mediadas por los agentes) (Pagnamento; 2011).

Así, lo relevante es conocer el contenido de lo que se entiende por participación y las acciones que concretamente involucra, tomando a los actores y sus interacciones, como eje para analizar la construcción social de una política pública participativa en salud.

Coincidiendo con algunos autores que se refieren al ideal de APS (y PCS) propuesto en Alma Ata como la *utopía de la atención integral multidisciplinaria* (entendida como la tarea de

“trazar puentes de comunicación entre las distintas disciplinas que comparten el espacio de la atención primaria de salud, facilitando el intercambio de conocimiento que parta del respeto a la diversidad de miradas que confluyen en un mismo objeto complejo y cambiante, podría llegar a ser posible esa utopía a la que hemos denominado el trabajo en equipo multidisciplinar” (Abreu Velázquez; 2009)),

la tesina retoma a (Eguía y otros; 2007) cuando proponen que *“la meta de la participación social debe mantenerse como imaginario [como percepción de posibilidad y como voluntad intencional de modificación] para que en determinadas coyunturas pueda realizarse”* y, a su vez, como herramienta analítica de estudios de caso como el que aquí se presenta.

Análisis de prácticas participativas en salud. Recuperando la perspectiva de los actores a través de un análisis de caso.

La parte final de la estructura de la tesina presenta **el trabajo de campo en el que, a través de un análisis de caso⁵, se recupera la perspectiva de los actores en tanto las prácticas y los sentidos asociados a la PCS.**

En base a los objetivos de la investigación, el campo fue construido centrandolo la atención en las prácticas, los sentidos y las relaciones sociales que fundamentan esas dos dinámicas, siempre recuperando la perspectiva de los actores. Para ello, en la tesina se da cuenta de las prácticas participativas que se realizan (resultado de las observaciones propias y de los discursos de los entrevistados), los sentidos que se rescatan de las entrevistas y, por

⁵ La elección del caso del municipio de Berisso viene precedida por dos aspectos: la accesibilidad y el registro (mediante vías informales de comunicación) de la posibilidad de realizar un próspero trabajo de investigación por la predisposición de los actores. Se justifica en el objetivo de entender la participación en el marco de estructuras sociales determinadas para dar cuenta de las tensiones en las definiciones y los distintos tópicos trabajados en los capítulos precedentes.

Entre las características del sistema de salud de la ciudad de Berisso es significativo señalar que cuenta con nueve Unidades Sanitarias (en adelante, US) ubicadas en distintos barrios de la ciudad que cumplen con la tarea de llevar a cabo la atención primaria. Estos centros actúan en forma coordinada con el Hospital Público de Berisso Dr. Mario Larrain, como efectores de salud, abarcando una variada cantidad de prestaciones: enfermería, clínica médica, clínica pediátrica, ginecología, obstetricia, tocoginecología, odontología, fonoaudiología, psicología, asistencia social, seguro público de salud, médico comunitario y medicina general. La APS es reindicada como un eje importante de la política local de salud. Así, desde la Dirección de Salud del Municipio de Berisso, se sostiene que mediante el desarrollo de diversas acciones, en el último tiempo se jerarquizó la calidad de servicios de prevención y promoción de la salud y la asistencia en situación de enfermedad en los centros de atención primaria de la salud; se promovió la eficiente articulación de los centros de referencia y contra-referencia y los diferentes servicios que se organizan desde el área en forma centralizada; y se fortalecieron espacios de capacitación y actualización continua del recurso humano en salud y de la comunidad. Entre algunas de sus actividades destacan la incorporación de la Tercera Cohorte del Programa de Médicos Comunitarios; la garantía del funcionamiento de las unidades sanitarias, con las prestaciones y cargas horarias establecidas por contratos nacionales provinciales y municipales (en el área programática de incumbencia); el fortalecimiento de las prestaciones en el Primer Nivel de Atención con énfasis en las actividades de promoción de la salud y detección de grupos y familias vulnerables; y el fortalecimiento de programas provinciales y municipales, entre otras.

último, de las relaciones entre los actores (individuales y colectivos) y sus prácticas participativas a través de la idea de redes de participación. La decisión metodológica de presentar el caso a través de dichas categorías analíticas (prácticas, sentidos y redes de participación) responde a una decisión argumental con el fin de esquematizar y esclarecer la exposición del campo.

Respecto de las **prácticas**, el caso de Berisso no se diferencia de los casos analizados recogidos en el relevamiento teórico de estudios empíricos. Se encuentran en común: charlas abiertas a la comunidad, talleres, peticiones y junta de firmas (entendidas como campañas de concientización); talleres de discusión y debate; rondas sanitarias; capacitación (externa e interna) y exposiciones, entre otras. En simultáneo, se relevan algunas especificidades a partir de observaciones participantes: entre éstas, la Jornada “Saludarte” (una jornada cultural dedicada a recoger y difundir las actividades conjuntas entre unidades sanitarias y actores y grupos de la comunidad que implica un modo particular de entender el quehacer en salud a nivel institucional), la charla “Hablemos de autismo en Berisso” (cuyo objetivo fue realizar un primer abordaje en la comunidad relacionado a los trastornos del espectro autista) y las Clases de Equinoterapia (un tipo de terapia que utiliza técnicas orientadas al tratamiento de personas con discapacidad –en especial niños–, en las que el elemento central es el caballo).

Por el lado de los **sentidos**, se eligen algunas dimensiones como vía de entrada a las percepciones y representaciones de los actores:

a) el origen de su participación: de las diez entrevistadas, tres dicen llegar a la PCS por su recorrido profesional (una pediatra –actual directora de salud del municipio–, una trabajadora social y una maestra de atención temprana); una por una problemática de salud familiar (madre de hijo autista) y las otras seis por su militancia política partidaria (cuatro se reconocen peronistas-kirchneristas-militantes del actual intendente y dos son militantes del movimiento social Frente Popular Darío Santillán).

b) El lugar de la militancia: es uno de los sentidos que se adhieren a la participación en salud y que, en algún punto, la fundamentan, justifican y permiten sostenerla y reproducirla, y que en algunos casos es un medio y en otros un fin de la PCS.

“Para mí acá es militar política y socialmente (...) Estoy militando porque el país lo necesita pero estoy militando porque yo también lo necesito y la gente necesita alguien que los trate bien, porque la gente se margina” (Entrevista 6).

“Uno lleva la impronta del rincón y de la militancia, no podemos negar que esto es militancia, si bien acá no es panfletaria la militancia, nosotras somos conscientes de que

estamos militando. Yo soy consciente que cuando doy una clase con un libro, yo estoy poniendo la militancia cuando elijo qué libro usar (...) cuando doy una clase de historia sé porque la doy así, la militancia está siempre” (Entrevista 7).

c) La concepción de salud que sostienen: las prácticas de PCS en las que se insertan las entrevistadas revisten sentidos y representaciones sobre la salud que, además de corresponderse con una concepción integral y positiva, les permite englobar su actividad como una práctica participativa en salud. Esto es visible, por ejemplo, en el relato de unas entrevistadas que al ser consultadas sobre si consideraban su intervención como parte de la salud del barrio responden:

“Total... estamos súper convencidas de que esto es saludable, esto es salud, todo es salud (...) Cuando acá viene un chico con sarna y el chico se va con la medicación, se va a una casa que no tiene piso, que el agua está a 200 metros... no tiene que ver con la salud. Si a ese chico no le lleva el asfalto, si no le llega el agua potable, si ese chico no tiene la escuela, si no tiene la medicación en la salita, la salud no existe (...) Y si XX, yo, Paula, Mónica o como quieran llamarle, no se sienta con ese chico cinco minutos y no se caga de la risa, la salud no existe. La cura de ese chico no va a pasar por el antibiótico: va a pasar por la caricia, por el momento que se le dio, por el acercamiento, porque lo llamen por su nombre, por un montón de actitudes que encuentran acá, en la calle, en todos lados, eso es salud. Y el que piensa que la salud es en un guardapolvo blanco con un estetoscopio colgando está a años luz, no entendió un carajo en la Facultad (...) eso viene de arriba, de una construcción creada, un simbolismo que se da, para ese tomar distancia (...) por eso también nos toman como algo ajeno a la salud, nosotros lo tenemos muy claro (...) nosotras aprendimos desde el desconocimiento todo el conocimiento que tenemos” (Entrevista 7).

d) Los sentidos sobre la misma PCS: de lo relevado en el caso, en esta ponencia se elige sólo dar cuenta de las representaciones que tiene la participación en salud para la trabajadora social de una unidad sanitaria para mostrar cuáles son los sentidos asignados en relación, por ejemplo, a la idea de una militante del FPDS que asegura que *“participar en salud para mi es, románticamente hablando, la posibilidad de llegar al cambio social”* (Entrevista 4). Y de hecho se refuerza romántico al cruzar esta idea con la que aporta una trabajadora social de una US: *“Lei que Carta Abierta en Salud dice que es la parte más retrasada salud en relación a generar cambios positivos porque se chocan con poderes fuertes y corporaciones (...) yo creo que son dos cosas: por los intereses y porque no hay una revisión del recurso humano que entra... son muy conservadores, hay que revisar la formación (...) no hay rigor, no hay materias sociales, y las que hay son una boludez y*

aburridas, dice 'la gente es buena y quiere participar' (...) entonces yo creo que tiene esas dos partes: los grandes intereses económicos y la formación" (Entrevista 5).

En este marco de su evaluación de los límites y barreras a la inserción de procesos democratizantes en salud, la trabajadora social realiza un análisis de la PCS que se vincula a algunos de los ítems relevados en el rastreo bibliográfico:

“El tema de la participación es compleja, porque la participación real, real, que realmente el otro tenga poder de decisión y tenga poder por lo menos para consultar, negociar y ver cómo se resuelve, si es algo superador o... eso no, te diría que es muy difícil, es prácticamente imposible. Porque hay una participación de acá para afuera, ‘participas el día que yo te llamo, el día que yo necesito’ esa es la participación (...) no se democratiza realmente la información, no se socializa” (Entrevista 5).

Sumados a estos sentidos, se releva en campo la **relación con el equipo de salud y con la comunidad de estos actores**, y se atraviesa el caso desde la dimensión analítica de **género**. En todo el trabajo, las categorías de análisis resultan del diálogo constante entre la teoría y la empiria, y es incluso a partir de este diálogo que surge el aporte más novedoso de la tesina: la incorporación de la idea de redes de participación para analizar la experiencia berissense de PCS. Las redes emergen desde la técnica metodológica empleada para entrevistar a los actores y en el mismo discurso se evidencian relaciones individuales e interpersonales con otros actores que participan en salud.

Considerada más una categoría analítica que una estructura real observada por los actores y en sus discursos y prácticas, se propone aquí un modo de construir el objeto de estudio de la tesina atravesando las diversas experiencias participativas analizadas en el estudio de caso por la dimensión de **redes de participación** para dar cuenta de las relaciones que las conforman. Así, lo característico del caso analizado es la evidencia de la existencia de redes de participación heterogéneas en tanto a los sujetos (individuales y colectivos) que la componen, el fundamento (institucional o personal) en que se apoyan y las relaciones de poder que fluyen en su interior⁶.

Lo interesante de analizar los procesos participativos en salud desde la perspectiva de las redes y, a su vez, a éstas analizarlas desde el tipo de relación que las origina, el tipo de sujeto que participa y las relaciones de poder que implica, radica en la heterogeneidad de discursos y prácticas de los que se puede dar cuenta. Se podría tomar el “caso Berisso” como representación de esta diversidad en el marco de las redes interpersonales de

⁶ Estos elementos son analizados en la ponencia pero se excluyen de la presente ponencia por una cuestión de extensión.

participación en salud. Participar en salud en Berisso, entonces, implica un entrar y salir constante a redes informales, semi-institucionalizadas algunas, transitadas apelando a distintas identificaciones y construyendo diferentes relaciones de poder, ocupando en ellas distintas posiciones y acciones de subversión o reproducción.

Conclusiones

Para analizar los aportes del trabajo de campo y arrojar conclusiones, se vuelve a la teoría y así, retomando algunos de los puntos expuestos en el modelo oficial de PCS, puede decirse que las acciones participativas analizadas involucran una participación activa, consciente y responsable pero acotada. El hecho de que sea libre y deliberada, en los términos anteriormente expuestos sobre la autonomía institucional, no puede afirmarse ya que resalta la constante interrelación con el ámbito institucional. Es clave el aspecto de la temporalidad *versus* la coyuntura, siendo que el caso revela que las estrategias participativas no se sostienen en el tiempo, lo que puede ser “resuelto” con procesos de institucionalización que parecen emerger. En ese patrón ideal construido, se piensa un ámbito sanitario donde la participación impregna todos los sectores, hay acceso a la información y los profesionales de la salud se comprometen en la proyección comunitaria. Estos aspectos no arrojan conclusiones relevantes en esta confrontación, como sí lo hace el principio de evaluación de la efectividad de la participación.

El ideal, también, supone instancias de capacitación y movilización de recursos de las que sí puede dar cuenta el trabajo de campo, del mismo modo que puede evidenciar el trabajo intersectorial y multisectorial, y la participación desde ámbitos individuales y colectivos.

Son las cuestiones del grado de autonomía/dependencia, la democratización del sector y la adopción de un enfoque integral de la salud, los tres elementos que condensan mayores interrogantes y que, por lo tanto, no pueden arrojar resultados concluyentes en esta etapa de la indagación. Se requiere mayor información y profundización para poder sustentar afirmaciones y argumentos constructivos.

Algunas de las conclusiones que sí pueden arriesgarse a partir de la etapa de análisis en la que se encuentra la tesina tienen que ver con que:

→ Si bien en las prácticas y desde sus discursos, dan cuenta de articulaciones con otros sujetos, organizaciones e instituciones del barrio y de la comunidad, los actores no se reconocen miembros de una red, sino sujetos aislados que participan en salud.

→ La participación en salud es una excusa para la búsqueda del cambio social (siempre se articula con). Si bien tal vez sus aportes no sean transformadores 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.

→ El acercamiento es desde la militancia principalmente.

→ Tienen un concepto de salud ampliado que les permite englobar su actividad en el marco de actividades de salud.

→ Hay un gran peso de la hegemonía médica: no ser profesionales es una carga negativa autoadjudicada (en la valoración de su propia actividad tiene mucho peso el no reconocimiento de la autoridad médica y política).

→ La participación es simbólica, ficticia, acotada en espacios y en intervenciones (es consultiva y no decisional).

La emergencia de aspectos claves que distinguen a Berisso de otras experiencias conocidas en la etapa de revisión bibliográfica sentó las bases para la reflexión teórica – que, a su vez, impulsó la presentación de esta ponencia– y la revisión conceptual y metodológica para la continuación del trabajo de investigación. En ese sentido se vuelven relevantes: la diversidad de actores y la construcción identitaria desde la que participan, las problemáticas de salud en las que se involucra la comunidad, la articulación comunitaria con las unidades sanitarias en tanto espacio de participación, la intersectorialidad del trabajo –evidenciado por los lazos entre salud, cultura y educación tanto informal como institucionalmente–, y los sentidos sociales que aportan a la propia actividad, a los lazos que fomentan y a los vínculos y el accionar estatal.

BIBLIOGRAFIA

- ABREU VELÁZQUEZ, M., (2009) "El trabajo social sanitario en la atención primaria de salud". ENE Revista de enfermería, ISSN-e 1988-348X, N° 3, 2, 2009, págs. 70-79
- ÁVILA, D., MIRANDA, A., VEZUB, M. y CEVALLOS, S., (2007) "Formación de Promotores de Salud: oportunidad para generar vínculos como estrategia de participación comunitaria". 3er congreso de APS Ciudad Buenos Aires, Área de Participación social y salud comunitaria
- BELMARTINO, S. y BLOCH, C., (1984) "Reflexiones sobre participación popular en Salud en Argentina". Cuadernos Médico Sociales - nro. 27. Rosario; Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, mar. 1984.
- 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. Edición nº1.
- DELGADO GALLEGU, M. y VÁZQUEZ NAVARRETE, M., (2006) "Conocimientos, opiniones y experiencias con la aplicación de las políticas de participación en salud en Colombia". Revista de Salud Pública, vol. 8. núm. 3. Noviembre 2006. Pp. 150-167.
- EGUÍA, A., ORTALE, O., PAGANI, M. y PAGNAMENTO, L., (2007) "Acerca del concepto de participación". En Eguía, Amalia y Susana Ortale (compiladoras) Coordinadores: A. Eguía y S. Ortale.. UNLP-CIC-IPAP Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. Págs. 19-39. Editorial EDULP, 2007.
- FRANKEL, D., (1988) "Hacia una definición participativa en salud: atención de los sectores populares del Conurbano Bonaerense". Cuadernos Médico Sociales - nro. 44. Rosario; Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, jun. 1988. Pp. 63-75.
- GIRALDO OSORIO, A., TORO ROSERO, M., MACÍAS LADINO, A., VALENCIA GARCÉS, C. y PALACIO RODRÍGUEZ, S., (2010) "La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables". Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 15, No.1, enero - junio 2010, págs. 128 - 143 ISSN 0121-7577
- GRODOS, D. y DE BÉTHUNE, X., (1988) "Las intervenciones sanitarias selectivas: una trampa para la política de salud del Tercer Mundo". Cuadernos Médicos Sociales nº 46 diciembre 1988. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales. Asociación Médica de Rosario.
- O'DONNELL, G., SCHMITTER, P., y WHITEHEAD, L., (1994) Transiciones desde un gobierno autoritario. Paidós. Barcelona.
- PAGNAMENTO, L., (2011) "Trabajo y género: entre la subordinación y la promesa de la democratización. El caso de los promotores de salud del municipio de La Plata. El proceso de trabajo de los Promotores comunitarios de salud: mujeres atendiendo mujeres".
- RESTREPO VELEZ y VEGA ROMERO, (2009) "Participación social y comunitaria en Atención Primaria de Salud - APS. Bogotá: para la muestra un botón". Revista Gerencia y Políticas de Salud (Colombia) Num.16 Vol.8
- RICHER, M., (2005) "Participación y organización comunitaria en el sector salud: servicios sociales quebequense". En Revista de Ciencias Sociales 2005, XI (mayo). Disponible en: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=28000210>> ISSN 1315-9518
- ROBLES-SILVA, L., (2011) "Dilemas éticos en el trabajo de campo: temas olvidados en la investigación cualitativa en salud en Iberoamérica". Ciência & Saúde Coletiva, 17(3):603-612, 2012.
- ROMERO UZCÁTEGUI, Y., RAMÍREZ ROMERO, E. y SÁNCHEZ ESCALANTE, C., (2010) "La participación comunitaria en la construcción de un modelo de salud contrahegemónico" Revista Venezolana de Análisis de Coyuntura [en línea] 2010, XVI (Julio-Diciembre). ISSN 1315-3617
- RUIZ GIMÉNEZ AGUILAR, JL., (2005) "Participación comunitaria. Documento de discusión sobre un modelo de participación comunitaria en el Sistema Nacional de Salud del Estado español", Revista Comunidad PACAP.
- SPINELLI, H., (2010) "Las dimensiones del campo de la salud en Argentina". Salud Colectiva, vol. 6, núm. 3, septiembre-diciembre, 2010, pp. 275-29. Universidad Nacional de Lanús. Argentina
- UGALDE y HOMESSES, (2008) "La descentralización de los servicios de salud: de la teoría a la práctica". En: Salud Colectiva v.4 n.1 Lanús ene./abr. 2008.