

Participación comunitaria en salud.

Belén Castrillo.

Cita:

Belén Castrillo (2013). *Participación comunitaria en salud* (Tesis de Licenciatura). FACULTAD DE HUMANIDADES Y CS.DE LA EDUCACION ; UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/belencastrillo/9>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pSYx/t1M>



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>.

Castrillo, María Belen

Participación Comunitaria en Salud: El caso de Berisso

Tesis presentada para la obtención del grado de Licenciada en Sociología

Director: Pagnamento, Licia Viviana

CITA SUGERIDA:

Castrillo, M. B. (2013). Participación Comunitaria en Salud: El caso de Berisso [en línea]. Trabajo final de grado. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. En Memoria Académica. Disponible en: <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.843/te.843.pdf>

Documento disponible para su consulta y descarga en **Memoria Académica**, repositorio institucional de la **Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (FaHCE)** de la **Universidad Nacional de La Plata**. Gestionado por **Bibhuma**, biblioteca de la FaHCE.

Para más información consulte los sitios:

<http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar> <http://www.bibhuma.fahce.unlp.edu.ar>



Esta obra está bajo licencia 2.5 de Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 2.5



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA

LICENCIATURA EN SOCIOLOGÍA

TRABAJO FINAL // TESINA

***Participación Comunitaria en Salud. El
caso de Berisso.***

Alumno/a. Castrillo, M. Belén

Legajo 92793/7

Correo electrónico:

belen.castrillo@hotmail.com

Director: Pagnamento, Licia.

INDICE

| | |
|--|------------|
| RESUMEN..... | 3 |
| INTRODUCCIÓN..... | 4 |
| CAPITULO I: PARTICIPACIÓN EN SALUD..... | 7 |
| La Participación Comunitaria en Salud como estrategia en APS..... | 7 |
| <i>Alma Ata y la estrategia de APS.....</i> | <i>7</i> |
| <i>La APS selectiva y la APS renovada. Primer nivel de atención en Argentina.....</i> | <i>13</i> |
| El modelo oficial de Participación en Salud: la concepción de la OPS/OMS..... | 17 |
| La perspectiva crítica de la PCS..... | 28 |
| CAPITULO II: LAS POLÍTICAS DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN EL CAMPO DE LA SALUD..... | 42 |
| CAPITULO III: APARTADO METODOLÓGICO..... | 59 |
| En primera persona..... | 64 |
| CAPITULO IV: ANÁLISIS DE PRÁCTICAS PARTICIPATIVAS EN SALUD RECUPERANDO LA PERSPECTIVA DE LOS ACTORES A TRAVÉS DE UN ANÁLISIS DE CASO..... | 69 |
| Prácticas y sentidos..... | 71 |
| Redes..... | 105 |
| CONCLUSIONES..... | 114 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 120 |

RESUMEN

La presente tesina expone una investigación que busca describir y analizar las prácticas y sentidos asociados a la participación comunitaria en salud (tanto la promovida por organismos estatales como la autogenerada desde la sociedad civil) a partir de un estudio de caso en el municipio de Berisso, considerándola como eje fundamental de las políticas de Atención Primaria de la Salud.

En este sentido, se presentan los debates que se dan en las Ciencias Sociales respecto a la construcción de un modelo de participación en salud por parte de los organismos internacionales del área (OPS/OMS) y el correlato en un enfoque crítico que lo problematiza y complejiza. A su vez, se ubica la participación en la lógica particular del campo de la salud y atravesado por el modelo de planificación estratégica como modo de objetivarlo en políticas públicas.

Posteriormente al apartado metodológico y a una reflexión personal del trabajo etnográfico, se exponen los resultados de un trabajo empírico que aborda el estudio del caso Berisso a partir de una serie de dimensiones que enriquecen el análisis. Por último y a modo de conclusión, se presentan algunas ideas que surgen del campo y se proponen nuevas líneas de investigación para continuar el trabajo.

Conceptos clave: Participación, Salud, Atención Primaria de la Salud, Campo de la salud.

AGRADECIMIENTOS

A mi directora, Licia Pagnamento, quien me apuntaló en todas las etapas del desarrollo de la tesina (desde la construcción de la pregunta hasta la escritura del informe final) y que me insta a seguir interrogándome y trabajando en el ámbito de la sociología.

INTRODUCCIÓN

La presente tesina es la exposición de una investigación que buscó describir y analizar las prácticas y sentidos asociados a la participación comunitaria en salud (tanto la promovida por organismos estatales como la autogenerada desde la sociedad civil) a partir de un estudio de caso en el municipio de Berisso, intentando conocer la articulación de las experiencias de los diferentes actores en el ámbito de la Atención Primaria de la Salud (en adelante, APS).

Basándose en la evidencia que asegura que en el último tiempo la APS y la participación forman parte de los lineamientos generales de las políticas en salud tanto a nivel provincial como municipal, se propuso dar cuenta y analizar la heterogeneidad de las experiencias participativas, recuperando la perspectiva de los actores. La relevancia de la indagación se vincula al hecho de que las acciones en materia de fortalecimiento de la estrategia de participación, no profundizan el hecho de la existencia de prácticas participativas autogeneradas por la sociedad civil, ni los vínculos y tensiones entre dichas experiencias y las organizadas por las instancias estatales de gestión. Por ello, en esta tesina se puso especial énfasis en considerar sus interacciones contextualizadas en características sociales concretas que suponen un escenario de fuerzas donde los acuerdos, el conflicto y las tensiones marcan improntas específicas, y donde se dan experiencias que posibilitan el empoderamiento comunitario.

La descripción, análisis y problematización de las distintas prácticas y sentidos de la participación comunitaria en salud (en adelante, PCS) se realizó considerando las actividades llevadas a cabo por organizaciones de la sociedad civil (características, detección de obstáculos, interpretación, propuestas superadoras y expectativas) así como la

promovida desde los ámbitos estatales, a través de estrategias de análisis cualitativas, centradas en la aplicación y reflexión crítica de los estudios de caso.

Se eligió enfocar la investigación hacia la salud porque, siguiendo a Pereira (2009), se considera que se trata de un área en donde las demandas de participación y el desarrollo de nuevas experiencias fueron más documentadas; se constata la puesta en marcha de un conjunto de ambiciosas reformas o programas sectoriales en la región, lo que ofrece un contexto interesante para examinar la forma en que los nuevos mandatos de equidad y construcción de ciudadanía se correlacionan con nuevas experiencias participativas; y es el campo de la política social que más ostenta niveles de inequidad y desigualdad. El recorte de la participación en salud se justifica, a su vez, por la búsqueda de equidad y de ampliación de la ciudadanía social al campo de la salud y por la aparente alineación de los componentes participativos de las reformas sanitarias con los enfoques y estrategias que se promueven desde los organismos internacionales especializados en salud (OPS/OMS) que adhieren a modelos de participación centrados en estrategias de capacitación, fortalecimiento institucional y difusión de información con el objetivo de generar en la población mayores capacidades para el autocuidado y el ejercicio de un mayor control sobre el estado de salud. Es en el marco de la situación actual caracterizada por la existencia de diferentes tipos de instrumentos, dispositivos y sentidos de la PCS que se vuelve relevante dar cuenta de ellos, describir, interpretar y analizarla. A los fines del presente trabajo, la exposición y el desarrollo de la temática de la PCS consistirá en la construcción de un tipo ideal (a partir del discurso oficial de los organismos e instituciones que la propulsan) para, con la consecuente comparación con experiencias concretas y el estudio de caso aquí propuesto, poder analizar cómo dicho *deber ser* se adapta o entra en tensión con la aplicación práctica (el *ser*).

En el desarrollo de esta tesina se muestra el ajuste constante de foco hacia ámbitos cada vez más específicos de investigación hasta llegar al mismo de la participación comunitaria en salud. Para dar cuenta de ese recorrido se exponen decisiones y debates inherentes y relevantes que precisaron ser saldados para construir el actual objeto de estudio. Así, en el primer capítulo se sitúa la participación en salud como una estrategia propia de las políticas de APS y para ello se explicita brevemente en qué consiste esta última, cuáles son sus variaciones históricas, sus principales características y sus objetivos fundamentales. A partir de ello, se presenta en dos apartados dentro del mismo capítulo, por un lado, la construcción discursiva oficial (en manos de la OPS/OMS) y, por el otro, el enfoque crítico de las ciencias sociales, de la participación comunitaria en salud, con la intención de exponer con una distinción analítica el abordaje teórico de la problemática. Posteriormente, en un segundo capítulo, se problematiza esta cuestión a partir de su re-politización y se propone estudiarla a partir de las ideas de campo de salud y planificación estratégica, y se consideran las principales críticas encontradas a los procesos de PCS analizados en estudios empíricos relevados en el rastreo bibliográfico. En un tercer capítulo se presentan las consideraciones metodológicas del trabajo empírico y se destaca un apartado interno especial dedicado a una reflexión “en primera persona” de la experiencia del relevamiento etnográfico. En lo siguiente, en el cuarto capítulo se presenta el análisis de caso del municipio de Berisso respecto a las prácticas y sentidos de la PCS, y se introduce una dimensión novedosa (que surge en el trabajo empírico) respecto a la existencia de redes de participación en salud. Por último, y a modo de conclusión, se presentan algunos resultados del análisis y posibles líneas de continuación de indagación.

CAPITULO I: PARTICIPACIÓN EN SALUD

Para analizar la temática de la participación en salud, resulta aquí preciso dar cuenta de su enclave como estrategia de la Atención Primaria en Salud (en adelante, APS), de su definición por parte de la Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS) y de las posiciones críticas, que la problematizan.

La Participación Comunitaria en Salud como estrategia en APS

•Alma Ata y la estrategia de APS•

En este apartado se busca dar cuenta de los lineamientos principales de la política de APS y la preeminencia de la participación comunitaria en salud (en adelante PCS) en dicha política, para poder debatir posteriormente, asentados en el análisis de la implementación en un caso particular, los alcances, limitaciones, tensiones y contradicciones que conlleva.

La Conferencia Internacional de APS realizada en Alma Ata el 12 de septiembre de 1978, fue un encuentro convocado por OMS, UNICEF y el Gobierno de la URSS que contó con la participación de 134 países, 67 organismos internacionales y decenas de organizaciones no gubernamentales y marcó un hito en la atención de la salud a nivel mundial (OPS/OMS; 2004).

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 participación¹. Surge asociada a la

¹ 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

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 integralidad², flexibilidad, universalidad, racionalidad tecnológica/eficacia y costo³, regionalización, descentralización, intersectorialidad, interjurisdiccionalidad, participación social, interdisciplinariedad, capacitación permanente, y equidad⁴.

La estrategia de APS se asienta en una particular construcción de la salud⁵ que

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

² El criterio de integralidad implica que se tome a cargo a la vez la demanda de atención y los aspectos de prevención y promoción de la salud, considerando que la APS implica dos premisas aparentemente contradictorias pero complementarias: el campo de salud es vasto y no está claramente delimitado y la salud no es más que una de las preocupaciones de las personas (la APS requiere ser integral porque la realidad misma de la salud y la enfermedad es integral, multidimensional y porque su fin último es integral: más ambiciosamente social que estrictamente médico).

³ La eficacia real de la APS puede medirse sólo a largo plazo, es decir conforme a la meta y objetivos mismos de esta estrategia, aunque la mayor parte de los indicadores habituales de salud son indicadores cuantitativos discutibles en sí mismos, marcados con un a priori cultural en su selección, y que aprehenden la realidad de un modo extremadamente puntual y fragmentario.

⁴ El principio de equidad descansa en una exigencia de justicia social, racionalidad y eficacia y tiene repercusiones múltiples: a) refuerza la necesidad de descentralizar los servicios de salud (redistribución del poder y autonomía de la cima a la base: del centro político-hospitalario-administrativo hacia las estructuras periféricas de APS)

⁵ Si se buscara esquematizar la problemática de investigación de la presente tesina, sería útil un gráfico de círculos concéntricos que incluiría en el perímetro de mayor extensión un debate sobre las concepciones de la salud (a nivel histórico y teórico) en las que se sustentan las distintas prácticas de atención que permiten pensar procesos participativos vinculados. La forma de concebir la problemática determina/condiciona el modo de intervenir/abordarla/buscar soluciones: la concepción de salud que se tenga, incidirá sobre el modo de intervenir sobre ella. Aquí radica el constante diálogo histórico que explica los cambios en los modos de concebir la salud y la enfermedad y el correlato en la práctica médica y política: esos cambios, a su vez, son expresión de cambios sociales mayores: *“las representaciones y prácticas de salud tienen un desarrollo y una ubicación en el tiempo y en el espacio, en estrecha relación con la realidad económica, política, social y*

realiza la OMS/OPS, que se cristaliza en la idea que sostiene en 1946 de que la salud es “*el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad*”, un concepto histórico y dinámico, que cambia de acuerdo con las ideas dominantes de cada sociedad. En este sentido, la Oficina Panamericana de la Salud (en adelante OPS) en 1989 la vincula con el desarrollo productivo y la inversión en capital humano: se sostiene en la idea de que si un país crece económicamente y se distribuye equitativamente la riqueza entre sus habitantes, se obtendrían altos niveles de salud, y como consecuencia habría una fuerza de trabajo más eficiente y sólida capaz de producir más y de mejor calidad. Paralelamente, hacia 1995 complejiza la concepción al pensar la salud dentro del proceso de desarrollo social y de las libertades democráticas: “*existen vínculos entre la salud, las formas de organización social y los diversos aspectos de los derechos y libertades de la gente, el ejercicio de la democracia participativa acrecienta las posibilidades de que se produzcan los tipos de acción comunitaria que conducen a una mejor salud*” (OPS). Se puede sostener, siguiendo a Vélez Arango (2007), que se asiste al redimensionamiento del concepto salud que dio paso a conceptos más integrales que tienen en cuenta las acciones de conservación y restablecimiento de la salud, parámetros de equidad, la perspectiva de capacidad como titulación básica y los conceptos de calidad de vida y mínimo vital; a los cuales subyace una noción de derecho a la salud como aspiración de justicia social fundada en el alcance de un nivel básico sustancial para todos los ciudadanos. Hubo un pasaje del concepto de OMS de la salud como “*completo estado de*

cultural de una comunidad o de un grupo social” (Vergara Quintero; 2007). En este sentido, una parada necesaria en la tarea de dar cuenta de los debates intrínsecos a la construcción de concepciones de la salud, es la vinculada a la decisión de definir salud, enfermedad o ambas. Aquí se elige hablar de la relación de interdependencia entre las concepciones de la salud y los modos de intervenir y pensar la enfermedad, tradicionalmente conocido como proceso salud-enfermedad-atención (PSEA). Se trata de una construcción social e individual mediante la cual el sujeto elabora su padecimiento que, a su vez, condiciona los tipos de ayuda a buscar: la percepción está mediada por condiciones materiales de vida y por la percepción de la salud en un contexto sociocultural específico. (Sacchi y otros; 2007)

bienestar” al de hoy, en que se asiste a una “*entronización de la salud y de la vida como valores supremos que están por encima de cualquier otro valor*”. Así, la salud aparece como la “*manifestación de la capacidad de adaptación del hombre a su ambiente; resultado final de una completa red de determinaciones⁶ biológicas, históricas y culturales*”: un proceso de adaptación como respuesta a unas condiciones dadas por la forma en que cada individuo participa del proceso social, económico y político (Vélez Arango; 2007)⁷.

La OPS/OMS ha promovido la APS como la estrategia desde la cual garantizar a la población el derecho a la salud a través de servicios integrales de salud, contribuyendo a hacer una realidad varios de sus elementos más esenciales tales como cobertura y acceso universal; atención integral, integrada y continua; organización y gestión óptimas; y acción intersectorial, entre otros. Los atributos de esta propuesta incluyen *posturas valorativas* (derecho a la salud y acceso universal), *arreglos institucionales* (financiamiento adecuado, recursos humanos suficientes y comprometidos con el sistema, acción intersectorial amplia y un sistema de toma de decisiones participativo), y *normas organizacionales* y del modelo

⁶ En este sentido, Laframboise establece cuatro determinantes de salud: a) biología humana, referido a aspectos de salud física y mental que se desarrollan en el cuerpo humano (herencia genética, proceso de maduración y envejecimiento de la persona); b) medio ambiente, fenómenos relacionados con la salud, que son externos al cuerpo humano, y sobre los cuales las personas tienen poco o ningún control; c) estilo de vida, referido al conjunto de decisiones que las personas toman acerca de su salud y sobre las cuales tiene un relativo control; y, d) organización de la atención de la salud, cantidad, calidad, ordenamiento, naturaleza, y relaciones de la gente, y los recursos en la provisión de los servicios de salud (Giraldo Osorio y otros; 2010). La epidemiología crítica postula entre sus principios el identificar los determinantes de la salud que se ubican en los diferentes dominios del movimiento social: las contradicciones entre lo saludable (disfrute de valores de uso) y lo destructivo (padecimiento de procesos deteriorantes o contravalores) corresponden a los dominios general (instancias estructurales como el trabajo y el consumo, instancias políticas como la capacidad organizativa de cada grupo, e ideológicas como el grado de conciencia, tanto de la sociedad más amplia como del grupo), luego las mediaciones (gremiales, familiares y de género) y finalmente el dominio singular (donde se inscriben los dominios del fenotipo y del genotipo con el conflicto entre las defensas fisiológicas y capacidades reactivas versus la fisiopatología y vulnerabilidades) (Romero Uzcátegui y otros; 2010).

⁷ Aunque excede a la problemática de esta tesina, las diferencias dentro de esta conceptualización integral tienen que ver con pensarla como un bienestar, un equilibrio, una adaptación y con incorporar o no la noción de conflicto. Para conocer las críticas al concepto de salud de la OMS ver FLOREAL FERRARA, (2009). “Conceptualización del campo de salud”. Disponible en: <http://fordocsalud.blogspot.com.ar/2009/08/conceptualizacion-del-campo-de-la-salud.html>

de atención de la salud. La nueva orientación ideológica, que marca rupturas con los modelos tradicionales, supuso cambiar de la asistencia al enfermo a la atención a la salud; de la curación a la prevención y promoción de la salud; de la pasividad del enfermo a la participación ciudadana; de la asistencia individual al trabajo en equipo; de la percepción individual y biomédica a la percepción social y comunitaria. Comprende actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social (Abreu Velázquez; 2009). A su vez, se postula un cuidado de la salud centrado en la persona, la familia y la comunidad, con proveedores a cargo de una población y territorio definidos; con una extensa oferta de establecimientos y servicios de salud, con inclusión de servicios de salud pública (prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos); la entrega de servicios de especialidad en el lugar más apropiado (generalmente extrahospitalarios); mecanismos de coordinación asistencial en todo el continuo de servicios; y gestión integrada de los sistemas administrativos y de apoyo clínico, con un sistema de información integrado (Báscolo; 2010).

Entre los fundamentos de la estrategia de APS se afirma que las principales causas de mala salud están en las condiciones de vida y el medio ambiente (general) y en la pobreza, desigualdad social y distribución injusta de recursos en función de las necesidades (particular); que la salud es una preocupación de las personas por ello deben participar total y realmente en las tomas de decisiones que les conciernen; y, que los servicios de salud deben suministrar atención curativa y preventiva, y también emprender acciones de promoción sanitaria y rehabilitación social.

En el afán de contextualizar y definir la estrategia de APS, hay que dar cuenta de su complejidad a través, por ejemplo, de lo que Grodos y De Béthune (1988) llaman cuatro

perspectivas de puesta en práctica de la APS:

1. *Nivel de atención*: el más próximo a las personas, se supone descentralizado, fácilmente accesible y capaz de cubrir la población de cada zona. 2. *Programa de acción*: que comprenda los ocho componentes básicos⁸ y que responda al carácter necesariamente múltiple de la acción médico-sanitaria, cuya gestión consiste en partir de la demanda de atención que emana una población, identificar grupos de riesgo y responder racionalizando la oferta de atención posible. 3. *Estrategia de organización de servicios de salud*: que vuelva a colocar sobre sus pies el sistema médico sanitario poniendo al hospital al servicio de centros de salud, que integra las actividades de medicina curativa, de prevención y de promoción sanitaria, que apela a la participación real de la población y que considera que la respuesta a los problemas de salud viene de una cooperación intersectorial. 4. *Filosofía general*: que vuelve a poner a la medicina en su lugar tratando de responsabilizar a los individuos y las comunidades con respecto a hacerse cargo de su salud, no reclamando un desvío excesivo de recursos hacia el sector sanitario en detrimento de otros, considerando la equidad en la distribución de atención y considerando la salud de manera global.

Tal como se ha destacado, en el paquete de políticas públicas que supone la adopción de la estrategia de APS (y en las reflexiones teórico-políticas e ideológicas al respecto) hay una constante referencia a la preeminencia de la participación comunitaria en salud en su planificación, implementación y ejecución. Dicha preeminencia se establece en la misma Declaración de Alma Ata de 1978 al sostener que la APS

“entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores; exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la APS, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar” (OMS/OPS; 1978).

⁸ Tratamiento de enfermedades corrientes, protección materno-infantil, vacunaciones, educación de la salud, lucha contra la desnutrición, prevención y control de enfermedades endémicas, suministro de medicamentos esenciales y saneamiento del medio (provisión de agua potable)

Esta preeminencia del eje de la participación de la puesta en acto de la estrategia de APS es la puerta de entrada elegida para analizar la implementación particular de esta política pública en un estudio de caso.

•La APS selectiva y la APS renovada. Primer nivel de atención en Argentina•

En APS, el pasaje de la formulación teórico ideológica a la implementación política se aleja del ideal y se vuelve selectiva y focalizada. Esta APS Selectiva está concentrada en algunas intervenciones, dirigida a grupos de población precisos y maximiza la eficiencia en el uso de recursos junto a la renuncia a la integralidad, un enfoque de patologías y un énfasis en los síntomas (y no a las causas estructurales). La APS se transforma en un conjunto de programas sanitario compensatorios, en un programa de atención a la pobreza extrema: *“una ‘ambulancia’ que recoge los heridos que deja la política económica”*. Las características históricas, políticas, económicas y culturales de cada país⁹ determinaron un alto grado de segmentación¹⁰ en la conformación de los sistemas de servicios de salud, generando la coexistencia y/o superposición de sistemas dirigidos a diferentes segmentos de la población. Esto constituye un condicionante estructural de la fragmentación de la provisión de los servicios de salud, que se expresará de distintas formas en su organización y gestión. Los procesos de desarrollo de políticas de APS contienen decisiones vinculadas

⁹ La adaptación y resistencias del Tercer Mundo al programa de APS se suman al rechazo, por parte de las élites administrativas, políticas y médicas, de una estrategia que se pretendería imponer desde el exterior en bloque y sin matices, exponiéndola de este modo al reproche de ingerencia neo-colonialista. Los organismos internacionales de ayuda al desarrollo desviaron los recursos ya escasos hacia un enfoque selectivo de APS sobre la base de una eficiencia más grande, eliminando la posibilidad de una participación de las personas en la toma de decisiones en el dominio de su propia salud.

¹⁰ Bursztyn y otros (2010) definen la segmentación como la *"coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión, 'especializados' de acuerdo a orientado a los pobres; en el subsistema de seguridad social, especializado en los trabajadores formales y sus dependientes; y en un subsistema privado con fines de lucro, concentrado en los segmentos más ricos de la población"*. Se manifiesta, tanto para la provisión como para el aseguramiento, en un subsistema público” y la fragmentación como la coexistencia de muchas unidades/entidades no integradas en la red de servicios de salud.

con la distribución de recursos financieros entre los actores involucrados, lo cual toma un carácter implícito o explícito de puja distributiva, como una de las puestas en juego que caracteriza la conflictividad de la economía política de ese proceso social (Báscolo; 2010). Se pretende reducir la atención social de la salud y la enfermedad a la mera gestión de recursos alejada de un procedimiento de intervención social global (Abreu Velázquez; 2009). Los sistemas sociales y los de salud se encargaron de que los sectores populares internalizaran que sus problemas de salud son problemas individuales (producto de la ignorancia) por lo que las soluciones son individuales: así, los programas son dirigidos a educar y modificar hábitos (Cortazzo y otros; 1996). Entre las críticas a la estrategia de APS¹¹, Morgan (1993) señala que la carta constitutiva de Alma Ata deja la impresión de que se podía mejorar la salud sin considerar el ámbito político, las relaciones de poder o las desigualdades sociales. Así mismo, marca la reducción del gasto social coincidente con el neoliberalismo y neoconservadurismo como razones del fracaso de la APS, que es objeto de crítica por Grodos y De Béthune (1988) por ser falsamente apolítica (refleja los intereses del establishment de financiadores), por tener un enfoque muy técnico de los problemas de salud, sin cuestionar mecanismos sociales, políticos y económicos y por reposar sobre presupuestos socializantes. En complemento, realiza una crítica a los agentes: responsabilizar a las personas y las comunidades en lo que se refiere a su salud supone una cierta desmedicalización de la acción sanitaria, una cierta desmitificación del poder del médico y de la autoridad de la medicina, que se oponen a la participación real.

En la revisión que se realiza en 2003, al cumplir 25 años de Alma Ata, la OPS/OMS

¹¹ Las críticas de Grodos y De Béthune (1988) a la APS Selectiva se centran en las intenciones políticas que esconde (el favorecimiento a la industria medico-farmacéutica); su funcionalidad como instrumento de control social; su simplismo técnico; su ineficacia por falta de equidad, entre otros. La especificidad histórica y cultural de cada país, de la que la política sanitaria es una dimensión, hace totalmente imposible la aplicación universal de programas de acción sanitaria estandarizados.

presenta un documento de posición respecto a la Renovación de la APS en las Américas que *“define los valores, principios y elementos esenciales que deben estar presentes en un enfoque renovado de APS, en lugar de describir un modelo rígido al que deban ajustarse todos los países. Cada país tendrá que encontrar su propio camino para crear una estrategia sostenible con el fin de basar sólidamente su sistema de salud en la APS”*. Dicho documento marca las razones que justifican la adopción de una estrategia renovada de APS, por haberse concretado selectiva y focalizada, (entre los que se destacan los nuevos desafíos epidemiológicos; la necesidad de corregir las debilidades e incoherencias presentes en algunos de los diferentes enfoques respecto a la APS; el desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre mejores prácticas y su contribución en la mejora de la efectividad de la APS; y por último, el reconocimiento creciente de que la APS es una estrategia para fortalecer la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud¹²) para lograr una atención universal, integral e integrada. Este intento por *“fortalecer la APS”* se nutre de lecciones aprendidas en torno a las barreras y a los factores¹³ que facilitan el desarrollo de la APS y marca líneas de acción estratégica, tanto a nivel del país, subregional, como regional y mundial, marcando la importancia de la construcción de alianzas y sosteniendo que *“el principal objetivo de las líneas de acción propuestas es desarrollar o fortalecer los sistemas de salud basados en la APS en toda la Región de las*

¹² Esto porque *“se considera que un enfoque renovado de la APS es una condición esencial para cumplir con los compromisos internacionales vinculados a objetivos de desarrollo, incluidos los presentes en la declaración del Milenio, así como para abordar los determinantes sociales de la salud y alcanzar el nivel de salud más alto posible para todos; y para codificar la salud como un derecho humano, como han articulado algunas constituciones nacionales, grupos de la sociedad civil y otros”* (OPS/OMS; 2003).

¹³ Entre las barreras identifica: dificultades inherentes a la transformación del sector salud desde los enfoques curativos (en el marco hospitalario); hasta los preventivos (en el ámbito de la comunidad); segmentación y fragmentación de los sistemas de salud; falta de compromiso político; coordinación inadecuada entre las comunidades y las entidades locales, nacionales y agencias internacionales (incluyendo las políticas de ajuste y el énfasis en los programas verticales); utilización inadecuada de la información local y la escasa cooperación intersectorial; clima económico: cambios en las ideologías económicas y políticas e inestabilidad de las condiciones macroeconómicas; inversión en recursos humanos: necesidad de capacitación integral técnica y humanística (OPS/OMS; 2003).

Américas, para lo que se requerirá de los esfuerzos conjuntos de los profesionales de la salud, los ciudadanos, el gobierno, la sociedad civil y las agencias multilaterales y bilaterales, entre otros” (OPS/OMS; 2003)¹⁴.

El conjunto de programas y estrategias que supone la política de APS (con la preeminencia del fomento de la PCS) encuentra en Argentina una de sus realizaciones en el Plan Federal de Salud de 2003, que plantea a largo plazo un sistema de salud equitativo e integrado, con un rol activo de un Estado garante del bienestar de la población y donde la estrategia de APS es la organizadora de todo el sistema, como la *“estrategia que concibe integralmente los problemas de salud–enfermedad–atención de las personas y del conjunto social, a través de la integración de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación”*. El Ministerio de Salud de la Nación se plantea la necesidad de recuperar la concepción que equipara la APS con el primer nivel de atención, y sin embargo, ubica al hospital como centro del sistema asistencial, conformando el obstáculo de la APS en la cultura hospitalocéntrica del sistema y la histórica puja de actores fue el freno de los intentos de integración en función de intereses corporativos. El Programa de Salud Familiar de 2009 intentó una unificación de diversos programas de APS implementados en concertación entre el Ministerio Nacional, las provincias y municipios. El Estado Nacional intentó recuperar la capacidad de rectoría a través de programas de implementación local a los que se asignan fondos nacionales y también lo intenta en el espacio de concertación que es el COFESA (Bursztyn y otros; 2010).

“La estrategia de APS en tanto política pública obliga al Estado a un enorme esfuerzo de coordinación y cooperación entre diferentes agencias. La APS, podría decirse, obliga a una gestión de la intersectorialidad que rompe con los tradicionales modelos de la gestión pública (...) la fragmentación de las instituciones y la distribución de los Ministerios y Secretarías como recursos de poder que se reparten entre los grupos o líneas que participan del partido

¹⁴ Las líneas de acción específicas tendientes a la consecución de una APS Renovada pueden verse en el documento de posición de la OPS/OMS de 2003.

gobernante dificulta la intersectorialidad y aumenta sus costos” (Ase y Buriyovich; 2009).

Así, luego de presentar la PCS como una estrategia en APS, explicitando cómo se entiende la APS en Alma Ata, qué concepción de salud la sustenta, y cómo es el pasaje histórico de una APS integral a una selectiva y a una renovada (y qué correlato tiene éste en el carácter de la participación en salud), se profundiza ahora en la idea de la PCS como objeto de construcciones ideológicas y teóricas por parte de los organismos internacionales que intervienen en salud y de los intelectuales de las ciencias sociales.

El modelo oficial de Participación en Salud: la concepción de la OPS/OMS

Como eje fundamental de las políticas de APS (y al igual que ésta), la PCS es un aspecto que reviste una formulación *ideal* y un correlato real que puede o no reflejarla. El objetivo principal de esta tesina es conocer las prácticas participativas heterogéneas que se dan en el caso analizado y para ello, este capítulo desarrolla la construcción discursiva de la participación comunitaria (en adelante PC), y en particular, la referida al ámbito de la salud propuesta por la OMS, para generar una matriz de comparación y análisis.

La conceptualización que realiza la OPS/OMS (y otros organismos) de la participación en salud tiene una historia de redefiniciones y resignificaciones que van construyendo el modelo oficial. Así, en primer lugar, en 1972 en el “Plan para un Decenio de Salud” aprobado por los Ministros de Salud de las Américas y la OMS, se planeaba ampliar la cobertura de salud con los métodos de APS y PC, siendo ésta no definida, pero sí enfatizada la necesidad de organización comunal, colaboración voluntaria con los trabajadores de la salud, cooperación, motivación y educación. La comunidad es vista como una fuente no explotada de amplio potencial, cuya cooperación activa podría ayudar a los

gobiernos en sus luchas por mejorar las condiciones de vida. En 1978, en la IV Reunión de Ministros, se define la PC como un proceso de desarrollo conciente y como capacitadora en el marco de un esfuerzo para identificar y promover los cambios estructurales (en los sistemas y subsistemas sociales e institucionales que es necesario efectuar para desarrollar una sociedad); y las transformaciones en las personas, comunidad e instituciones para lograr el desarrollo social e individual. Esta conceptualización promete apoyo al conocimiento local-comunal y a la capacidad para la toma de decisiones; asigna igual responsabilidad a los vecinos y al personal de salud en las decisiones y establecimiento de prioridades; admite (a diferencia del resto) que el significado, el contenido y el grado de PC están gobernados por el entorno sociopolítico. Así, esta definición permite una mayor autonomía y autodeterminación por parte de las comunidades; es más agresiva y permite la apropiación del poder (en comparación la de Alma Ata que le da al gobierno un papel central para la canalización de la PCS).

En segundo lugar, la definición de OMS y UNICEF en Alma Ata (1978) piensa la PCS 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»*. Se trata de un proceso mediante el cual los individuos y las familias llegarían a ver la salud no como un derecho sino como una probabilidad. La estrategia desestimularía la aceptación pasiva de los programas patrocinados por el gobierno, sustituyéndola por la participación activa (cooperación) de la comunidad en todas las etapas: evaluación de situación, definición de problemas y de prioridades.

Otro organismo internacional que participa con su definición es el Banco Mundial que si bien no ha sido un actor protagónico en el movimiento de APS, su política en relación a la PC es importante porque ejerce una gran influencia en la política económica y social de los países en desarrollo. En 1980 define la PCS con múltiples componentes, *“incluyendo la autoayuda para la construcción de instalaciones, contribuciones comunales de materiales de construcción, desarrollo de mecanismos de cooperación local para financiar las compras de medicamentos, trabajadores voluntarios y selección comunal de trabajadores de salud (...) la PC requiere que los habitantes quieran y puedan cooperar”*. La meta óptima de la PC es *“lograr con éxito la participación cada vez mayor y más amplia de la comunidad durante un período indefinido: aquellas comunidades que no logren mantener el impulso se excluyen del programa”*.

Además, la ONU en 1981 afirmaba que la *“PC es la creación de oportunidades accesibles a todos los miembros de una comunidad y en conjunto a toda la sociedad, para contribuir activamente e influenciar el proceso de desarrollo y compartir equitativamente los frutos de este desarrollo”* y en Ottawa (1986) el concepto de PC cobra una mayor dimensión: la comunidad debe participar en la tarea de decisiones a tomar en la planificación, ejecución y control en las acciones de promoción de la salud. Finalmente, en 1990 al instituirse los sistemas locales de salud (SILOS) como nueva estrategia, la participación social se vincula a la fusión de los actores sociales (organización, instituciones y sectores) de una localidad determinada con el fin de definir sus problemas de salud y señalar las alternativas en forma conjunta¹⁵.

En todos los casos, se suma a la construcción de un modelo oficial de PCS asentado

¹⁵ Morgan (1993) profundiza el análisis de lo que la llama la ideología de la PC reflejada en las políticas de salud de los organismos internacionales en una tipología sobre las concepciones de participación para círculo del desarrollo, reformistas, críticos radicales y marxistas.

en la autorresponsabilización, el autocuidado y en sujetos que son agentes de su propio desarrollo y del desarrollo comunitario.

En el marco de estas conceptualizaciones, la participación en salud resulta un proceso por el cual los individuos se hacen cada vez más responsables de su propio cuidado y de los de su comunidad¹⁶, y a la vez se erige como un derecho, una forma de sensibilizar a las personas para que intervengan en la definición y en la búsqueda de solución a sus problemas. La participación debería favorecer la intervención de la gente en la toma de decisiones, en el uso de los beneficios de los programas que se realizan y en su intervención activa en la planificación, ejecución y evaluación de los mismos; ya que el núcleo central y objetivo final de la PC es el desarrollo comunitario (que describe un conjunto complejo de procesos en los que se involucra la gente para aumentar los niveles de vida y la productividad, y para lograr ciertos objetivos políticos y sociales)¹⁷. Se trata de una toma de conciencia de la situación y de los problemas orientada hacia el cambio. Por ello es preciso

¹⁶ Entre las definiciones relevadas, se elige trabajar con la de Ruiz Giménez Aguilar (2005) que piensa la comunidad como «una agregación social o conjunto de personas que, en tanto que habitan en un espacio geográfico delimitado y delimitable, operan en redes estables de comunicación, pueden compartir equipamientos y servicios comunes y desarrollan un sentimiento de pertenencia o identificación con algún símbolo local, y como consecuencia de ello, pueden desempeñar funciones sociales a nivel local de tipo económico (producción, distribución y/o consumo de bienes y servicios), de socialización, de control social, de participación social y de apoyo mutuo». La elección de una definición es a los fines de enmarcar el presente trabajo, pero se tienen en cuenta los debates en torno al componente conflictivo esencial de toda comunidad que destierra la idea de homogeneidad.

¹⁷ Los supuestos de la PC viran en torno a diversos aspectos: supone autonomía y el control en la toma de decisiones sobre un problema; implica en su desarrollo la necesidad de organizarse; afirma que el involucramiento de la gente genera más participación y se traduce en una mayor eficacia de los programas, y que la población que participa pone en juego su saber local y genera actividades creativas y transformadoras; constituye una forma de control del clientelismo (aunque otros dicen que en sí misma es una forma de control); permitiría potencialmente generar acciones no sólo más eficaces, sino también más baratas en términos de recursos de la población y financieros de las organizaciones; los grupos que son objeto de discriminación son los que tienen mayor participación social; la participación social activa con permanencia en el tiempo y con logros concretos es aquella llevada a cabo por organizaciones impulsadas por problemas puntuales y no en torno a problemas genéricos (Eguía y otros; 2007). Resulta relevante cruzar distintos análisis y dar cuenta de cómo se vinculan algunos de éstos a falsos supuestos del trabajo comunitario: a) considerar a las comunidades como realidades homogéneas con intereses compartidos (sin dar cuenta del consenso, conflicto, cooperación y disociación); b) concepción ingenua acerca del comportamiento y conductas de las personas cuando se les propone acciones de bien público; c) las necesidades, problemas e intereses comunes no bastan en sí mismos para transformarse en factores movilizadores; d) líderes comunitarios autoritarios y manipuladores que deciden la actuación de su gente.

comprender los procesos sociales y políticos en los que se encuentra a inmersa la PC.

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 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 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 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 (Pagnamento; 2011).

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). 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, Ruiz Giménez Aguilar (2005)¹⁸ 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 *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). La PC obedece a un entramado de factores

¹⁸ 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”.

internos y externos, combinando así tintes racionalistas y culturistas. Entre esta diversidad se puede dar cuenta del cálculo anticipado de los beneficios de participar; la existencia de identidades colectivas sólidas que proyecten una representación social positiva acerca de la participación y construyan consenso en torno a las necesidades del grupo; la trayectoria participativa previa de la comunidad (capital social acumulado); y, la presencia de actores exógenos que den soporte organizativo a la participación, fomentándola a través del uso de incentivos de carácter material o simbólico (García; 2002).

Así, desde esta construcción discursiva¹⁹, 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 (para el estado de salud y la organización de los servicios sanitarios). Y, por el otro, 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

¹⁹ Los antecedentes teóricos y operativos de la PCS se vinculan a políticas de la OMS/OPS y UNICEF vinculadas a la Estrategia de Atención Primaria y Extensión de Cobertura y a su concepción que enlaza causalmente la pobreza, el atraso, el subdesarrollo y la enfermedad: ubica en el interior de las sociedades latinoamericanas las causas del subdesarrollo y sus secuelas de miseria y enfermedad, y encuentra la solución en la integración de las comunidades marginales a los beneficios de la sociedad de consumo. Es una concepción dualista y dicotomizada de la estructura social que propone como remedio universal la transformación del polo de atraso y su equiparación con el de modernidad, a través de la política social.

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; porque 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, 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. Específicamente tiene como fines:

I- Involucrar a la comunidad en el análisis de sus problemas y en la identificación sus necesidades de salud más importantes (es necesario construir conjuntamente los valores culturales y sociales sobre la salud y la enfermedad que facilitan la autonomía individual y colectiva). II- Reforzar el papel de protagonista de la ciudadanía como sujeto del cuidado de su salud aumentando su responsabilidad. III- Desarrollar los servicios sobre una base comunitaria: los ciudadanos deben participar activamente en los centros de salud en el diagnóstico y priorización de las necesidades, en la movilización de recursos comunitarios y en el desarrollo y reorientación de programas de salud. IV- Dar a la comunidad el control social de la planificación y evaluación del funcionamiento de los servicios. V- Potenciar el abordaje multisectorial y la coordinación intersectorial (reduce el predominio de los profesionales en las decisiones y contribuye así a la desmedicalización) (Ruiz Giménez Aguilar; 2005)²⁰.

En el análisis de la PCS, la dimensión de los *actores* que participan es clave: la multiplicidad incluye desde *organizaciones* formales a toda la gama de asociaciones y grupos (con un grado variable de formalización y continuidad) y a los *individuos* (Ruiz Giménez Aguilar; 2005). En Alma Ata, la PC es concebida en dos tipos de sujetos: por un lado, *familias e individuos* que asumen responsabilidades en salud y bienestar propio y de la colectividad, que conocen su situación y resuelven problemas (agentes de su propio desarrollo en vez de beneficiarios pasivos de la ayuda al desarrollo²¹); y, por otro, la *comunidad*, que interviene en la evaluación de la situación, la definición de los problemas y prioridades, el plan de actividades de APS y la cooperación en ellas²². Junto a estos sujetos, se les asigna un lugar a los *técnicos*: *“la planificación central ha de tender a que las comunidades puedan organizar sus propias actividades de APS, ha de darles una clara idea de la función que desempeñan en la estrategia nacional de la APS y, en su propio*

²⁰ Sumada a las características y objetivos, Ruiz Giménez Aguilar (2005) realiza una argumentación sobre los factores facilitadores para la PCS en la política sanitaria, en los servicios de salud y en la comunidad.

²¹ Según los autores lo de ser agentes de su propio desarrollo se sustituye por la colaboración con sujetos que definen las prioridades y contenidos de ese desarrollo.

²² A la responsabilidad de la comunidad deberá corresponder una paralela responsabilidad de los gobiernos: una política nacional diáfana que fomente la cohesión de la comunidad en torno a la salud, que promueva la coordinación a nivel local de todos los programas sectoriales que influyen en la APS, que mejore la capacidad de las comunidades para dar a conocer sus aspiraciones sanitarias y otras de índole social, y que garantice la fiscalización por la comunidad de los fondos que ésta invierta en APS y del personal que la proporciona.

nivel, en el proceso general de desarrollo” (los técnicos darán los lineamientos de acción y la población deberá organizar su actividad conforme a dichas pautas).

Existen otros tópicos que sirven de entrada y dimensiones para analizar y describir las experiencias concretas de PCS como los tipos y ámbitos de participación²³; los mecanismos, sus características y funciones²⁴; y la práctica participativa en salud considerada como principal que es la promoción de la salud²⁵.

Finalmente, cabe destacar que en el marco de la renovación de la APS de 2003 (tras 25 años de la aplicación de los preceptos de Alma Ata) la participación en salud también es redefinida y se la considera como la práctica que

“convierte a los individuos en socios activos en la toma de decisiones sobre la asignación y el uso de los recursos, en la definición de las prioridades y en la garantía de la rendición de cuentas. A título individual, las personas deben ser capaces de tomar decisiones de forma libre y han de estar plenamente informadas en lo que respecta a su salud y la de sus familias, con un espíritu de autodeterminación y confianza. A nivel social, la participación en el ámbito de la salud es una faceta de la participación cívica en general, garantiza que el sistema de salud refleje los valores sociales, y proporciona un medio de control social y responsabilidad respecto a las acciones públicas y privadas que repercuten en la sociedad” (OMS/OPS; 2003).

En este mismo sentido, la “Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la APS” (conocida como la “Declaración de Montevideo”) de 2005 se refiere al compromiso del

“reconocimiento de las funciones decisivas tanto del individuo como de la comunidad para establecer sistemas basados en la atención primaria de salud: se debe fortalecer la participación a nivel local de los individuos y las comunidades en su conjunto en el sistema sanitario, al objeto de que el individuo, la familia y la comunidad tengan voz en la adopción de decisiones; asimismo, se debe fortalecer la ejecución y las intervenciones de los individuos y la comunidad, así como apoyar y mantener eficazmente las políticas sanitarias en pro de la familia con el transcurso del tiempo. Los Estados Miembros deben poner a la disposición de las comunidades la información relativa a los resultados y programas sanitarios, y al desempeño de los centros de salud para que sea utilizada en la supervisión del sistema sanitario” (OPS/OMS; 2005).

²³ Sobre tipos y ámbitos de participación en el marco del modelo oficial, ver Ruiz Giménez Aguilar (2005).

²⁴ Sobre mecanismos de participación, sus funciones y características, ver Pereira (2009).

²⁵ Sobre promoción de la salud, ver Kornblit y otros (2007) y Giraldo Osorio y otros (2010).

Vinculada a la estrategia de APS configurada en Alma Ata, la PCS responde a lineamientos políticos, técnicos e ideológicos fundados en 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 cuestionan los modelos de atención y participación en salud formulados por los organismos internacionales.

La perspectiva crítica de la PCS

Así como la presentación de un modelo oficial (considerado así a los fines de esta tesina) presenta una pluralidad de organismos que forman discursos, 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 salud, 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 esta 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. Dicho trabajo critica algunas propuestas que colocan el eje de la participación social en el individuo, la auto-responsabilidad individual, dando un lugar secundario a la importancia de las estructuras y la responsabilidad del Estado. En ese estado de la cuestión se da cuenta de diversas categorizaciones²⁶ y se presenta la conclusión de que los autores coinciden en que, en su mayoría, las prácticas de participación se reducen a actos consultivos cuyos resultados no son tomados en cuenta por los gobernantes, sino que operan como una suerte de condición de legitimidad para sus decisiones. Así, generalmente bajo el concepto de participación se promueve una *participación simbólica* (Sirvent 1999) o una *pseudoparticipación* (Cortazzo, Cuenca y Nathanson; 1996) que se contraponen con una *participación real* (Sirvent; 1999) o *efectiva-emancipatoria* (Belmartino y Bloch; 1984). Con *participación simbólica*, los autores se refieren a acciones que ejercen poca o ninguna influencia sobre la política y gestión institucional y generan una ilusión de poder inexistente, un “*como si*” se participara; bajo las cuales se identifican relaciones de subordinación que impiden cambios en las relaciones de poder (Menéndez agrega que esta relación desigual de poder no sólo limita la participación, sino que la convierte en agente de reproducción del sistema dominante). Se trata de prácticas que mantienen a los sectores populares alejados de la participación decisiva de la sociedad, que refieren a procesos pasivos en los que los sujetos actúan como usuarios estatales; los que buscan que tales

²⁶ Sirvent 1999, Cortazzo, Cuenca y Nathanson 1996, Cardarelli y Rosenfeld 1998, Robirosa y otros 1990, Brofam y Gleizer 1994, Sánchez 2000

grupos se integren al sistema de producción y de consumo dentro del sistema capitalista; y los que identifican en las personas marginadas la causa de los problemas estructurales. Por el contrario, con *participación real o emancipatoria*, denominan a la relación entre la estructura de poder institucional y los intereses objetivos de los grupos comprometidos: implica la necesidad de cambios profundos en las estructuras de poder y se da cuando se influye efectivamente sobre todos los procesos de la vida institucional y sobre la naturaleza de las decisiones; tiene como objetivo manifiesto potenciar la capacidad transformadora de la lucha política de las clases subalternas y es la instancia movilizadora a través de la cual la población toma conciencia de los componentes extrasectoriales y determinantes sociales de las problemáticas particulares²⁷. Teniendo en cuenta estas características, el trabajo de Eguía y otros 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 y esa posibilidad está relacionada con el contexto sociopolítico en el cual se desarrolla.

Otros trabajos amplían la categorización de dicho trabajo y desarrollan tipologías de la participación comunitaria, fenómeno que reviste tantas conceptualizaciones como

²⁷ En dicho estado del arte, el trabajo da cuenta de otras categorías que amplían el análisis de la PC en tanto a su ser restringida (orientada a la ejecución de proyectos), ampliada (se participa en el proceso decisorio) o creadora de sentido (la intención es modificar la estructura de oportunidades vigentes) o a su intervención en las etapas de una política social. Así, la participación puede ser informativa, consultiva, decisoria o en la gestión. A su vez, puede trabajarse con otra dimensión relacionada a las formas que asume la participación: en qué etapa del programa se da; quiénes participan; la temporalidad; y el tipo de acciones que realiza la comunidad, entre otros. Cortazzo y otros (1996) profundizan esta visión y se refieren a una participación como integración, en tanto búsqueda de que los grupos se integren al sistema de producción y de consumo dentro de los moldes vigentes en la sociedad capitalista, que transfiere a los individuos la causa de los problemas estructurales cuando en verdad la marginalización de esos grupos es fruto de su propio quehacer; y una participación ligada al trabajo gratuito: a través del trabajo voluntario barrial, canalizando el poder contestatario o reivindicatorio de las clases subordinadas para una pseudoparticipación que los mantiene alejados de la participación decisiva de la sociedad. “‘Participación’ y ‘transformación’ son términos poco claros, ambiguos, insuficientes. Esta ambigüedad es la que los torna eficientes”.

dimensiones y perspectivas de análisis se apliquen (por tanto aquí se recogen sólo las útiles a la tesina). Así, Delgado Gallego y Vázquez Navarrete (2006) consideran dos tipos de PCS: a) *social*, que comprende la participación ciudadana para la defensa de los derechos individuales y la *comunitaria* en las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría como espacio de encuentro entre los diversos actores sociales y el Estado; y b) *institucional*, referida a la participación en las instituciones del servicio sanitario que contempla diversos mecanismos: asociaciones de usuarios, comités de ética hospitalaria y veeduría, entre otros. En paralelo, Belmartino y Bloch (1984) postulan modalidades extremas de PCS²⁸: *i-paliativas de las consecuencias de la crisis fiscal y la incapacidad del Estado*²⁹, a través de la educación para la salud y la autorresponsabilización, convirtiéndose en una propuesta marginalista de extensión de los servicios (atención médica de bajo costo para asegurar condiciones *mínimas* de supervivencia y evitar explosiones de descontento que pongan en peligro la paz social en el marco de una APS selectiva); y *ii-efectiva/emancipadora*, como “*instancia concientizadora y movilizadora por la que la población toma conciencia de los componentes extrasectoriales de la problemática de salud, los determinantes sociales de los procesos de enfermedad, y se organiza para diseñar estrategias eficaces para lograr mejores condiciones de vida*”. Es un proceso de “*control creciente de la población marginalizada sobre su propio destino*” como instrumento para llegar a una distribución equitativa del poder en la sociedad.

²⁸ Refiriéndose a los tipos ideales entre los que existe una amplia gama de modalidades y combinaciones, con diferentes modos de integración de los componentes de preservación y cambio del sistema, y diferentes grados de compromiso y control de la población sobre los elementos que configuran los programas.

²⁹ Buscan lograr que individuos pertenecientes a las mismas comunidades beneficiarias reciban algún tipo de capacitación que les permita realizar algunas acciones de salud dentro de su medio: la educación para la salud (con el objetivo de elevar el nivel de vida de las comunidades carenciadas a partir de la modificación de conductas individuales) y la autorresponsabilización (los individuos son responsables de sus condiciones de salud ya que se cree que la enfermedad no tiene raíces sociales sino que descansa en actitudes y formas de vida dañinas, producto de la ignorancia; la solución radicaría entonces en cambiar los hábitos de vida y las conductas que pueden resultar perjudiciales).

La profunda y heterogénea conceptualización de distintos tipos de participación social puede ser explicada por los variados análisis de las puestas en prácticas de acciones de PC que interpelan y cuestionan el modelo oficial (supuesto integral, real y empoderador) de la PCS que propone la OPS/OMS. Es decir, puede pensarse que del campo surgió la necesidad de pensar que no existe un único y excluyente tipo de participación y que es necesario pensar otros modos que den cuenta de la diversidad de experiencias participativas (incluyendo así lo que se crítica y lo que se rescata).

Así, sumada a esta ampliación de las tipologías de la PCS, desde las Ciencias Sociales, en el análisis de la participación en salud, el recorrido por las definiciones permite dilucidar los intereses particulares y los contenidos políticos arraigados a cada denominación y a los usos técnico-políticos que sustentan: aunque al principio era atractiva para todos los organismos que gestionan en salud, se convirtió paulatinamente en un símbolo para diversas voces. *“En uno de los extremos, la PC podría ser un medio para restarle poder a las élites gobernantes, mientras en el otro extremo era una medio para hacer que los pobres asumieran los costos de la construcción de una infraestructura en salud y la responsabilidad por su propia salud quebrantada”* (Morgan; 1993).

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) y no incluye el principio del Estado como garante del derecho a la salud: le asigna a los individuos una mayor responsabilidad por su propia salud. 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.

Así mismo, respecto a sus funciones, la PC puede pensarse como *fin* en sí misma, y así hablar de la sensibilización y la creación de una estructura y su sustentabilidad; y como *medio* de utilización de la población; y entre sus objetivos principales están el establecimiento de una visión compartida, la toma de decisiones en conjunto y el compromiso activo, responsable y solidario. En este sentido, tal como afirman Sapag y Karachi (2007) la real participación social y el trabajo interdisciplinario e intersectorial basado en el reconocimiento y desarrollo del capital social permitirían avanzar cooperativamente y lograr efectos complementarios en salud y en otras áreas.

En este marco de críticas, Ugalde y Homeses (2008) entienden que, de todos modos y a pesar de las críticas, la promoción de la PC³⁰ 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

³⁰ Sin embargo, Ugalde (1985) sostiene que existen dos supuestos falsos que pueden explicar la promoción de la participación en salud por parte de organismos internacionales. Primero, se sostiene que los valores tradicionales de los pobres constituyen la principal limitación para las mejoras en salud y así como los economistas del desarrollo consideraron los valores tradicionales como el principal obstáculo para el desarrollo, los expertos en salud los consideran la principal razón para el mal estado de salud de la población de menores recursos: sus prioridades son irracionales y pueden ser responsabilizados por su propio mal estado de salud; y segundo, se postula que los pueblos “tradicionales” no pueden organizarse a sí mismos (por sus valores): la organización de la comunidad toma tiempo y se encuentra una buena excusa para posponer mejoras significativas, se trata de una táctica dilatoria que en los hechos refleja una falta de interés. Las agencias internacionales, con el apoyo de académicos y consultores estadounidenses, encontraron en la necesidad de cambiar los valores tradicionales y en la alegada incapacidad de las clases bajas para organizarse a sí mismos, una excelente excusa para promocionar programas de participación. La real motivación internacional para éstos no fue la preocupación por los pobres sino la necesidad de legitimar sistemas políticos compatibles con los valores políticos neoliberales.

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"*. El empoderamiento de la comunidad, a su vez, favorece la competencia cultural de las iniciativas de promoción y, de esa forma, su real impacto y potencial sustentabilidad. En la intersección entre el concepto de empoderamiento individual y empoderamiento colectivo en salud debe existir un reconocimiento del sentido de comunidad, de la importancia de avanzar colectivamente. Freire lo llamaba concientización, refiriéndose al proceso de conciencia crítica de la realidad y de compromiso activo de las personas para transformarla, desde una perspectiva social (Sapag y Karachi; 2007)³¹.

³¹ En este apartado se presenta porqué desde la perspectiva crítica es relevante promover la participación, Resulta relevante subrayar que la idea del empoderamiento también está presente en el marco del modelo oficial de participación en salud, y allí es considerado por la OMS en 1998 como el proceso mediante el cual los individuos obtienen control sobre sus decisiones y acciones relacionadas con su salud, expresan sus

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 Svampa (2005), 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*

necesidades y se movilizan para obtener mayor acción política, social y cultural para responder a sus necesidades, a la vez que se involucran en la toma de decisiones para el mejoramiento de su salud y la de la comunidad (Kornblit y otros; 2007). Existen críticas a la idea del empoderamiento entre quienes ven la necesidad de superar una característica originada en el marco de los proyectos de Desarrollo.

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)³².

Sumado a los primeros momentos de impulso de la PCS, es relevante situar 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) en el marco 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 años³³. Si bien estas nuevas dimensiones son retomadas por la OPS/OMS en las estrategias de renovación de la APS y responden a estas dimensiones las redefiniciones de la participación en salud, aquí se recogen los debates que se visibilizan en la perspectiva crítica en torno a dichos ejes, y que explican la puesta en escena de nuevas interpelaciones a la PCS en la actualidad (hecho que contextualiza la elección del tema de la presente tesina).

En este sentido, se piensa una *"política de salud con enfoque de derechos*

³² Los ancestros de estos modos de participación, se encuentran en el impulso del movimiento de desarrollo comunal de los 50 por parte de las Naciones Unidas; en la expansión bilateral de Estado Unidos conforme la estrategia participativa era adoptada por los organismos de ayuda multilateral y aplicada a varios sectores como agricultura, organización política, educación y salud; y en América Latina, en el movimiento de concientización de Freire, entre otros. Como indica Morgan (1993) la participación comunitaria "ha sido a la vez una etiqueta y una estrategia para la movilización comunal", utilizada por los planificadores locales e internacionales del desarrollo, pero también por el personal fuera de la esfera gubernamental, incluyendo los reformadores y activistas sociales que aspiraban a cambiar las estructuras políticas existentes.

³³ Si se entiende a la participación social como el proceso que permite el desarrollo de la población, incorporando su capacidad creadora, expresando sus necesidades y demandas, defendiendo sus intereses, luchando por objetivos definidos y participando en el control compartido de las decisiones, se puede sostener que es necesario pensarla no exclusivamente en términos de acción o realizaciones concretas sino también en términos teóricos e ideológicos (Eguía y otros; 2007). Se asiste la renovación del discurso en la actual política de participación social por incluirse conceptos tales como: equidad, empoderamiento, derecho a la salud, derecho a la participación social, toma de decisiones, participación en el control y la gestión pública, gestión y movilización social, exigibilidad del derecho, participación democrática, ciudadanía activa, poder, etc., que en su más profundo significado tienen estrecha relación con procesos de reconocimiento y construcción del sujeto político en el marco de una participación real y la democratización del ejercicio del poder. Esta intencionalidad y perspectiva de cambio se reafirma con enunciados que reconocen explícitamente que la participación *"es para la construcción de la democracia; participación como elemento sustancial del derecho a la salud; participación desde el territorio; participación para la defensa de lo público; participación con decisión; participación para la acción transformadora; participación para la planeación; participación para la evaluación y el seguimiento de la gestión pública en salud"*.

humanos”³⁴ y el derecho a la salud como el derecho al acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud y a la atención de la salud (que comprende una variada gama de servicios: protección ambiental, prevención y promoción de la salud, tratamiento y rehabilitación). Se hace efectivo a través del concepto de seguridad social y se puede hablar de su alcance en dos sentidos: el primero de ellos pensando la salud como un servicio público generador de derechos prestacionales, y de otro lado, la salud como servicio público generador de derechos fundamentales³⁵. “*La efectivización del derecho a la salud subyace a la valorización del juego democrático, para ello son necesarias la reformulación de un nuevo pacto destinado a regular las relaciones de convivencia social y la redefinición del rol del Estado*” (Belmartino y Bloch; 1984)³⁶.

Este enfoque de derechos tiene dos principios fundamentales: la *realización progresiva* (que considera las limitaciones de recursos y propone una realización gradual de

³⁴ Implica que las políticas e instituciones que tienen por finalidad impulsar estrategias de salud se deben basar explícitamente en las normas y principios establecidos en el derecho internacional sobre derechos humanos, siendo éste un derecho exige que se cumplan otros (identidad cultural y participación en políticas públicas, por ejemplo) en consonancia con la Declaración de Viena de 1993 en la que se sostiene que los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes (Ase y Buriyovich; 2009).

³⁵ Las tendencias argumentativas en torno al derecho a la salud se centran en: *a) el concepto de mínimo vital*: siguiendo la tradición alemana, el hombre debe ser considerado como una unidad inescindible de cuerpo-alma-espíritu; por ello se declara la inseparabilidad entre condiciones mínimas materiales y dignidad humana; *b) el derecho a la salud como derecho conexo con la vida y vida digna*: la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional (conservación) y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser (restablecimiento); *c) el concepto de salud como parte del conjunto de capacidades*: necesidad de contar con unas condiciones de bienestar del individuo, a su derecho a una calidad de vida digna, al acceso a servicios básicos que le garanticen un desarrollo de aquellas libertades fundamentales. El conjunto de capacidades, su fortalecimiento y su disfrute le brindan al individuo un conjunto de habilidades para procurar su hacer y ser, sin que medien obstáculos generados por condiciones económicas, sociales, culturales y situaciones que siendo evitables le impidan su realización plena y goce.

³⁶ Según el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, el derecho a la salud debe responder a cinco criterios básicos: a) disponibilidad, cada Estado deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud (en adelante EBSPS) así como de programas; b) accesibilidad, los EBSPS deben ser accesibles a todas las personas, en base a cuatro dimensiones superpuestas: no discriminación; accesibilidad física; accesibilidad económica; acceso a la información; c) aceptabilidad, todos los EBSPS deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados; d) calidad, los EBSPS deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad; e) universalidad. Por las limitaciones reales del acceso a recursos, se establecen obligaciones básicas para la realización plena del derecho a la salud: acceso, alimentación mínima, vivienda, medicamentos esenciales, distribución equitativa de EBSPS, estrategia y acción nacional y núcleo básico de oferta de servicios (Ase y Buriyovich; 2009).

los derechos a través del tiempo) y la *prohibición de regresividad* (cuando se modifica o sustituye una norma anterior por una posterior, ésta no puede limitar derechos concedidos). Los aportes de este enfoque se vinculan a la toma de posición en debates como “*derechos mínimos focalizados versus derechos universales*” (en el sentido de contenidos mínimos esenciales como piso para el desarrollo progresivo del más alto nivel de satisfacción); “*visión sectorial o intersectorial de las políticas de salud*” (integralidad, interdependencia, indivisibilidad); “*visión biologicista o integral de la salud*”; “*mayor bienestar posible implica el máximo de recursos disponibles*” (control del uso de recursos y progresividad); “*relaciones asimétricas versus relaciones democráticas*” (Ase y Burijovich; 2009)³⁷.

Complementariamente, la salud se ha vinculado muy estrechamente a la idea de ciudadanía, y en este sentido, Pereira (2009) utiliza la noción de *ciudadanía activa* para referirse a las “*responsabilidades que los sujetos tienen con la comunidad política a la que pertenecen*”, una búsqueda de generar en los ciudadanos el compromiso y la responsabilidad por los asuntos públicos, propiciando el involucramiento de éstos con la deliberación y la toma de decisión sobre aspectos que tienen que ver con el bien común. El vínculo de esta ciudadanía activa con la participación tiene que ver con que la promoción de prácticas participativas es vista como un instrumento para democratizar el Estado, ampliar las bases de la ciudadanía y permitir el acceso a servicios públicos de calidad sobre

³⁷ En el análisis de la realización del derecho a la salud deben tenerse en cuenta: a) el más alto nivel de salud alcanzable: los avances por resultados expresados en la población (mortalidad, enfermedad, discapacidad, variables demográficas, salud reproductiva, estilos de vida); b) la organización del Estado para atender sus obligaciones: el acceso a los sistemas de salud (prevención, curación, rehabilitación y acompañamiento), la orientación de los recursos socioeconómicos y el desarrollo y aplicación de las políticas y los programas públicos; c) la existencia de un entorno político, social y ambiental: el conjunto de políticas gubernamentales que garantizan el ejercicio del derecho a la salud (dentro de la visión de integralidad). Finalmente, en el análisis de la relación entre derechos humanos y salud hay que hacer foco en el grado de adecuación de legislación nacional y provincial a normas internacionales; el monitoreo de indicadores epidemiológicos y la ciudadanía vigilante (Ase y Burijovich; 2009).

bases de equidad³⁸.

En paralelo, Eguía y otros (2007) se refieren al binomio participación-ciudadanía, en tanto el impacto de las políticas sociales en la constitución de ciudadanos y en la expansión de derechos. La ciudadanía expresa la posesión y el ejercicio de derechos inalienables por parte de los sujetos que integran la sociedad y la obligación de cumplir deberes y respetar los derechos de los demás, o en sus palabras, *“la ciudadanía es un status conformado por el acceso a los recursos básicos para el ejercicio de derechos y deberes”*. En este trabajo, se desarrolla una dimensión de la ciudadanía asociada a la “cosa pública”, al compromiso de los sujetos con el destino de la sociedad; es decir, de la ciudadanía asociada al derecho de la participación de los individuos en la actividad comunitaria, al control ciudadano sobre los poderes públicos y a su presencia en la circulación de opinión en el espacio público. En este sentido, en los 90 se empieza a dar cuenta de una participación ciudadana, un tipo de práctica social que supone una interacción expresa entre el Estado y los actores de la sociedad civil, a partir de los cuales éstos últimos penetran en el Estado, siendo una alternativa para la construcción del consenso y un medio para contener la discrecionalidad de la burocracia. Más recientemente, la participación ciudadana encuentra un fundamento en la crisis del Estado: las estrategias gubernamentales tienden a asumirla cada vez más como un medio para lograr el involucramiento directo de los ciudadanos en la producción, gerencia y financiamiento de ciertos servicios y en el control hacia las políticas públicas. Pereira (2009) se refiere a este contexto y da cuenta de

³⁸ El autor argumenta que el desafío de la equidad y la inclusión está ligado a las posibilidades de avanzar hacia un nuevo modo de entender las relaciones entre el Estado y la ciudadanía por lo que se necesitan nuevos instrumentos de participación: a) compromiso de largo plazo tanto de las estructuras gubernamentales como de los ciudadanos que permita sostener agendas y acuerdos; b) eficacia de instrumentos para consultar a los ciudadanos y también deben contemplar la dimensión deliberativa (diálogo y debate) de la participación; c) las experiencias participativas también deberá permitir que la institucionalidad pública se abra a los aportes y experiencias de la sociedad civil, reconocimiento experiencia innovadora que le permitan aprender y recoger buenas prácticas, más inclusivas y protectoras para los grupos más desprotegidos (Pereira; 2009).

un nuevo lugar en la gestión pública a las ONG y OSC, recuperando su capacidad de representación de intereses y confianza en su capacidad técnica como instrumento de renovación e innovación de las acciones del Estado: se trata de nuevas formas de encrustamiento del Estado en la sociedad civil y de la sociedad civil en el Estado. Sin embargo, no hay que perder de vista que estas nuevas formas colocan una mayor responsabilidad sobre los hombros de las comunidades e individuos destinatarios de los programas. Se trata de una *“política social que procura diversificarse y penetrar más en al vida de los ciudadanos, pero al mismo tiempo exige y espera más de ellos”* (Pereira; 2009). Así, la participación puede ser utilizada para promover tanto la autonomía como la heteronomía de los sujetos sociales.

Los contenidos y las formas de la participación van cambiando con el tiempo según se transforman las visiones acerca de los objetivos de la acción gubernamental y su relación con la ciudadanía. La emergencia de un nuevo paradigma en participación ciudadana se vincula a una nueva generación de reformas sociales centradas en la búsqueda de mayores niveles de inclusión social y de equidad: se busca mostrar cómo el desafío de la equidad y la inclusión está indisolublemente ligado a las posibilidades de avanzar hacia un nuevo modo de entender las relaciones entre el Estado y la ciudadanía. Los nuevos modos de relacionamiento dan lugar a nuevas expresiones institucionales de gestionar lo público y las relaciones con la sociedad civil, y aparecen caracterizadas por la noción de ciudadanía activa como paradigma emergente que orienta las nuevas estrategias participativas³⁹.

Tal como se ha presentado en este capítulo, y siguiendo a Pagnamento (2011), la participación no es un estado estable, sino un proceso constituido por varios momentos, durante los cuales los sujetos involucrados se forman y forman a otros en el manejo de

³⁹ Sobre el análisis del vínculo entre participación social y reformas políticas ver Pereira (2009).

conocimientos y destrezas que dependen de la naturaleza de la experiencia participativa; se construye en función de la interacción que se establece entre las características del grupo que participa, la naturaleza del proyecto en que se involucra, el acceso a y control de los recursos necesarios y las condiciones políticas del ambiente hacen la participación. No tiene un carácter universal sino que se trata de una construcción social, múltiple, sujeta a valores y circunstancias contextuales. A esto último responde la decisión analítica de presentar un modelo considerado oficial de participación y su correlato en las disquisiciones críticas que se realizaron y realizan desde las Ciencias Sociales, para así poder situar la presente tesina en una problemática (la PCS) atravesada por debates y posiciones ideológicas, políticas, técnicas, sociales, culturales y de todo tipo. Para dar cuenta de este atravesamiento de discusiones, actores, prácticas y circunstancias, en el siguiente capítulo se piensa la salud como un campo de disputa político, principalmente.

CAPITULO II: LAS POLÍTICAS DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

EN EL CAMPO DE LA SALUD.

Como afirma Foucault, la intervención política sobre el cuerpo y la salud de la población surge con el capitalismo que instrumenta la medicina como biopolítica: el capitalismo socializó el cuerpo (objeto) como fuerza productiva. *“El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica”* (Pratesi; 2001).

La presente tesina se ubica en el contexto de la necesidad (y) de la renovación de la atención selectiva (y la vuelta al paradigma de Alma Ata), y busca problematizar la estrategia de PCS (en el marco de la APS) considerada atravesada por una serie de tensiones y relaciones que complejizan su conceptualización y aplicación.

En este sentido, se elige utilizar el concepto de *campo de salud*, 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; 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 su lógica estructural 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, su autonomía, y el destacado valor social de los temas sobre los cuales se desarrollan las prácticas.

En consonancia con lo anterior se puede hablar del perfil epidemiológico, que es producto de la huella de la historia del campo, pero no sólo del campo de la salud, sino de otros campos donde la violencia simbólica naturaliza situaciones que profundizan las desigualdades sociales, y donde esa naturalización es funcional a la acumulación del capital económico de los agentes que requieren de esas desigualdades para incrementar su capital, lo cual a su vez actúa como determinante social sobre el proceso de salud/enfermedad (Spinelli; 2010). Utilizando la concepción de Bourdieu de los campos, puede decirse que esta “*Atención Primitiva de la Salud*”, como la llama Spinelli (2010), se erige en que la fuerte presencia del capital económico en el interior del campo determina mecanismos de solidaridad invertidos tales como el pobre financiando al rico, o lo público financiando al seguro de salud privado (el Estado se hace cargo de las poblaciones de alto costo y de los enfermos crónicos). En esta dinámica, el campo de la salud aparece como inviable a mediano plazo (al menos desde lo económico) y su viabilidad sólo podría asegurarse sobre la base de mayores desigualdades y una progresiva exclusión de numerosos grupos sociales del acceso a la atención, configurando un escenario donde se podrá asistir progresivamente a una medicina para ricos, otra para pobres y a un porcentaje importante de la sociedad sin cobertura de salud.

El desarrollo de la estrategia de APS en el campo de la salud contiene una compleja y variada gama de puestas en juego, que pueden reconocerse desde la disputa por recursos económicos, los valores sociales en cuestionamiento y la tensión entre regulación y autonomía profesional. Por esta razón, los arreglos institucionales no deben ser reconocidos como modelos ideales y racionales, sino como resultado del proceso social y político que responde a las principales puestas en juego. Los procesos de cambio que operan en las políticas de salud que promueven servicios integrados y basados en APS, responden a una situación previa, caracterizada en términos de fragmentación de la provisión y debilidad en la regulación de los servicios para garantizar su efectividad (Báscolo; 2010). En el caso específico de la Argentina, de acuerdo a la reforma de la Constitución Nacional de 1994, la salud es un bien público esencial, y por lo tanto el Estado debe asegurarla a todos los habitantes del país y financiarla a través de prestadores estatales o privados para posibilitar el acceso a toda la población. Estos conceptos expresan la legalidad existente pero la ausencia de ciudadanía (por parte de numerosos sectores sociales) expresa los límites de esa legalidad. Las huellas del campo no se relacionan con la falta de planes producto de esa legalidad, sino con la falta de actores/agentes, capaces de representar y actuar (en función de otros intereses) para poder hacer cumplir y alcanzar esa legalidad (actores/agentes en relación directa con los problemas, no sus representantes). En este marco emergen los interrogantes por la configuración del campo de la salud, los agentes, los capitales en juego, los perfiles epidemiológicos y los problemas y desafíos que enfrentan comunidades, trabajadores, gestores y gobernantes.

Es a partir de pensar la salud como un campo (de disputa) que se puede atravesar la problemática de la APS y, en particular, de la PCS, desde la dimensión política constitutiva. Al ver únicamente la historia de los programas de salud y participación patrocinados, sin

tomar en cuenta el contexto político, los organismos internacionales pasaron por alto la relación entre política y salud. Por tanto, al ser ahistóricos, quienes delinearon la APS también fueron apolíticos y, por ende, acríticos. Su estilo de análisis es consistente con la mayor parte del discurso de la OMS, que generalmente despolitiza las dimensiones políticas de la salud y prefiere centrarse en intervenciones tecnológicas. Los planificadores, sin un análisis histórico, político y económico, no consideraron que las luchas sociales fueran relevantes para sus esfuerzos por promover la PCS (Morgan; 1993)⁴⁰.

En el marco, entonces, de re-politizar el campo y subsumirlo a la lógica de la planificación política en salud, se introduce el concepto de *planificación estratégica* como el modelo ideal para generar procesos participativos en salud. Así, Belmartino y Bloch (1984) se refieren a dos modelos: el tradicional/normativo, que no tiene en cuenta las variables políticas (ignora el “Estado de compromiso”), en el que la salud se basa en políticas marginalistas destinadas a paliar las consecuencias de la desigualdad social, y que se basa en criterios de eficiencia: las “*variables sociales como variables de ajuste a las formulaciones económicas*”. Por otro lado, presentan el modelo de la planificación estratégica, definido por Testa 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*

⁴⁰ La idea de plan es una idea moderna, sin sujeto que realice en el presente (esta orientada al futuro); por ello es que los críticos proponen desarmar el concepto de planificación en dos: por un lado el de "plan", y por el otro, el de "acción", donde el plan queda relacionado a la política, y la acción a la metapolítica. No se trata de *PLANIFICACIÓN* ni de *PLANificación*, se trata de *planificACCIÓN*. Lo que proponemos es centrarnos en la acción, reconociendo que no siempre es racional, que siempre está ligada a intereses y que es necesario pensarla. Para configurar otras estructuras en el campo de la salud se necesitan nuevos y más actores de manera de hacer estructurantes otras lógicas y procesos.

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 política⁴¹.

Este tipo de planificación política y su resultado se asocia a lo que Giraldo Osorio y otros (2010) llaman *política pública saludable*, que se constituye en la intención continuada de acciones que modifican positivamente las estructuras que afectan la salud y sus determinantes (biológico, ambiental, psicosocial, estilos de vida y servicios de atención). 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. 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 (diagnóstico, tratamiento, implementación de políticas de largo alcance y fomento de la

⁴¹ Las concepciones actuales sobre planificación estratégica consideran que es conveniente entender la planificación como construcción de políticas más que como formulación de las mismas. Esto significa que las políticas no deberían surgir de un solo sector (que generalmente es el Estado), sino desde la articulación de diferentes intereses y puntos de vista de la sociedad civil, lo que permitiría desarrollar cursos de acción viables y sustentables. Para esto, se hace necesaria la participación ciudadana. El problema es que, a menudo, la participación queda reducida a alguna instancia formal y la actividad de los actores frecuentemente consiste en el aporte de algún tipo de trabajo. La participación ciudadana se confunde así con la participación comunitaria y, por lo tanto, pocas veces se favorece desde el Estado la posibilidad de la cogestión. Además, el llamado a este tipo de participación no promueve un análisis de cuáles son los problemas y qué soluciones requieren formulado desde la misma ciudadanía. La participación ciudadana relaciona a las organizaciones de la sociedad civil y al Estado, en tanto los individuos intervienen en actividades públicas como portadores de intereses sociales. Esto es central en la idea de la construcción de la ciudadanía, no ya como una instancia formal sino como un proceso que adquiere la posibilidad de ampliar sus alcances, para incluir en forma concreta los diferentes intereses que deben coexistir dentro de un pacto social que simultáneamente reconozca los derechos universales junto con las particularidades de colectivos y grupos. La democracia pluralista se basa en este proceso conflictivo. Sin embargo, la participación en la esfera pública no supone que las desigualdades sociales están resueltas de antemano. Por el contrario, resulta frecuente constatar que el espacio discursivo no permite la igualdad de acceso al debate, ya que muchos colectivos quedan fuera, atravesados como están por su lugar de subordinación) De allí que debería concebirse la esfera pública no como un espacio único sino como una red múltiple de colectivos constituidos por grupos subordinados, que establezcan un intercambio cultural e ideológico en la diversidad. Se trata de espacios discursivos paralelos donde los miembros de los grupos sociales subordinados inventan y hacen circular contradiscursos, lo que a su vez les permite formular interpretaciones opuestas a las hegemónicas acerca de sus identidades, intereses y necesidades (Di Marco; 2005).

salud). Las políticas deben tener en cuenta los determinantes de salud y apoyarse en intervenciones intersectoriales involucrando a los sectores salud, educación, justicia, planeación, y se debe incluir la PC como mecanismo válido y eficaz para su implementación, ya que deben contribuir al fortalecimiento de las condiciones de poder de la población, como mecanismo para impulsar la construcción de un modelo de salud contra hegemónico. En este modelo ideal, se cree preciso 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. 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 dispongan los diversos grupos involucrados en ella. El saber no está fuera del poder ni se concibe sin poder: el conocimiento que cada grupo construye 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". Las luchas en torno a la participación son luchas en torno a la estratificación social y a la distribución y el control de los recursos políticos y económicos en una sociedad. Ugalde (1985) sostiene que *"el nivel de éxito de cualquier forma de participación comunitaria es inversamente proporcional al nivel de estratificación social de la sociedad"*⁴². Si se usa este marco de referencia, es más probable que las personas quieran participar ahí donde el orden establecido les ofrece menos oportunidades formales de participar: será mayor donde exista una necesidad de cambio social más urgente e inmediata. La participación es menos aparente en los contextos sociales donde el gobierno suministra más servicios básicos y el desarrollo es más intersectorial, pero no se debe interpretar como una señal de fracaso. Esta es la máxima paradoja: la democracia se hizo más importante que nunca, pero la participación se redefinió como una amenaza al proceso democrático (Morgan; 1993). 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, 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

⁴² Como otra dificultad, Ugalde y Homeses (2008) argumentan que en lo referido al contexto, la descentralización no ha conseguido que aumente la PC, siendo aspectos explicativos que: ·las comunidades pueden ser renuentes a participar porque experiencias previas indican que las autoridades no tienen en cuenta sus necesidades; ·las elites locales no quieren compartir la toma de decisiones con la población (las elites locales utilizan la descentralización para aumentar su propio poder y sus niveles de corrupción pueden ser superiores a los de las elites centrales); ·cuando se descentraliza la toma de decisiones del nivel central a los niveles estatales/provinciales, el poder suele quedarse centralizado en el estado o en la provincia; ·los políticos locales tienden a tomar decisiones que satisfacen a la elite local (pocas veces toman en consideración las necesidades de la población) (Ugalde y Homeses; 2008).

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.

El recorrido bibliográfico realizado da cuenta que en las **experiencias concretas analizadas** (esto es, en el relevamiento teórico de trabajos empíricos) las características fundamentales encontradas viran en torno al reconocimiento teórico del derecho a la participación como principio general aunque en los órganos de decisión la capacidad de poder es consultiva, siempre en minoría con respecto a la representación de las administraciones sanitarias, no existiendo el derecho al veto. Además, el sistema político potencia la participación indirecta y delegada en lugar de la democrática. Por ejemplo, Belmartino y Bloch (1984) hablan de elementos de diversa índole que rodean la PCS real: una asignación eficiente de recursos como vehículo para la solución de los problemas de salud, una población como sujeto pasivo que se beneficia con acciones que aumentan su capacidad de comprensión de los problemas y una participación limitada a la organizaciones representativas que dan como resultado una parcial incorporación de la población al manejo de la problemática de salud. Así, en la aplicación real, la participación de la población beneficiaria puede verse concretada en la figura de los promotores de salud. *“La limitada relación de los servicios de salud con la población beneficiaria, realizada a través de un miembro de la misma que se incorpora al personal de salud y depende de la estructura formal del sistema, es el mayor ‘avance’ que se ha logrado en términos de participación popular en salud y ‘desarrollo de la comunidad’ a través de programas de atención primaria”*, lo que da cuenta de cierta cautela en la incorporación de las poblaciones carenciadas a la discusión, ejecución y evaluación de las decisiones de salud

por el riesgo de concientización política que dicha incorporación puede generar. Por su parte, Delgado Gallego y Vázquez Navarrete (2006) ponen el énfasis en las prácticas clientelistas que emergen en los testimonios de muchos actores como canales efectivos para interactuar con el Estado o las instituciones. Este tipo de relaciones, y la obvia politización partidaria y cooptación que hacen algunos líderes, disminuye las posibilidades de una participación autónoma y permanente y se vuelve barrera importante para la PCS.

En su análisis de experiencias concretas, Pereira (2009) da cuenta de que la promoción de la salud es el paradigma dominante y el eje articulador de las estrategias participativas del sector salud. Se trata de prácticas de autocuidado y estrategias colectivas que involucran a la comunidad, la familia y la sociedad en la incorporación de estilos de vida saludables y la modificación de comportamientos de riesgo. De todos modos, ve en la participación derivada de promoción de la salud ciertas limitaciones y déficits en la construcción de ciudadanía y democratización en el acceso a los servicios públicos: *“si bien se habían abierto espacios participativos a nivel comunitario, éstos habían tenido un carácter más bien instrumental o meramente colaborativo de la red asistencial pública, limitando significativamente su capacidad para canalizar demandas ciudadanas en la definición de políticas y programas”* (Pereira; 2009). El análisis de programas de PCS aplicados en diferentes áreas *“evidencia que el uso de definiciones en términos de poder y de toma de decisiones por las instituciones del sistema de salud no se expresa en sus actividades y objetivos, y que por el contrario por lo menos una parte de sus acciones operan negativa o disuasivamente respecto de la posibilidad de impulsar la participación en términos de control comunitario sobre la toma de decisiones”* (Pagnamento; 2011).

Una vez explicitada la noción de campo de salud como perspectiva de entrada y de análisis de la PCS y la cuestión de la salud como objeto de políticas públicas, resta dar

cuenta de cuáles son las principales interpelaciones (oficiales y de los críticos) que se le imputan a la puesta en práctica (y no ya a la dimensión discursiva) de prácticas participativas en salud. La idea es problematizar los modelos de PCS tensionándolos con las principales críticas encontradas en el rastreo bibliográfico de análisis de prácticas concretas y que aportan a su conceptualización.

En este sentido, Ruiz Giménez Aguilar (2005) realiza una conceptualización de las dificultades de la implementación de la PCS en base a los distintos ámbitos de intervención.

··*En el ámbito político*: el modelo democrático de representación y delegación, las políticas neoliberales, el poder e intereses de sus participantes con sus protagonismos partidarios, el escaso peso real dado a la estrategia de promoción de salud y de la PC; los vaivenes políticos y el contexto cambiante en las líneas prioritarias y en las personas. ··*En el ámbito institucional*: la omnipotencia, el protagonismo hegemónico y el desequilibrio en los distintos aportes institucionales distorsionan la intersectorialidad y la coordinación junto a la excesiva centralización, jerarquización y verticalismos. El modelo de cartera de servicios con muy limitados espacios para la actividad comunitaria, y el de gestión de servicios de salud enfocado fundamentalmente al control de la actividad y del gasto. La consideración de la PCS como informativa y consultiva, no activa. ··*En el ámbito técnico-profesional*: la hegemonía del modelo biomédico con escaso desarrollo del enfoque biopsicosocial. Las sobrecargas de trabajo, masificación de los servicios de atención directa y rigidez de los modelos organizativos. Las escasas experiencias de coordinación e intervención comunitaria y deficiente formación y capacitación propician el voluntarismo. El cambio frecuente de personas con motivación y formación heterogénea, y la discontinuidad en la asistencia. La escasa multidisciplinariedad de los equipos de trabajo y la compartimentación y desigualdad de roles profesionales y de distribución de tareas entre los miembros del equipo de APS. ··*En el ámbito social*: el limitado nivel de capacitación en temas de salud, los objetivos e intereses latentes contrapuestos (como lograr un lenguaje común ante los saberes fragmentados, poder explicitar y resolver los conflictos latentes y la necesidad de la toma de decisiones por consenso, son retos para un proceso de desarrollo comunitario); el responder más a demandas individuales que a necesidades sociales, disparidad en la organización y funcionamiento de los movimientos sociales, problemas de representatividad y proceso de desmovilización social. Confusión entre deseo e ilusión de tener poder y capacidad para tomar decisiones en órganos de carácter consultivo y asesor (Ruiz Giménez Aguilar; 2005).

A estas dificultades, Frankel (1988) suma las del *profesional* (de compartir su conocimiento y evaluar su modo de trabajar), de integración de la *población* que no asume un rol protagónico y de las *instituciones sanitarias*, educativas, barriales en superar el estilo paternalista de control social. En su caso, Pratesi (2001) considera obstáculos los conflictos políticos de las relaciones de poder local; el asistencialismo y dependencia; la dificultad de

consensuar el concepto de participación; la atomización comunal; la sobrevaloración de la institución médica y la negación/represión del saber.

Los *miedos* al cuestionamiento comunitario, las limitaciones y viejas prácticas antidemocráticas, siguen presentes a pesar del nuevo discurso y de la intencionalidad de la actual política de participación. Se los reconoce obstáculos para el empoderamiento comunitario y la promoción y desarrollo de la participación como derecho. Este miedo a compartir el poder y la visión instrumentalizada de la PC que tienen las instituciones de salud se esconde en la exigencia que hacen de las formas organizadas y la representatividad de la comunidad para poderles reconocer y legitimar su derecho a participar en los espacios institucionales. En esta dinámica subyace una intención de hegemonizar el poder e impedir que las personas se empoderen, tengan autonomía y puedan participar como sujetos de derechos (Restrepo Vélez y Vega Romero; 2009).

Desde la OPS/OMS⁴³ se ve en un problema de concepción la causa de las fallas de la PC: cuando los países comenzaron a aplicar la estrategia de APS, se la pensó como participación en actividades de salud y no tanto como en control o participación activa en la toma de decisiones y oportunidad de empoderamiento comunitario; y muchos asumieron la comunidad y promovieron su organización y participación sólo como un medio para lograr objetivos institucionales. Es decir, en la práctica el énfasis está puesto en la promoción y desarrollo de la PC para identificación y priorización de necesidades y problemas; elaboración de diagnósticos y planes de salud; búsqueda de alternativas y soluciones; ejecución de algunas actividades; la sensibilización y educación comunitaria en temas de prevención y promoción, la ampliación de algunas coberturas y servicios; y la movilización ciudadana para conseguir recursos y nombrar representantes ante las instituciones y

⁴³ Entrevista a Juan Manuel Sotelo, representante de la OPS/OMS en Argentina en 2004, revista A su salud.

espacios participativos reglamentarios. La PC termina cumpliendo una función instrumental⁴⁴: la *“participación está institucionalizada, instrumentalizada, desarticulada de lo local y carece de eficacia: lo que quiere decir que muchos de los espacios de PC que existen no funcionan adecuadamente y su capacidad de incidencia sobre la toma de decisiones es muy precaria”* (Restrepo Vélez y Vega Romero; 2009). La institucionalización e instrumentalización de la PC y las tensiones, rigideces e inconsistencias que se encuentran en la política, impiden el compromiso de los que trabajan en su aplicación; obstaculizan el empoderamiento ciudadano y la transformación social e imponen prácticas que vulneran el derecho a la participación. Estas contradicciones, que en mucho obedecen a limitaciones de factores contextuales como las normas nacionales y el alcance de la democratización de la descentralización en la ciudad, son los principales obstáculos para el desarrollo armónico de la política porque no permiten la participación ciudadana en la toma de decisiones ni el ejercicio del poder en la gestión pública.

Siguiendo a Pagnamento (2011), se pueden marcar una serie de tensiones internas de la estrategia de APS como marco de la PCS: la APS engloba actividades que pueden prescindir de la participación e igualmente ser eficaces en términos del impacto de las acciones sobre la salud colectiva (acciones técnico-médicas como campañas de vacunación); el sentido de la participación puede cambiar según la actividad e incluso englobar significados contradictorios (puede referir a la práctica médica en sus múltiples facetas: desde controles hasta acciones curativas o reparativas); y, las actividades de los

⁴⁴ Los documentos que le dan cuerpo a la política y la normativa de las formas organizativas y espacios de participación social en salud dejan por fuera o plantean muy tímidamente aspectos fundamentales como la horizontalidad y efectividad en la comunicación; la información y conocimiento; la participación en la distribución y redistribución de los recursos; el control del gasto; las contrataciones, asignación de recursos y presupuestos; la evaluación y seguimiento de la gestión pública en todos sus componentes, etc., que en definitiva son las condiciones y los espacios de participación que dan poder, autonomía y legitimidad frente al Estado y la gestión pública. Así, la PC se limita prioritariamente a las actividades de atención preventiva, familiar, extra-hospitalarias y control del medio.

sujetos que participan, como los promotores de salud, pueden ser sólo de mediación entre la comunidad y los profesionales para garantizar el desarrollo de la práctica médica. En sus palabras: “*todas estas prácticas refieren a un contenido “acotado” de participación*”.

Tal como se construye aquí, los documentos que trazan las directrices de las políticas en salud recuperan una imagen modélica de la APS y la participación, cercana a la atención primaria integral, que dista de las acciones realizadas y tal vez es por ello que los conceptos y definiciones de la participación incorporados, son divergentes respecto de las prácticas concretas, o al menos en clara tensión con ésta (Pagnamento; 2011). En campo (tal como recogen ésta y otros autores) domina una conceptualización ligada a la APS selectiva y a prácticas participativas acotadas, vinculadas al trabajo conjunto de la población con el centro de salud a partir de las necesidades que el propio equipo de salud detecta a través de las actividades de educación que realiza (talleres, charlas informativas con distintas modalidades de organización); a las actividades que realizan los promotores de salud; y a distintas formas de reclamo de derechos ciudadanos, con los equipos de salud colaborando en las acciones decididas por la población. Es decir, la participación conlleva significados y sentidos a nivel discursivo y a nivel práctico que pueden ser incongruentes entre sí. En este sentido, la práctica visibiliza tensiones y límites en la PCS: hay prácticas definidas como participativas por los profesionales de los centros de salud y los promotores de salud circunscriptas a la provisión de atención médica (controles, asistencia clínica, vacunación) y la difusión de información sobre enfermedades (charlas, folletería, información), que tienen un impacto positivo en los indicadores de salud; pero que no tienen el contenido democratizante y emancipatorio del modelo oficial.

En este contexto, algunos autores hablan de un *proceso de reducción del contenido de la participación* (tanto en prácticas como sentidos) vinculado a saberes que son

desvalorizados o subordinados al saber médico; a la necesidad de controlar las actividades de los promotores evitando acciones autónomas; 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 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. La diversidad de sentidos comprendidos en el término es un obstáculo para la consolidación de la estrategia participativa, por lo que es preciso ver esta diversidad como producto de relaciones de poder y contextos específicos que constituyen el marco en el cual se generan y/o actualizan las experiencias concretas que involucran la participación en salud (Pagnamento; 2011).

Otro aspecto a tener en cuenta en el análisis de casos concretos tiene que ver con la concretización en lo local de políticas estatales o supranacionales (a partir de estrategias demarcadas por organismos internacionales como es el caso de la APS-PCS en manos de la OPS/OMS). Así, las conclusiones de Ruiz Giménez Aguilar (2005) apuntan a que “una

gran cantidad de llamados institucionales a participar fragmenta lo local de lo global, lo sectorial de lo territorial, lo público de lo privado”, porque muchas propuestas se ubican en espacios sociales y políticos divididos, sin aparente relación entre sí, fragmentando en lugar de articular el comportamiento participativo, como persiguen las políticas⁴⁵.

“Hay fracturas entre las instancias de participación (cada uno obedece a su propia lógica y no hay puentes de comunicación); lo distrital y lo local (son dos lógicas y caminos diferentes); lo social y lo político (en salud se expresa en una confinación de líderes en salud solo en escenarios de participación social, sin destacarse como líderes políticos de sus localidades); lo individual y lo colectivo (se da un choque entre intereses individuales y los intereses colectivos); y líderes sociales y sus bases (hay un choque muy grande entre representantes y representados)” (Restrepo Vélez y Vega Romero; 2009).

En paralelo, la escasa difusión del conocimiento sobre la política de participación se podría explicar a partir de múltiples factores, pero parece indudable que la ausencia de una estrategia educativa e informativa hacia la comunidad y el equipo de salud es determinante. Para que la participación se produzca de una manera eficiente y democrática en el marco de una nueva relación sociedad civil-Estado, es fundamental el acceso libre y democrático a la información. Los mecanismos de participación, así como su difusión y fortalecimiento, deberían constituir el núcleo central si se persigue, como manifiestan las políticas, una participación social como forma de interacción democrática y directa, para una efectiva construcción conjunta de lo público. *“Parece ser que la norma no ha podido contribuir a crear una cultura participativa en salud; o como plantea García Canclini, a partir de la desaparición de las funciones del Estado, o el traspaso de éstas a corporaciones privadas, se va creando una cultura participativa organizada a través del consumo, más que del ejercicio ciudadano”* (Delgado Gallego y Vázquez Navarrete; 2006).

La mayoría de los estudios sobre el tema concluyen que la PCS en Latinoamérica es simbólica porque las comunidades no tienen poder político, administrativo ni financiero: en

⁴⁵ Pratesi (2001) denomina este hecho como paradoja de la participación: en un acto voluntario entran en contacto los valores particularistas de la comunidad con los universalistas de los organismos.

todos los casos, las normas y la estructura de los programas de participación han sido impuestas desde arriba (Ugalde; 1985). La pretendida historicidad e integralidad del enfoque no parece descansar en ninguno de los componentes señalados como fundamentales y previamente analizados.⁴⁶

A pesar de los problemas planteados, la actual Política de Participación Social tiene dos oportunidades a favor de la promoción y el desarrollo de la participación como derecho: *a) la renovación del discurso*, su intencionalidad y los principios rectores que sirven como argumentos para replantear las acciones, y *b) la creación de espacios de participación social* que permiten la participación directa de las comunidades en los ámbitos del nivel central. 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 presente tesina retoma a Eguía y otros (2007) cuando sostienen 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.

CAPITULO III: APARTADO METODOLÓGICO

⁴⁶ La participación impulsada en forma unilateral por el Estado es una forma de delegar la resolución de los problemas en quienes los padecen, sin generar legítimos mecanismos de participación que, como tales, incluyan la posibilidad de decisión sobre la prioridad en la resolución de determinadas necesidades y las estrategias de acción. Los lineamientos de la política social de la provincia de Buenos Aires desde los '90 se han caracterizado por este tipo de concepción acerca de la participación. Pero que en los procesos concretos de implementación de los programas se han desarrollado experiencias que han abierto incipientes canales de participación efectiva (Eguía y otros; 2007).

“El interés por la investigación cualitativa ha oscilado desde quienes buscan metodologías que les apoyen en la transformación de los sistemas de salud y se preocupan por la universalidad, equidad e integralidad de los servicios, hasta quienes tienen intereses instrumentales y centrados en la solución de las “desviaciones” y “anomías” en las instituciones de salud” (Mercado y otros; 2005)

En el presente capítulo se dará cuenta de las decisiones metodológicas y teóricas que fundamentan el recorte de la problemática, la selección de la técnica del estudio de casos, la elección del caso, y la aplicación de determinadas estrategias de obtención de datos. Con el interés de estudiar las experiencias de participación en salud local y siguiendo a Laurell (1982) se sostiene aquí que *“es necesario construir un objeto de estudio que permita el estudio empírico del problema”*, razón por la cual se estudian las prácticas y sentidos de la participación en salud recuperando las perspectivas de los actores. Para cumplir el objetivo de describir y analizar dichos procesos participativos, se implementaron estrategias de recolección de datos y análisis cualitativas, centradas en los llamados estudios de caso, que posibilita el enfoque en un proceso microsocioal. El caso, siguiendo a Stake (1995), es un sistema integrado del que interesan analizar el funcionamiento de las partes, los objetivos (aunque sean irracionales), y las relaciones internas y externas, entre otros aspectos. En este sentido, Neiman y Quaranta afirman:

“El caso o los casos de un estudio pueden estar constituidos por un hecho, un grupo, una relación, una institución, una organización, un proceso social, o una situación o escenario específico, construido a partir de un determinado, y siempre subjetivo y parcial, recorte empírico y conceptual de la realidad social, que conforma un tema y/o problema de investigación. Los estudios de casos tienden a focalizar [...] en un número limitado de hechos y situaciones para poder abordarlos con la profundidad requerida para su comprensión holística y conceptual.” (Neiman y Quaranta; 2007)

Tratándose de este tipo de perspectiva, este estudio de caso de mi tesina se corresponde a uno de tipo instrumental (en el que el estudio en sí es un instrumento para comprender situaciones que exceden/engloban al caso en sí) y se trabaja con un recorte

especial de prácticas y actores. En este sentido, el principal criterio de selección de casos es el de la rentabilidad en términos del cumplimiento de objetivos, los tiempos disponibles y la accesibilidad, siempre teniendo en cuenta la unicidad y los contextos de las selecciones alternativas (Stake; 1995). La elección del caso del municipio de Berisso vino 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 teóricos de la tesina. La selección de unidades de análisis tuvo como criterio rector la relevancia respecto del tema de investigación y la posibilidad de dar cuenta de la diversidad de experiencias participativas⁴⁷, diversidad regida por la rentabilidad antes mencionada y por la saturación de la información. Por tratarse de un estudio de caso, el énfasis del análisis se puso en la información testimonial lograda mediante la aplicación de técnicas como la entrevista en profundidad y observación participante. Algunas categorías que emergieron en la valoración/evaluación del progreso de la investigación en los primeros momentos, se impusieron en la continuación del trabajo de campo, el reajuste del marco teórico y el rediseño del guión de entrevista (con la inclusión de nuevos aspectos de indagación)⁴⁸, principalmente.

Se realizaron entrevistas semi-estructuradas y abiertas a diez actores que participan en salud en Berisso para indagar los sentidos y representaciones que asignan a su propia participación y a las prácticas que realizan. Siguiendo a Vergara Quintero (2007) hablamos

⁴⁷ Se buscó poder dar cuenta de experiencias de promotores de salud, de militantes de movimientos sociales, de profesionales del equipo de salud, de miembros de organizaciones de la sociedad civil y de otras experiencias que fueron emergiendo en el campo.

⁴⁸ Tal es el caso de las redes informales de participación: el aporte novedoso de mi tesina al estudio de la participación en salud local.

de la visión *émica* que permite acceder a información que se encuentra más allá de las apariencias que se pueden observar en las pautas de interacción, las costumbres y las creencias, lo cual permite entender el sentido que éstas pueden tener para la gente que las vive. En esta cuestión de cómo abordar las representaciones, se piensa (como proponen Cándreva y Paladino en 2005) que la cultura ha ido dejando huella mediante una serie de consecuencias para la asunción del cuidado de la salud por parte de las personas y ha condicionado todo un conjunto de comportamientos, prácticas, creencias y saberes con relación al cuerpo, a la enfermedad y a la salud. Los construye en función del contexto, o sea de los estímulos sociales que recibe, y en función de valores, ideologías y creencias de su grupo de pertenencia ya que como sujeto social es productor de sentido, y entonces expresa en su representación el sentido que da a su experiencia en el mundo social. Tal como ellos consideran las representaciones sociales, esto es, construidas como una forma de lenguaje, de discurso, típico de cada sociedad o grupo social y constituyen modalidades de pensamiento práctico orientados hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal (Cándreva y Paladino; 2005)⁴⁹, en esta investigación y a los fines de obtener información relevante sobre dichas representaciones en el campo de la salud, se construyó un instrumento de entrevista semiestructurada. Esto fundamentado en la consideración, como antes se mencionó, de que es una aproximación pertinente para explorar desde la perspectiva del sujeto sus representaciones sobre la PCS.

Definen (y este trabajo se apropia de su definición) la entrevista semiestructurada en el marco de la constitución de una relación diádica mediatizada por la discursividad, propia de lo cotidiano, bajo la condición de encuentros regidos por reglas que marcan márgenes apropiados de relación interpersonal en cada circunstancia. Éstas permiten acceder al

⁴⁹ Que en su trabajo realizan un amplio análisis de las diversas perspectivas de estudio de las representaciones sociales.

universo de significaciones de los actores, haciendo referencia a acciones pasadas o presentes, de sí o de terceros, generando una relación social, que sostiene las diferencias existentes en el universo cognitivo y simbólico del entrevistador y el entrevistado. La entrevista es pensada como una experiencia y se la inscribe en una dimensión interpretativa del hacer, en tanto que se plantea ir más allá de la descripción y busca relaciones a partir de las cuales (mediante el trabajo conceptual) conocer algo más de la estructura social o los colectivos en que se inscriben los procesos (Cándreva y Paladino; 2005)⁵⁰.

Las entrevistas semiestructuradas se prolongaron, en promedio, alrededor de una hora y media y fueron grabadas en audio, luego desgrabadas y codificadas. Las preguntas de las entrevistas se formularon en base a cinco campos de indagación: a) trayectoria de vida (cómo llega a participar en salud, relaciones familiares, laborales e institucionales, militancia, vínculo con organizaciones comunitarias); b) funciones y sentidos (qué, cómo, dónde, para qué, por qué participa en salud, sentidos asignados, prácticas específicas); c) redes (relación con equipo de salud y con comunidad, relación con otros actores de salud, pertenencia a organizaciones, diálogo con lo estatal)⁵¹; d) género (la participación en tanto mujer u hombre: sentidos); y e) edad (generaciones y participación en tanto jóvenes, padres, hijos, etc.)⁵².

Sumadas a las entrevistas en profundidad, se utilizaron como fuentes los registros

⁵⁰ Para completar la justificación de la elección de la entrevista semiestructurada, retomamos a Delgado y Gutiérrez (1993) quienes aportan seis elementos que fundamentan dicha decisión: 1) para conocer una unidad sociocultural se puede recurrir a la interrogación de sus miembros; 2) cada miembro es una síntesis global portadora de los hechos y normas dominantes de esa unidad social; 3) las posibilidades de expresión discursiva son básicamente las mismas para todos los miembros de una sociedad (o de la unidad sociocultural); 4) la respuesta a una pregunta expresa, directamente, los hechos y las normas dominantes; 5) esa respuesta es sustentada individualmente por cada persona y revela su propia opinión; 6) cada individuo puede proveer esa respuesta cuando le es solicitada.

⁵¹ Este eje de preguntas se incorporó luego de que las incursiones al campo permitieran pensar la existencia de redes de participación en salud, con el fin de indagar su conformación, lógicas y dinámicas internas, y, principalmente, si son parte del universo de sentidos de los actores.

⁵² Estas dos últimas cuestiones no fueron profundizadas en la tesina porque se pensaron para la incorporación en un Proyecto de Incentivos a la Investigación del Ministerio de Educación en el que colaboro.

vinculados a múltiples observaciones con distinto grado de participación en reuniones e instancias de gestión, de charlas abiertas a la comunidad, jornadas de difusión y charlas informales con distintos miembros de los equipos de salud y de la comunidad. Esta técnica fue idónea en el abordaje de prácticas y actividades que no giran en torno a la acción de sujetos específicos y que resultaron numerosas en el caso estudiado.

En cuanto al proceso de análisis de las entrevistas y documentos, se realizó una lectura reiterada y cuidadosa de la información recogida intentando ver su relación con lo esperado en base al conocimiento previo, viendo coincidencias entre distintos casos, analizando relaciones entre conceptos, planteando nuevas categorías (tal es el caso de las redes de participación). Se concibe este análisis como un proceso de codificación, categorización y construcción interpretativa de los discursos en “significados”, es decir, en explicaciones teóricamente consistentes de lo dicho, con el fin de reconstruir los hallazgos en relación con el marco teórico y los objetivos de la investigación. El trabajo de escritura de la tesina reveló algunas dificultades al tiempo que permitió, con el trabajo de elaboración, la presentación asentada en decisiones metodológicas y teóricas explicitadas a los fines de cumplir los objetivos propuestos previamente.

Lo destacable, a los fines de este apartado, es el proceso por el cual a través de mis intervenciones en campo fui conectando una a otra las entrevistas y los contactos con actores y prácticas y encontré en esas conexiones metodológicas y a los fines de una investigación la expresión de redes informales de participación en salud (categorías analíticas elegidas para dar cuenta del caso construido). Es decir, cómo las decisiones respecto a la entrada al campo y la particular continuación de los contactos con entrevistados (que surgieron a partir de cada relato de los informantes que me contactaron con el siguiente) sugirieron un aporte teórico en términos de la emergencia de la hipótesis

de la existencia de redes de participación en salud locales. Redes de participación que fueron reconstruidas y analizadas en torno a tres dimensiones principales: las relaciones (personales, de militancia, por problemáticas de salud, profesionales, etc.) que dan origen; el tipo de sujeto que participa en la red (individual o colectivo); y las relaciones de poder (de dominación o emancipadoras) que las atraviesan. Se trata, entonces, de dar cuenta de cómo las decisiones metodológicas influyeron en el aporte de mi tesina que tiene que ver con la emergencia de una nueva dimensión de análisis (no tomada en cuenta muy ampliamente en la teoría) respecto a redes de participación informal, referidas a las relaciones que se generan entre los actores y sus prácticas que agregan condimentos especiales a la participación comunitaria en salud. En este sentido aspectos como el poder, la militancia y el género se constituyen como nexos articuladores entre los actores y sus prácticas participativas, lo que aporta elementos particulares al caso Berisso.

EN PRIMERA PERSONA

Como correlato del apartado metodológico, elegí dar cuenta, en primera persona, del proceso de construcción, decodificación y análisis de los datos, en el marco de una estrategia que se presume etnográfica y que implica diversos posicionamientos y decisiones en lo que a mi trabajo como investigadora respecta.

A los fines de esta reflexión, retomo a Leticia Robles-Silva (2011) y considero al trabajo de campo como definido y estructurado a partir de un único elemento: *“nuestra relación con el Otro. La aspiración de cualquier trabajo de campo es la de incluir personas, historias y voces para posteriormente construir un dato sólido y significativo de conocimiento, y la única vía para lograrlo es la de relacionarnos con el Otro. Los dilemas éticos durante este encuentro deben ser resueltos y negociados situacionalmente durante el trabajo de campo, no siempre pueden ser postergados ni discutidos. Acercarse a estos dilemas es reconocer la deliberación subjetiva realizada por el investigador frente a situaciones problemáticas en su relación con el Otro (...) [como] una práctica reflexiva crítica de las acciones y sus consecuencias tanto las referente a las del propio investigador quien reflexiona como a las compartidas con otros investigadores”*. Esta reflexión, por tanto, busca dar cuenta de los dilemas a los que me enfrenté en mi trabajo de campo.

Decidí trabajar en Berisso por dos razones: en primer lugar, al contactarme con quien elegí como directora, supe que sus investigaciones en el área de salud se había concentrado en la ciudad de La Plata y me pareció interesante abrir la problemática a otro campo, en este sentido, y en segundo lugar, recordé que mi hermana había realizado prácticas de su carrera (Trabajo Social) en una unidad sanitaria de Berisso (en Villa Zula) y yo había acompañado ese proceso que había resultado muy fructífero. Teniendo en cuenta, entonces, este posible contacto, decidí trabajar con la

participación en salud berissense y pensé que al querer realizar un mapeo para interiorizarme de la situación sanitaria en dicho municipio, sería útil contactarme con la Dirección de Salud. Así conseguí contactarme con la directora del área a través de un contacto personal (una compañera de la carrera) y fijé una entrevista para abril de 2012, que se realizó en la oficina de la Dirección de Salud en el Hospital Tetamanti de Berisso.

En este primer contacto tuve acceso a la información oficial sobre la organización del área sanitaria y también a la línea de trabajo coincidente con la estrategia de APS y con una conceptualización integral de la salud. Es en este encuentro donde empieza a definirse que la construcción del campo se da a través de contactos con actores que conforman una red. Esto es, la entrevista se vio interrumpida por la presencia de una miembro de APaDeA (asociación de padres de autistas) que viene a fijar distintas líneas de acción con la cartera de salud respecto a instalar la problemática del autismo en Berisso (dicha madre es miembro de una asociación platense y por ser berissense es la encargada de organizar charlas y actividades para dar a conocer en la comunidad el trabajo del grupo). Participo de la reunión invitada por ambas y escucho cómo la directora pone a disposición de la mujer algunos recursos del municipio y de la agrupación política en la que ambas militan para que se realice la primera charla de autismo en la ciudad. En lo personal, me concentro en la inscripción del buzo que lleva que dice “equinoterapia” y, por la curiosidad que traía sobre esa actividad hacía mucho tiempo, termino pactando mi participación en una de las clases que se realizan detrás del gimnasio municipal, por acuerdo con la Dirección de Promoción Social. Además soy invitada a participar de la charla y de una jornada

El punto de entrada al campo es una entrevista con la Directora de Salud, (en la búsqueda de conocer la organización del área y su proyección comunitaria) y aquí se intenta problematizar dicha cuestión porque reviste grandes diferencias con la posibilidad de entrada al campo desde una organización, un actor o una unidad sanitaria: esto es, el hecho de obtener un “mapeo” del caso a través de la directora del área puede ser discutido en tanto una voz con intereses claros a la hora de presentarlo, o puede pensarse como la riqueza de tratar de ver cuál es el correlato real de dicho discurso (y este, finalmente, es el camino elegido). Como se menciona anteriormente, algunos de los desvíos tomados para construir el camino de acercamiento al campo, surgieron de episodios meramente oportunistas.

Posterior a esta entrevista (además de fijar encuentros con la representante de APaDeA para la charla de autismo y las clases de equinoterapia) participé como público en la Jornada SaludArte que se desarrolló en la Escuela Media n° 1 del Municipio y que consistió en la presentación de experiencias de articulación de la unidad sanitaria con la comunidad a través de elementos artísticos. Esta experiencia sirvió para generar contactos con actores variados, concretar entrevistas y, principalmente, para tomar una idea de las interacciones y lazos visibles entre los distintos sujetos (miembros de la comunidad, organizaciones de la sociedad civil, funcionarios, instituciones, promotores de salud, médicos, extensionistas universitarios y público en general) a través de la técnica de observación participante y así formar el germen de una hipótesis sobre la existencia de redes en la PCS en Berisso. Específicamente, se contactó a una maestra de Atención Temprana, a miembros de una ONG de chicos discapacitados y a promotoras de salud y trabajadoras sociales de algunas unidades sanitarias. Posteriormente participé en la charla sobre autismo (en la misma semana que SaludArte) y reconocí rostros y lazos entre los sujetos asistentes, algunos previa o posteriormente entrevistados para mi tesina.

La semana siguiente participé de una clase de Equinoterapia y aunque se trató más de una incursión personal que en el marco de una búsqueda sociológica, pude acceder a cierta información sobre la organización del área y sobre algunas relaciones de las que se da cuenta en el capítulo analítico.

El siguiente paso en la construcción de este camino que se va forjando en base a acercamientos espontáneos, es una maestra de atención temprana, a quien se contactó en “SaludArte” y con quien se fijó un encuentro en la charla sobre autismo. Esta entrevista visibiliza elementos de articulación, vínculo con la comunidad y relaciones internas (y tensiones) del equipo

de salud. Su riqueza está en la muestra del aprovechamiento de los recursos disponibles para las estrategias de atención de la salud, las críticas al sistema y la exposición de cómo, desde este aspecto de la salud poco conocido, se construye salud y se encarna una visión de la sociedad (como en todas las prácticas participativas en salud). Esta entrevista aporta información en torno a la intersectorialidad y articulación del área de Educación con Salud: al ser maestra, depende de la cartera educativa, sin embargo, trabaja en articulación con unidades sanitarias. Una última contribución está relacionada a la hipótesis que surge en los diferentes puntos de mi camino en el campo: la existencia de una red de participación en salud a través de vínculos informales, no necesariamente con una frecuente temporal establecida, a la que se llega a través de la observación participante en distintos eventos.

Posteriormente se entrevista a la madre del niño autista y esta entrevista toma un cáliz distinto a las que se venían realizando en la investigación porque contiene un discurso más personal, emocional y privado en torno a cómo el diagnóstico de la enfermedad de un hijo afecta y modifica la trayectoria de vida de una mujer en todos los ámbitos de su vida. Mi relación con esta madre permite este nuevo tono por la regularidad de nuestros encuentros (entrevista a directora de salud, SaludArte, Charla sobre autismo y clases de Equinoterapia).

Tras esta entrevista, decido suspender el trabajo de campo por un problema de salud propio y por algunos meses me dedico a completar el estado de la cuestión y a escribir el informe, y a realizar otras actividades de formación como la participación en unas cátedras de salud dictadas por un movimiento social en la que genero nuevos vínculos. Vuelvo a mi trabajo empírico a finales de 2012 realizando una entrevista a una militante del Espacio de Salud del Frente Popular Darío Santillán, en lo que significa mi primer contacto con un actor que participa en salud por fuera de las instituciones formales y que lo hace desde una elección sustentada en la militancia social. De esta entrevista se destaca la trayectoria de vida de la joven y cómo sus experiencias confluyen en la participación en salud desde su particular posición; y la concepción de salud contrahegemónica que se sostiene desde el movimiento y cómo se construye a lo largo del tiempo y enriquecida por las situaciones que transitan.

Para dar cuenta de algunas cuestiones que surgen en campo, esta entrevista fue grabada y el archivo de audio se dañó por lo que al notararlo decidí escribir todo lo que recordaba de su entrevista y ella completó sus dichos (ya que no podía rehacer la indagación) proveyéndome de archivos y construcciones teóricas y conceptuales del Espacio de Salud, para dar cuenta de cómo se problematizan las concepciones de salud y a partir de ellas cómo se participa en salud desde una organización política y social.

Posterior a esta entrevista presenté una ponencia en la que di cuenta de mis primeros resultados en campo, incluida la emergencia de la hipótesis de la existencia de redes de participación en salud en Berisso, que se convirtió en el aporte novedoso de esta tesina y estructuró el posterior relevamiento en campo.

Durante el receso de verano, me dediqué a escribir el informe que resultó en esta tesina que consistió en la escritura de borradores en un constante ida y vuelta con mi directora: en cada corrección, trabajamos los modos de presentación de la teoría y del estudio de caso hasta llegar a una exposición acorde a los objetivos de la propia tesina y de la carrera respecto a las tesinas de grado (encontré dificultades en la extensión, en la redacción y en el modo de presentar los conceptos y los datos).

En el marco de esa ida y vuelta tan constructivo en la escritura, completé mi trabajo de campo realizando cinco entrevistas en el mes de marzo. La primera fue a partir de un contacto personal con la madre de un excompañero de secundaria que contacté en SaludArte y que mantenía “en reserva” hasta que fuera necesario. Se desempeña como trabajadora social de la Unidad Sanitaria de El Carmen y me atendió junto a una residente de primer año. Posterior a la entrevista (presentada en el capítulo siguiente) que duró casi dos horas me presentó a la Directora de la salita, las promotoras de salud y a la encargada del Rincón de Lectura que funciona allí; y a partir de estos contactos realicé dos entrevistas más la misma semana: a una promotora de salud, y el mismo día, a

las vecinas encargadas del Rincón en una entrevista a dúo que fue muy fructífera para mi tesina. En el medio de estas dos entrevistas participé de una reunión en la salita entre psicólogas, trabajadora social, residentes y encargadas del rincón en la que se debatía sobre la articulación de la Unidad Sanitaria con el club del barrio en el dictado de talleres abiertos a la comunidad. Como la información allí referida no fue compartida conmigo mediante un consentimiento informado no se utiliza en la tesina aunque se retomaron algunas cuestiones en la entrevista que se realiza inmediatamente después.

La indagación a las vecinas se realiza en el Rincón de Lectura, dura más de una hora y media y reconfigura varios aspectos de la investigación y, de algún modo, por su potencial y sus aportes, configura en mi mente algunos lineamientos centrales en la estructura y la presentación de los datos, y termina de dar entidad a algunos aspectos de la tesina por sobre otros (la cuestión de la militancia política y social, por ejemplo).

La siguiente entrevista se pacta mediante un contacto distinto: por llamado telefónico a la Unidad Sanitaria y una inserción bastante incierta de mí como investigadora. De todos modos al presentarme logré generar empatía y relevé los sentidos asociados a la PCS de una promotora de salud con la intención de asignar una diversidad de voces a mi investigación.

La última entrevista (guiada por el mismo interés que la anterior, esto es, confrontar el discurso de un promotor con otro promotor) es a otra militante del Espacio de Salud del FPDS, estudiante de psicología, que permite reconstruir muchos elementos perdidos en el audio dañado de la entrevista a su compañera, al tiempo que enriquece la exposición del trabajo en barrios de Berisso.

En el marco de una reflexión de mi práctica, como punto de partida, existen discusiones epistemológicas y políticas que quizás excedan este apartado pero recorren y permean esta investigación. Si aquí se considera que la salud es una construcción histórica y social, determinada por aspectos político-económicos, comunitarios, culturales y simbólicos; que es un derecho humano fundamental y que para su garantía es necesaria la garantía de otros derechos (en consonancia con la integralidad del enfoque de los derechos humanos), ¿por qué esta investigación entra al campo desde la Dirección de Salud y no desde la cartera de Economía o desde el ámbito de la Justicia? ¿Qué postura se está marcando? Hacer explícita la elección de esta puerta de entrada es clave para empezar a demarcar este recorrido que busca visibilizar cómo las discurrencias del trabajo etnográfico implican y son resultado (en un ida y vuelta constante) de supuestos teórico-políticos que guían la investigación. Se trata de poner de manifiesto que la elección del campo (en este caso el sector salud del Municipio de Berisso) determina algunas elecciones al tiempo que es resultado de otras.

Es interesante señalar que el ingreso a la investigación de la problemática de la participación comunitaria desde la Dirección de Salud está vinculado a la posibilidad de acceder a contactos, actores y prácticas (formales o informales) de la comunidad en el ámbito sanitario: metodológicamente resultaba más factible la construcción del campo desde la unidad sanitaria que desde otros actores de la sociedad civil (como organizaciones). Esto es, para conocer la heterogeneidad de los procesos participativos en salud, partimos de los espacios y sujetos donde la comunidad se relaciona con la institucionalidad de la salud para luego poder conocer los distintos ámbitos de participación y los nexos entre ellos y las unidades. Es necesario enfatizar que este ingreso al campo desde lo institucional (y no desde lo comunitario) no implica que se defina la participación comunitaria en salud por oposición a la institucionalizada.

Una de las primeras particularidades con las que se construye el campo es el hecho de que la Dirección de Salud depende, en la administración, de la Secretaría de Promoción Social (una de las cinco secretarías en que está organizada el gobierno del municipio de Berisso⁵³). Esta característica es parte de la riqueza fundamental que le otorga una posición destacada al caso al otorgar una visión política, ideológica, técnica, administrativa y cultural particular al modo de

⁵³ El Departamento Ejecutivo de la Municipalidad de Berisso, está integrado por las secretarías de Gobierno, Economía, Obras y Servicios Públicos, Promoción Social y Producción.

entender la construcción de la salud y la acción gubernamental sobre ella.

La construcción del trabajo de campo y del campo en sí, devino en la cimentación de un camino permeado por decisiones teóricas, políticas, metodológicas y técnicas, tanto externas como internas a la investigación. Como se verá en la construcción de este relato, a veces por oportunismo y en otros casos, por mera intencionalidad, se llegaron a conocer discursos de actores heterogéneos que enriquecieron la edificación de este discurso y aportaron posibles vías de continuación. Es importante señalar que la elección de estos discursos (de estos desvíos, siguiendo la idea del camino) y no de otros, es completamente explicitada para aceptar que la construcción de este relato podría haber sido otra si no se hubiesen tomado las decisiones que se tomaron. Estas decisiones giraron en torno a los sujetos (quiénes, por qué), las actividades o prácticas (cuáles, dónde, por qué) y la metodología apropiada para abordarlos (qué técnicas, por qué): respecto a los sujetos y las prácticas, las decisiones se desarrollan en cada descripción.

Para finalizar, rescato aquí algunas cuestiones sobre mi experiencia en campo en torno a algunos dilemas que atravesaron mi posición como son el lugar de autoridad (o de par en otros casos) en el que me vi insertada, el hecho de hacerme partícipe de reclamos o actividades, la posibilidad de participar en reuniones o la empatía que generé en todas las entrevistas y que permitieron que la indagación etnográfica fluyera sin mayores obstáculos. Reconozco como riqueza haber sido cuestionada por mi trabajo (la elección del tema por ejemplo), mis ideas, mi trayectoria de vida y mis opiniones sobre ciertos aspectos porque dicha posibilidad permitió un ida y vuelta auténtico en las entrevistas.

**CAPITULO IV: ANÁLISIS DE PRÁCTICAS PARTICIPATIVAS EN SALUD.
RECUPERANDO LA PERSPECTIVA DE LOS ACTORES A TRAVÉS DE UN
ANÁLISIS DE CASO.**

En base a los objetivos de la presente investigación, el campo fue construido centrando 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, posterior a la presentación del caso, se dará 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 último, se dará cuenta de las relaciones entre los actores (individuales y colectivos) 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.

Entre las características del sistema de salud de la ciudad de Berisso⁵⁴ 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.

⁵⁴ La provincia de Buenos Aires está conformada por una multiplicidad de jurisdicciones político-administrativas, en las que se encuentran, además, un conjunto de instituciones y recursos sociales de dependencia estatal y/o privada pertenecientes a la seguridad social. El subsistema de seguridad social está formado por 180 entes financiadores de salud, obra social provincial, obras sociales nacionales, gremiales, mutualidades y sistemas de prepagos privados. El subsistema privado, por establecimientos sanatoriales, clínicas, institutos, laboratorios de análisis clínicos y gran número de consultorios profesionales privados que contratan con la seguridad social a través de sus corporaciones o asociaciones gremiales (atiende a sectores asalariados). Finalmente, el subsector público, formado por establecimientos de la red provincial y de las municipalidades. La estructura de salud en la provincia está compuesta por un ente central y once regiones sanitarias que, desde los documentos, deberían cumplir roles de coordinación y articulación con la red de servicios. En 1987 se crea en cada región el Consejo Regional de Salud integrado por representaciones de los municipios de su área de influencia. Las municipalidades desarrollan acciones de salud y poseen establecimientos de baja y mediana complejidad.

Mario Larrain, como efectores de salud, abarcando varias prestaciones: enfermería, clínica médica y pediátrica, ginecología, obstetricia, tocoginecología, odontología, fonoaudiología, psicología, asistencia social, seguro público de salud, médico comunitario y medicina general. La APS es reivindicada como un eje importante de la política local de salud. Así, desde la Dirección de Salud del Municipio de Berisso⁵⁵, 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 APS; 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 US, 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 municipales⁵⁶, entre otras.

La construcción del campo pueden pensarse en dos niveles: uno que tiene que ver con los contactos conseguidos con la estructura municipal (entrevista a la Directora de Salud, entrevista a madre de APaDeA, Jornada SaludArte, charla sobre autismo y clases de

⁵⁵ Pagina web de la Municipalidad de Berisso:: <http://www2.berisso.gba.gov.ar/psocial/salud.html>

⁵⁶ Plan Materno Infantil; Programa de Procreación Responsable (planificación familiar y prevención); Programa de Control de Infección Respiratoria Aguda Baja en la población infantil; PRODIABA (destinado a garantizar la provisión de medicamentos y la continuidad de los controles a pacientes diabéticos); Programa municipal de prevención en salud bucal (orientado a embarazadas, lactantes y pre-escolares); Gestión y provisión de medicamentos a los vecinos de la ciudad mediante el Programa Remediar, convenio con el Laboratorio Central del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires y adquisición de medicamentos mediante recursos municipales.

equinoterapia), y otro relacionado a los acercamientos en barrios. En este sentido se trabajó en el barrio El Carmen (en la US 35: entrevistas a promotora de salud, trabajadora social y vecinas encargadas del Rincón de Lectura de la unidad; y a nivel barrial, entrevistas a dos militantes del Frente Popular Darío Santillán que participan en comedores comunitarios de allí); el barrio Villa Nueva (entrevista a promotora de salud de la US 43) y el barrio Santa Teresita (entrevista a maestra de atención temprana de la US 17).

En lo concreto del análisis de la PCS en Berisso, se retoma aquí la perspectiva de Pagnamento (quien retoma a Grimberg; 1988) que analiza las experiencias participativas en salud a través de la representación y las prácticas asociadas a la propia participación. En este sentido se tiene en cuenta el *sistema de representaciones*, entendido como las formas específicas de percibir, categorizar y significar (otorgar sentidos) por parte de los sujetos a su experiencia social (suponen un espacio de actualización del sistema de normas y valores hegemónicos e implican procesos de intencionalidad y reflexión que llevan a un replanteo constante de la experiencia social); y las *prácticas sociales*, entendidas como los modos de acción, organización y respuesta social e institucional. Ambas conforman una unidad indisoluble en la que ambas dimensiones (sólo separables analíticamente) se influyen recíprocamente. Esta influencia es la que irá reconstruyéndose en el análisis.

•Prácticas y sentidos•

Como se mencionó anteriormente, sólo a los fines de la presentación del caso analizado, se consideran aquí las prácticas por separado de los sentidos que los actores les atribuyen, con el fin de pensar qué acciones participativas en salud se dan en Berisso y delinear unas primeras conclusiones. En el trabajo empírico se relevaron cuatro **prácticas** específicas de participación de salud comunitarias.

En primer lugar, la “Jornada SaludArte” (organizada por la cartera de salud municipal) que se destacó por ser un encuentro de promoción de la salud que buscaba visibilizar la pertenencia de la comunidad a la US desde otro lugar, como signo de inclusión; y que apuntaba a mostrar la intersectorialidad y articulación del sector salud con otros vinculados a la cultura, la educación y la extensión universitaria (Entrevista 1). Según la directora del área, existe una modificación del modo de trabajar (a partir de la incorporación de la comunidad) visible, por ejemplo, en la fusión de la salud con el arte popular⁵⁷. El evento tenía como objetivo exponer los distintos trabajos de las US en articulación con la comunidad y en el salón de actos de una escuela municipal se presentaron obras de teatro, títeres, canciones, musicales y puestas en escena sobre distintas temáticas abordadas desde el área en cada barrio: violencia de género, prevención de accidentes domésticos, enfermedades respiratorias agudas, autismo y trastornos del desarrollo, tratamientos odontológicos, etc. A su vez, cada US presentó stands con información de difusión sobre sus actividades comunitarias, artísticas y médicas, y en la jornada convivieron actores del equipo de salud, de la comunidad, de equipos de extensión universitaria, del municipio y de la provincia.

Se puede destacar la realización de una jornada cultural dedicada a recoger y difundir las actividades conjuntas entre US y actores y grupos de la comunidad vuelve a implicar un modo particular de entender el quehacer en salud a nivel institucional. A su

⁵⁷ Realizada en la Escuela de Educación Media n° 1, en el Centro Cívico de la Ciudad, contó con la presencia del intendente Municipal, Enrique Slezack; el secretario de Promoción Social, Oscar Potes; la directora de Salud, Graciela Matkovic, la directora Atención Primaria Ministerio de Salud provincia de Buenos Aires, Liliana Fishkel, el director de Cultura, Maximiliano Barragán; y el coordinador del Programa de Salud y Cultura, Alejandro Dinamarca. También concurrió el referente del Programa de Salud Bucal, Mario Gascaterria; la jefa Distrital, Cecilia Echaide; la presidente del Consejo Escolar, Viviana Damianich; el coordinador del Consejo de la Juventud, Santiago D’Elía, la coordinadora de Discapacidad, Patricia Arteca y miembros del Concejo Deliberante. Esta presencia de actores de diversas áreas de gobiernos da cuenta del trabajo intersectorial que caracteriza el ámbito de la salud berissense. “SaludArte” contaba con stands de cada US en que se reflejaba el trabajo con la comunidad –afiches, fotos, power points, trabajos manuales, etc.– y un programa de espectáculos –canciones, títeres, obras de teatro, representaciones, murgas, etc.–.

vez, se destacan la heterogeneidad de actores, la relación estrecha de los centros de atención con la comunidad (a través del trabajo en equipo), y el uso del arte para la construcción de activos para la salud y para la integración social.

Considerando los sentidos asignados por los actores, si tomamos las declaraciones de los funcionarios a la prensa, allí se afirma que *"comenzamos con este Programa en el 2010 donde se presentaron algunas nuevas propuestas tendientes a la prevención y promoción de la salud mediante estructuras más innovadoras vinculadas al arte y no a la estructura tradicional"* y respecto de las actividades que desarrollan las US señaló que *"a los centros primarios se los relaciona siempre con la enfermedad puertas adentro, y con estas acciones buscamos reformular esa idea, y que los vecinos se encuentren con otras modalidades de prevención"*. SaludArte apunta a generar un espacio en el que el nivel primario de salud, pueda mostrar todo lo que está haciendo en una clara confluencia de salud y arte. Por su parte, la directora de APS del Ministerio de Salud de la Provincia subrayó que esta experiencia *"es una nueva forma de relacionarse y vincularse con la gente, pero lo rico de esto es que los que aquí trabajan, los que organizan las obras de teatro y las expresiones de arte, son los propios integrantes del equipo de salud, con lo cual es doblemente meritorio (...) Esta es una manera de demostrar el trabajo de los equipos de salud que muchas veces es silencioso, pero constante sin prisa y sin pausa"*. Por último, destacó: *"estos son los ejes de la atención primaria donde la participación comunitaria, la prevención y la promoción son los pilares fundamentales para promover el autocuidado"*⁵⁸. Rescatar los sentidos que se asocian a las prácticas resulta fundamental para dar cuenta de cómo en esas acciones se apuestan contenidos claros de PCS y cómo

⁵⁸ Se reapropian recursos informativos externos para dar cuenta de los significados que adquiere la jornada cultural en el ámbito ejecutivo de la salud y cómo se articula la actividad con la comunidad en la construcción de espacios, discursos y prácticas saludables.

entiende el Estado esa participación, y en este sentido es clave preguntarse: ¿la comunidad sólo puede participar de los talleres artísticos que brinda la comunidad o existe la posibilidad de participar en instancias de decisión de las US?, ¿la participación está preservada sólo para ámbitos precisos institucionalizados o se permite la irrupción participativa de la comunidad en el planteo de temas en la agenda? Con el correr del relato etnográfico se pueden sumar más preguntas y algunas respuestas.

Una segunda práctica relevada se relaciona al hecho de que, al momento de la realización del trabajo empírico se desarrolló la primer charla de autismo abierta a la comunidad del municipio, “Hablemos de autismo en Berisso”, realizada en el Centro de Estudios Justicialistas Dr. Ramón Carrillo, cuyo objetivo fue realizar un primer abordaje en la comunidad relacionado a los trastornos del espectro autista. Se trató de una disertación con una primera aproximación al trastorno neurobiológico, abordando temáticas como el diagnóstico precoz y su importancia, la escolaridad, la importancia de la familia, los grupos y las redes; con la intención de difundir los talleres de padres, de autoayuda y de ayuda mutua que realiza la asociación. La convocatoria oficial a la charla fue desde “APaDeA La Plata”, aunque en los hechos la única berissense miembro de la asociación, fue quien difundió la actividad y se encargó de la presentación.

Sobre esta charla resulta relevante rescatar que en los agradecimientos se hizo referencia a la agrupación, a la radio, y a la presencia de una maestra de Atención Temprana y del público, pero no se hizo mención al patrocinio/apoyo de la Dirección de Salud: ¿se buscaba enmarcar la charla como una actividad por fuera del Estado? Vale decir que se trataba de una organización familiar donde algunos miembros de la asociación se hicieron presentes y acompañaron la charla de una psicóloga especializada en la temática y en consonancia con lo anterior puede pensarse que se plantea la participación por fuera del

Estado porque no surge del propio seno institucional y se presenta como una acción en salud surgida de la propia comunidad (y en algún punto impugna el no tratamiento del tema por el municipio).

En tercer lugar se analizaron 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. En el caso de Berisso, nacen hacia octubre de 2010 por una iniciativa de la madre berissense de APaDeA y una empleada de la Secretaría de Promoción Social (que tenía el conocimiento de que el profesor de su hijo en La Plata podía disponer de la movilidad de los caballos dos días a la semana). Se realizan detrás del gimnasio municipal y de la Escuela de Enseñanza Media donde se montó “SaludArte”, los lunes y martes en los turnos mañana y tarde, con una duración de media hora por paciente. Están a cargo del profesor y su pareja (asistente terapéutica), quienes aportan cuatro equinos y su correspondiente transporte. Si se permite la alegoría, la encargada de las clases y miembro de APaDeA actúa como un *caballo de batalla* en todos los frentes relacionados con el tratamiento de la discapacidad y los trastornos del espectro autista. Se vincula con distintos sectores gubernamentales y comunitarios, y esta actividad de atención y terapia se complementa con las actividades de prevención y difusión que realiza en simultáneo.

Por último, y en cuarto lugar, se relevaron algunas de las tareas comunitarias que realiza una US que describe como propias: talleres de educación sexual en escuelas secundarias y primarias; Rincón de Lectura (espacio que funciona dentro de la US donde los niños leen cuentos, pintan, dibujan, juegan; participan de este espacio personal de la US, Cooperadora y C.P.A. “La Franja”); murga “Los Murgueritos de El Carmen”⁵⁹ (con

⁵⁹ A fines del mes de enero surge la idea de festejar el carnaval junto a los niños que participan del Rincón de Lectura, se convoca a sus familias y en forma colectiva se comienzan los ensayos y la confección de ropa e instrumentos caseros. El nombre de la Murga fue elegido por los propios niños.

quien se participó en “SaludArte”); taller de percusión latinoamericana; taller de canto; Mesa Técnica (espacio de encuentro entre las instituciones formales del Barrio, se realizan una vez al mes); y reuniones de equipo (todos los viernes se tratan temas internos de la US casos que por su complejidad requieren un abordaje integral e interdisciplinario).

El análisis de estas prácticas da cuenta de una apertura a la comunidad con tendencias participativas en torno al establecimiento de ciertas temáticas relevantes para los actores: desde el énfasis en cuestiones artísticas de los niños de los barrios hasta el tratamiento de enfermedades específicas. En todos los casos hay una inserción importante y destacable de los actores comunitarios y los horizontes de la participación decisional no están tan lejanos como en los casos estudiados en la bibliografía. De todos modos aunque se rescata lo positivo de este tipo de participación en el que se articulan los equipos de salud y los vecinos, es necesario decir que no es posible concluir que estas prácticas de PCS sean emancipadoras en términos de relaciones sociales al interior del área de salud, pero se sostiene que su continuación y extensión puede aportar al empoderamiento de los actores y transformarse en tipos emancipadores de participación en salud.

Junto al análisis específico de las prácticas, la relevancia de conocer los **sentidos** otorgados a la participación en salud fue considerada primordial a la hora de pensar la investigación y de indagar cómo llegan los actores (en este caso, mujeres) a intervenir en estos procesos participativos. 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 la 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)⁶⁰.

En el primer caso la profesión elegida tiene una directa vinculación con la salud (desde la medicina, por ejemplo) o se elige dicha orientación. Así lo expresa la trabajadora social al afirmar que *“podría haber trabajado en otra cosa”*, pero se interesó por la residencia en salud y paralelamente tomó conocimiento de la puesta en práctica del Programa ATAMDOS (Atención Ambulatoria y Domiciliaria de la Salud) del gobierno de Cafiero y del ministro Floreal Ferrara a fines de los 80. Interpreta que supuso una propuesta superadora desde la concepción de salud hasta la conformación de equipos interdisciplinarios (abandonando la perspectiva fragmentaria y unidireccional) en APS en toda la provincia. Se asentaba en la salud como eje y no en la persona y, según el relato de la entrevistada, le dio un impulso a la APS entendiendo que en la US se trabaja con la población más sana (distinta a la aguda del hospital). El equipo de salud contaba con una población a cargo, sueldos altos e iguales para todos (lo que la entrevistada considera *“absolutamente revolucionario”*), suspensión de título, nombramiento con perspectiva de

⁶⁰ Es relevante dar cuenta de cómo algunos hechos de la infancia/juventud de las entrevistadas (aunque reconozcan el origen de la participación en su militancia o en hechos puntuales de su trayectoria vital) las conecta con su actual PCS. La madre de un niño autista, miembro de APaDeA, cuenta que en el secundario *“por esas cosas de la vida”*, eligió la temática del autismo para hacer un trabajo y sólo pudo desarrollar una definición y algunos síntomas por el desconocimiento de la época (Entrevista 3). Por otro lado, una promotora entrevistada narra su vínculo con la salud desde pequeña: *“...salud me maravilla. Desde que aprendí a leer, a los cuatro años ya sabía escribir y leer, no me dejaban leer porque era muy chiquita y me criaron mis abuelos y no les gustaba que leyera. Fijate lo que es la vida. Porque me hacía mal a la vista, por eso, por lo otro. Y tenía horarios para leer (...) vos no podés levantarte, desayunar y ponerte a leer (...) y como mi abuelo era gringo y no le importaba mucho lo que decía nadie, le importaba más lo que yo quería, él viajaba mucho y me compraba libros en los trenes (...) y me traía siempre sin quererlo ‘higiene’, ‘limpieza y salud’, ‘el aseo en el hogar’, ‘biología’ (...) entonces yo escondía esos libros y de noche, cuando todos dormían, porque si me llegaban a ver esos libros que hablaban de cómo se reproducían las plantas, cómo se reproducían los hijos me mataban a mí y a mi abuelo. Y mi abuelo no se daba cuenta, igual eran libros sanos, buenos, yo me leía todo eso (...) Entonces cuando voy a terminar la primaria me dice mi abuela ‘vas a entrar a la escuela de 12 y 60’, nadie había ido a la secundaria de mi familia, nadie sabía cómo era (...) y yo, que no me puedo acordar, nunca, jamás, de dónde saqué esto, no lo sé, debo haber hablado con alguien que me contó, dije ‘no, yo no voy a ir ahí (...) yo voy a ir al Hospital San Martín’ (...) porque se hace la carrera, están las monjas, pasás todo el día en el Hospital, y haces el secundario a la mañana normal como en todos lados, siempre con una tendencia en salud, después haces enfermería (...) y te quedas hasta las 7 de la tarde y haces una carrera. Las tres cosas juntas. Yo quería ser obstetra, me encantaban los niños (...) a los 12 tenía clarísimo lo que quería, casi me matan, y no, me lo prohibieron, casi me matan (...)”* (Entrevista 6).

continuidad y dedicación exclusiva. La informante ve en esta experiencia (de la que pudo participar en un centro de salud de Berazategui) una apuesta ideológica y financiera. *“Para mí el ATAMDOS fue absolutamente revolucionario y ha dejado una marca... Lo que me sedujo en relación a la residencia fue el equipo interdisciplinario y capacitación permanente (...) y me pareció interesante porque la capacitación tenía que ser interdisciplinaria y para mí era un súper desafío porque yo estaba recién recibida y meterme a un equipo interdisciplinario”* (Entrevista 5).

Otra experiencia participativa surge a partir de una problemática de salud familiar. Es el caso de una mujer, miembro de APaDeA, madre de un chico autista, empleada del área de Discapacidad y auxiliar en Equinoterapia. Esta mujer cuenta cómo llega a participar en salud desde el momento mismo del diagnóstico de su hijo, vivida en forma traumática: la frontalidad de la psicóloga y la ignorancia de su marido, la dejaron *“muda por primera vez en la vida”* porque ella sabía que ese diagnóstico era una sentencia: *“ojalá no hubiera sabido nada aunque si no hubiera sabido nada no hubiera insistido, me hubiera quedado con eso y hubiera perdido dos años”*. Al describir lo que sintió, alude tanto a la situación económica de su familia *“[estaba] sin plata, con mi hijo con un síndrome incurable, con deudas hasta acá, mi esposo con el plan y como albañil”* como a factores y circunstancia emocionales: *“la psicóloga nos dijo todo lo que no iba a poder y es por eso porque yo peleo tanto para que se fijen lo que sí va a poder, porque te matan”*. A raíz de esta situación comienza a constituirse como una militante activa en la PCS a través de los caminos que recorre y los vínculos que forja durante la última década con la intención de aprender, como madre, a ayudar a su hijo. Posteriormente también se convierte en participante de una acción colectiva al acercarse a una asociación de padres de autistas, *“El otro espejo”*, y se contacta con la presidenta de dicha asociación, que la asiste en aspectos

vinculados a la salud y la educación de su hijo. El contacto con esta madre de un autista es importante porque se repetirá a través de la vida de Marta pero desde el lugar opuesto: *“lo mejor que podés hacer con una madre es enseñarle a luchar y que lo haga ella”*. En este aprendizaje conoció estrategias de difusión, de intervención en lo político e incluso se forma en la problemática específica (como acompañante terapéutica especializada en autismo y auxiliar terapéutica en discapacidad) para saber cómo trabajar ella y cómo debía ser el trabajo de los profesionales que asistían a su hijo. A su vez, realiza un mapeo de niños autistas en Berisso y descubre que todos los casos asistían a aquella primera psicóloga que tenía un plan de institucionalización en educación especial (al que ella se rehusó) y que existía una especie de triangulación de instituciones: rompe con esa estructura armada que se privilegia y trata de difundir las nuevas oportunidades.

Finalmente se vincula a APaDeA después de un tiempo sin estar en una asociación, porque siente la necesidad de contención y allí encuentra un espacio para ella, porque para su hijo ya había hecho todo (en ese momento tenía diez años y asistía a una primaria pública con un ayudante terapéutico como en la actualidad). Llega mientras trabajaba por Ley de Autismo con miembros de “El Otro Espejo”, y se acerca para asistir a un curso de actualización de acompañantes terapéuticos en autismo y al tener que llenar un formulario decide poner que asiste en calidad de *“madre”*. Fue esa decisión la que la vinculó con este grupo de madres que se reúnen el primer sábado de cada mes y que encuentran mella en el hecho de que *“al autismo se lo trabaja mucho a través de la familia”*. Se siente útil al ayudar a otros padres que *“recién empiezan”* y ve los resultados de su participación en las facilidades que tienen hoy quienes pueden hasta ampararse en una ley (Entrevista 3).

Por último, otra vía (de las analizadas aquí) de inserción a la PCS tiene que ver con la militancia social y política. Desde esa vía, existe una variedad de casos, tal el de las

promotoras de salud entrevistadas que sostienen:

“llegué a ser promotora porque siempre milité, desde jovencita (...) en esa época en la JP, hacía trabajo social (...) y al militar siempre estuve en las mesas de elecciones, en junta electoral, presidenta de mesa o fiscal del partido que yo milito, el justicialista, el kirchnerismo (...) entonces a partir de ahí por medio de conocidos entro a trabajar en una US porque era un trabajo de política social” (Entrevista 6);

“porque yo milito para el intendente de acá de Berisso (...) hace siete años o más (...) mi familia, mis padres siempre fueron peronistas, o sea yo nunca me metí en política ni nada pero por ahí estar quieta no es muy bueno, entonces viste la inquietud siempre la tuve, nada más que por motivos de la vida (...) mi primer trabajo es como promotora, para afuera” (Entrevista 8).

La militancia como vía de entrada a un trabajo remunerado es el caso de las promotoras de salud y en los dos casos la militancia acompañaba la vida cotidiana de trabajo doméstico y la necesidad de nuevas fuentes de ingreso las motivó a utilizar los contactos y las estrategias que habían obtenido en la práctica política para conseguir un empleo. Las dos viven en Villa Argüello pero trabajan en US diferentes (una en la 35 de El Carmen y otra en la 43 de Villa Nueva) y ambas pasaron por otras antes de estar en la que actualmente están instaladas y en la que encontraron un modo de trabajo a fin y compatible a su visión del mundo y de la política.

En paralelo, la militancia es una vía de entrada a la PCS como una práctica política específica y tal es el caso de las entrevistadas que son miembros del Espacio de Salud del Frente Popular Darío Santillán (ESFPDS) y que trabajan en comedores comunitarios de Villa Argüello, Barrio Obrero y El Carmen. Ambas comparten el recorrido que parte desde su condición de estudiantes (una de psicología y otra de filosofía) que tienen la intención de militar y no encuentran un espacio acorde en las agrupaciones afines a su facultad y terminan acercándose a una agrupación estudiantil de la Facultad de Medicina que se y las vincula con el espacio de salud que, tras algunas decisiones personales⁶¹, pasan a integrar.

⁶¹ En ambos relatos surgen las dudas que tenían respecto a integrar un movimiento social o un partido político, respecto a los intereses, las diferencias y en ambos casos hay un evento del que participan (el Tercer Foro de Educación para el Cambio Social que se organiza en nuestro país con una heterogeneidad de organizaciones) que despeja las dudas y las entusiasma a participar.

Del mismo modo se puede pensar la trayectoria de las dos encargadas del Rincón de Lectura de la US 35 quienes se conocen por su militancia social que nace, en su visión, en la pelea por el asfalto para el barrio diecisiete años atrás y que funciona como piedra fundamental de una red de actores (mujeres vecinas) que comienzan a trabajar para visibilizar (al ámbito político y al barrio mismo) distintos reclamos relacionados a infraestructura, educación, prevención y salud. El protagonismo que cobran por encargarse de esta tarea, las vincula al proyecto de la Fundación Leer que designa un rincón de lectura en la US barrial del que se hacen cargo desde hace nueve años.

Dado que la militancia es un componente protagónico en los relatos de las informantes en tanto constitutivo de sus prácticas de PCS, constituye otro de los sentidos de la participación en salud y que, en algún punto, la fundamentan, justifican y permiten sostenerla y reproducirla.

Tal como se ha expresado en el apartado metodológico, en el campo surge la hipótesis de la existencia de una red de participación en salud fundada en vínculos informales, no necesariamente con una frecuencia temporal establecida. Uno de los hilos que unen esta red es la militancia, como es el caso de la conexión entre la maestra de atención temprana con la directora de salud y a éstas dos con la madre de APaDeA, y el del vínculo de las dos encargadas del Rincón de Lectura con las promotoras de salud entre ellas y con la dirección de salud. Y también es la línea que vincula a las militantes del ESFPDS entre ellas y con el barrio.

Los sentidos que asume la militancia son congruentes y variados entre sí. Por un lado es un medio para la PCS (la madre de APaDeA afirma *“quería ver qué se podía lograr acá en Berisso sobre discapacidad y todo se mueve por política en Berisso”* y así se une al Centro de Estudios Justicialistas Ramón Carrillo –Entrevista 3–), y por el otro es un

fin, como lo expresa una promotora de salud:

“Para mí acá es militar política y socialmente (...) yo llevo la política dentro mío, entonces cuando salgo a la calle y tengo que ir a buscar a alguna persona o hacer una ficha (...) a mí me gusta mucho hablar y conversar con la gente (...) y ahí le podés explicar y decirle ‘viste, esto no lo tenías’, ‘mirá te van a aumentar’, ‘¿tenías la sensación alguna vez de que ibas a vivir esto?, ¿qué ibas a tener jubilación y que te la iban a aumentar todos los meses o cada dos meses o dos veces al año?’ (...) implementás la política dentro de lo que podés (...) es refrescarle un poquito la memoria, porque la gente siempre quiere un poquito más (...) estar al tanto de todo y explicarle sus derechos y sus obligaciones (...) 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 (...) Si no vas donde hay problemas no tiene gracia (...) lo lindo es eso, ver dónde está el problema, porqué, y qué podés hacer y no podrás hacer mucho, no podés hacer milagros (...) es lindo, al interesarte por ellos, ellos se dejan de marginar” (Entrevista 6).

En relación a esto, la división entre la militancia dentro y la militancia fuera de la PCS, es clave y es parte de un debate de las encargadas del Rincón de Lectura de la US 35:

“Yo, personalmente, pertenezco desde siempre al Partido Peronista, al kirchnerismo. Ella se incorpora después, pero tiene una militancia barrial y yo venía con una militancia de treinta y pico de años en el peronismo pero nunca lo metí acá, nunca lo metimos acá (...) Creo que es el miedo, a la política, a que la política se meta en espacios donde creen que no corresponde. Nosotras teníamos muy en claro que acá no se iba a entregar ningún folleto (risas) invitando o a subir gente a un micro porque tampoco era, no era la forma nuestra. En realidad lo veían como una vigilancia, que dos personas que están militando por fuera del centro de salud, estando dentro del centro de salud podía jugarles en contra (...) Éramos mal vistas en ese sentido, se nos veía como una especie de espías, como que podíamos informarle al municipio o al intendente de lo que estaba pasando acá adentro” (Entrevista 7).

En ambos relatos se da cuenta de cómo la militancia no existe como posibilidad positiva dentro del centro de salud, aunque, como afirma la promotora, sí existen puertas para afuera o de forma solapada, como parte de una actitud personal. De hecho en el devenir del relato las chicas del Rincón dan cuenta de qué sentido asume la militancia para ellas en su actividad en salud:

“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).

A su vez, el relato de las informantes del Rincón de Lectura da cuenta de cómo la

pertenencia a un partido puede tensionar la militancia en salud:

“éramos peronistas pero enfrentadas (...) de manera independiente trabajábamos (...) la militancia yo la hacía por el otro lado porque yo tengo un concepto de la militancia que no es necesario estar afiliado a un partido (...) reclamábamos y a la vez trabajábamos (...) no era criticar por criticar sino que estábamos todo el tiempo tratando de colaborar y hacer cosas para mejorar el barrio (...) nosotros no nos frenamos con el asfalto (...) la idea del asfalto fue la que nos juntó (...) en este esperarlo fuimos haciendo, de hecho el rincón tiene ocho años y el asfalto dos (...) creo que nos deberían premiar a la perseverancia, a la constancia que tuvimos para el reclamo desde un lugar de militantes que es muy difícil reclamar porque yo en mi caso estaba parada en una vereda y era muy difícil pelear, era muy casi loco enfrentar desde la misma vereda al otro, era muy cuestionado, por ahí no en el lugar de ella pero yo hasta me podía cuestionar cómo podía gritar o putear a un tipo que era de mi signo político (...) Ahora militamos juntas en la misma agrupación “Patria Grande” que apoya al gobierno nacional y popular” (Entrevista 7).

Ahora bien, esta participación y práctica política en salud va acompañada de una concepción de la salud acorde a la concepción integral y positiva que se desarrolló previamente. En lo específico, una de las informantes retoma a Floreal Ferrara y afirma que

“el concepto de Ferrara es revolucionario incluso del de la OMS que es revolucionario de su anterior al retomar la dimensión psicológica y social, que habla de un estado de equilibrio y él en realidad habla más de un movimiento, un cambio y la posibilidad de enfrentar los conflictos para ser feliz (...) Eso es estar sano: ante una dificultad poder generar un movimiento para transformar esa realidad. Él lo habla desde lo individual pero en el marco de un proceso colectivo porque dice que el cambio va a ser colectivo. Es absolutamente revolucionaria su concepción y su perspectiva porque justamente él dice que la salud no puede ser atendida sólo por médicos” (Entrevista 5)⁶².

Respecto a la concepción de salud, la que realiza el ESFPDS (construida en la excusa de dar comunicados) como movimiento político y social es rica en sentidos y significados y reconoce transformaciones en el tiempo (al igual que las concepciones de sus militantes, como una informante que reconoce que antes tenía una idea cuadrada, biomédica, y ahora adoptó una visión integral, dinámica, procesual –Entrevista 4–).

⁶² Y agrega: “La propuesta de Ferrara fue la más revolucionaria, más allá de Carrillo porque era otro momento, otra experiencia de salud, era otra lógica (...) Ferrara es peronista pero toma mucho del materialismo histórico entonces en realidad es muy dialéctico su concepto de salud y su perspectiva digamos... él dice que la salud no tiene nada que ver con el estado de equilibrio biopsicosocial sino que plantea que la salud es una lucha del individuo y de la sociedad para poder resolver los conflictos (...) el concepto salud/enfermedad justamente es una cuestión dialéctica y en permanente movimiento por eso no existe la gente sana y enferma, lo que existe es el proceso de intentar que la gente sea más feliz. ¿Cómo? Bueno, intentando resolver los conflictos que se le presenten en su vida cotidiana individual y colectivamente” (Entrevista 5).

“En el espacio de salud del Frente la construcción de la salud que nosotros generamos es más que anda una salud contrahegemónica, interdisciplinaria, transdisciplinaria, integral, donde salud no es solamente no estar enfermo sino poder disfrutar cosas que nos hacen sentir bien, desde compartir mates con unos amigos hasta salir a luchar a una marcha por cosas que nos corresponden, luchar por lo que crees que es correcto, por la injusticia que existe, hasta eso es saludable hasta... no tener un techo no es saludable, llegar a fin de mes (...) para nosotros el eje salud atraviesa muchísimos ejes, mucho más general, que quizás en la generalidad te terminás perdiendo un poco, pero tratamos de bajarlo todo el tiempo a tierra. Por ejemplo, no pasa el basurero no es saludable y te lo puedo decir desde una enfermedad respiratoria hasta que los pibes no pueden jugar en la placita (...) Que sea interdisciplinario el espacio de salud hace que todos tengamos voz y voto a la hora de pensar la salud” (Entrevista 9).

Lo destacable aquí, es que 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 las encargadas del Rincón de Lectura 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 ella, 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).

Recuperando la perspectiva de la Dirección de Salud Municipal⁶³, uno de los rasgos del ámbito sanitario berissense tiene que ver con la composición de los promotores de salud y su historia: a Berisso lo que habilita a incorporarlos es el Programa Médicos Comunitarios del Ministerio de Salud de la Nación de 2004, en ese entonces y siguiendo la

⁶³ Que bosqueja los lineamientos del municipio en materia de salud a través de un discurso entendido como el de la cartera de salud combinado con el personal.

condición de dos promotores por área programática, se incorporaron diecisiete y luego más a través del Programa Argentina Trabaja. Esto incluye la idea de ampliar el número de promotores desde las cooperativas de trabajo y la posibilidad de incorporar a los curanderos, *“los que ejercen la medicina folklórica”* porque, en sus palabras (no menores): *“uno tiene que asumirlo como que es un actor más en la construcción social de la salud”* (Entrevista 1).

Respecto a esta historicidad, un segundo aspecto relevante es la figura de las manzaneras como antecedente del nexo comunitario en salud: *“en Berisso tuvimos la suerte de que, parcialmente, las manzaneras hicieran la labor del promotor en el sentido de estar comprometidos con el tema de salud (...) siempre contamos con las manzaneras como un replicador de la información (...) acá hay un alud muy interesante de manzaneras que por ahí no está informado desde Salud porque sí están más vinculadas con Acción Social desde lo orgánico, lo institucional, pero con nosotros han sido siempre unos articuladores excelentes desde lo comunitario”*. Cuando se lanza el programa Médicos Comunitarios y se plantea el tema de los promotores, la decisión de seleccionar diecisiete manzaneras que cobrarían un sueldo y *“dejar afuera de cualquier sistema de retribución a otras quinientas cuarenta”* se veía como un productor de mayor inequidad, por lo que actualmente conviven con los promotores de salud y reciben capacitación en temas vinculados a la salud (como alimentación, vacunación, infecciones respiratorias bajas): *“quedaron como un actor más porque lo que se planteó es no ser ni injustos ni inequitativos”* (Entrevista 1).

Desde su lugar de Directora de la cartera sanitaria, relata que a través de dos programas pudo evaluarse la incidencia en salud de la incorporación de los promotores. Por un lado, el Programa Médicos Comunitarios visibiliza el impacto en la formación

hegemonía asistencialista tras su “transición” a una comunitaria sustentada en la figura de este actor; por otro, el Programa Salud Familiar de 2009 permite la incorporación de médicos, auxiliares de enfermería y promotores al quehacer en salud, denotando una composición más heterogénea. Según su análisis los cambios que implicaron la incorporación de actores de la comunidad se ven en el cambio de perfil asistencialista a uno más comunitario con los trabajos de prevención en 2009 por la Gripe A y en 2010 por el Dengue (Entrevista 1).

Del otro lado del mostrador, las promotoras entrevistadas asignan sentidos a su labor específicos, y la vinculan, como se ha mencionado, a la posibilidad de un empleo que surge en el marco de relaciones que forjan en su práctica política y militante⁶⁴. Una de las promotoras lo considera “*un trabajo de política social*” centrado en la “*búsqueda de personas que no están registradas en la unidad*” y búsqueda de determinadas personas (embarazadas de alto riesgo por ejemplo) y de enfermedades (esto resulta clave para entender cómo se estructura el trabajo del promotor) como SIDA, enfermedades venéreas, Chagas, nutrición, desnutrición. “*Todo eso es una búsqueda, vos salís a la calle y buscás y encontrás (...) pero además en la US hay un equipo de trabajo*”. Esta frase describe a las claras cuál es la participación (acotada) del promotor en tanto articulador de la comunidad con la US: sale a buscar patologías y las acerca al equipo de salud. El discurso de la otra promotora informante se corresponde al afirmar

“yo empecé a hacer relevamiento de barrio, viste, iba casa por casa (...) Ir a visitar a la gente, hacer relevamiento de barrio, tenés una planilla, vos tenés que ir casa por casa y preguntar cuánta gente hay viviendo en esa casa, de qué están enfermo, de paso le mirás si tienen piso, si tienen luz, si tienen baño, cloaca, todo eso se vuelca en la planilla. Es como para luego la

⁶⁴ “Y después empecé a andar, como ellos son políticos, empecé a andar en la política y así... [¿Y cómo te llamaron para ser promotora?] Por ese motivo, porque uno de los delegados de La Franja, de allá de Villa Argüello, toda esa parte, yo le hice las primeras reuniones, le hice viste carteles, estuve en las mesas de elecciones como fiscal de mesa, todo, y ahí viste necesitaba trabajo, le dije ‘dame un trabajo o algo, porque mi marido está enfermo, no puede trabajar’ y ahí me dieron esto, como promotora de salud” (Entrevista 8).

US tener una herramienta para trabajar con la población porque vos haces relevamiento de barrio es una ayuda tremenda para la US porque causa que vos ya sabés qué familias son, de qué están enfermos, los remedios que tenés que tener en la US y que ellos se vengán a tratar en la US” (Entrevista 8).

Aunque exponen las tareas que realizan y para las que fueron contratadas, relatan cómo su incorporación (y la incorporación de sus tareas) chocó (y choca) con la lógica del equipo de salud y de la unidad. En otras palabras: hay un paralelismo entre las tareas de los promotores propuestas por la Dirección de Salud (y el Programa Médicos Comunitarios del que son becarios) y lo que espera de ellos la US. Una de las promotoras expone:

“Se pedía un lugar que eligieras, que a vos te pareciera peligroso o de riesgo y yo elegí El Zanjón que está sobre la 66 (...) y me decían ‘no, no, no hay nada ahí, es un zanjón, cañaveral’ (...) meterme, ver, tratar de llegar a la gente, esa gente estaba marginada, marginada porque nosotros los marginábamos y porque ellos mismos se marginaban también (...) pero lo que no sabía, yo lo sabía por verlo, que vivían dentro del zanjón prácticamente (...) entre las cañas y el zanjón hacían sus ranchitos (...) en ese zanjón 80 familias encontramos, 80 familias te digo, con chicos, con familias de 7, 8 hijos vivos, de los cuales la mayoría no tenían documentos, de los cuales muchos habían nacido y muerto ahí y nadie sabía (...) no estaban registrados, estaban como marginados [pero en esa US] no se trabajaba en la calle, se labura hasta acá nomás (...) se les incrementó un trabajo al que no estaban predispuestos (...) una doctora llegó a decirme, irónica, ‘gracias por traerme trabajo’” (Entrevista 6)⁶⁵.

“¿Te parece que se trabaja igual en las tres US en las que estuviste? No. Es distinto. Hay diferencia porque (...) en la unidad 44 trabajábamos de una forma, se trabaja también, pero no como acá. Hay una diferencia tremenda, yo te digo: allá iba y empezaba a hacer relevamiento de barrio, lo mismo, volcar en las planillas y todo, pero es hasta un punto, como un freno. Se trabaja nada más que eso, ya después intervenían otras. En cambio yo ni hacia el trabajo que hago acá, yo hago un trabajo tremendo acá (...) miro las historias clínicas, yo en la 44 y en la 19 jamás toqué ni pasó por mis manos una historia clínica. Estaba todo sectoriado, cada uno sus cositas, como ‘vos tenés que hacer esto y nada más’ (...) Trabajo diferente, acá, yo te digo, en la 19 era más o menos parecido a la 44 y cuando me cambiaron acá, te digo, fue un cambio rotundo, me encanta, yo hago mi trabajo mirá [me muestra planilla del Plan Nacer] Nos llaman para capacitarnos, cada cosa que hacemos tenemos capacitación, permanente”⁶⁶ (Entrevista 8).

⁶⁵ El relato concluye con la descripción de su traslado: “*ya vine acá en rebelde, ya no fui la misma (...) vine dispuesta a no darle bola a nadie, a no tratarme con nadie, a no interesarme por nada, a no preguntar, a no involucrarme (...) me sentí sin yo quererlo incluida (...) yo estaba enojada, encerrada, me castigaron por amiguismos (...) y quienes me trasladan acá son militantes del mismo partido que yo*” (Entrevista 6).

⁶⁶ El relato sobre su trabajo continúa: “*Ahora estoy con vos pero sino yo iría ¿vos a toda esta gente que está acá? [Señala el pasillo de la US] Yo iría y tomarle los datos a todas las criaturas, apellido, nombre, documento, dirección, teléfono, por cualquier cosa, entonces nosotros tenemos esto (...) esto también figura en las historias clínicas entonces cualquier problema, que no haya venido a un control, no tenga una vacuna nuestro deber es ir y buscar a esa familia, a esa criatura, para que tenga los controles, tenga las vacunas correspondientes (...) ese es mi trabajo, yo tengo que ir a la comunidad a hacer eso, tengo que estar sabiendo todo lo que pasa en la comunidad para poder ayudar, para poder tener una herramienta para saber*”

Además de dar cuenta de cómo existen tensiones entre sus tareas y las del equipo de salud, una promotora da cuenta de cómo la estrecha vinculación entre su trabajo y su inquietud político social genera una valoración subjetiva particular de su tarea, que incluye sentidos vinculados al lugar de madre y de mujer como específico de las promotoras.

“Me gusta promotora porque podés desarrollar lo que aprendiste, lo que viviste como persona, yo tengo 4 hijos, tengo 66 años, fijate, y desarrollás una historia de vida tuya, a partir de que ya militaste (...) y cuando llegás a la casa de la gente joven te encontrás con otra realidad de la que yo viví, y bueno, te da la oportunidad de hablar y de meterte un poco en la vida de ellos y te dan lugar. Obviamente con educación, sutilmente. Yo me transformo, salgo a la calle y... es algo que me enseñaron en el CEBAS⁶⁷, que le agradezco mucho, la observación (...) porque capaz salgo de acá y salimos con X [la otra promotora de la US] charlando y tenemos que ir a buscar un chico por diferentes temas, y vas hablando, olvidada de todo hasta que me voy arrimando a la casa, ese es mi sentimiento, no sé el de otros, pero cuando yo llego al lugar al que voy mi primer idea es que la mente se me cambia y empiezo a ver la casa, o sea tengo un instinto observatorio en ese momento, ya cambio todo lo que venía pensando, cambio todo, no pienso más en nada y observo... me enclavo ahí, es algo que no me puedo sacar, yo misma me sorprendo (...) si hay chicos jugando afuera, o con frío, o descalzos o al agua y digo ‘no los cuidaran, no los abrigaran bien’ o digo ‘están bárbaros, están lindos’, las dos cosas, tengo que ser objetiva, no puedo juzgar: a veces lo que uno juzga es lo que imagina, no la realidad, es mi observación” (Entrevista 6).

Al referirse a los sentidos que atribuye a la PCS, una promotora justifica su participación al decir que “*salud me maravilla (...) siempre me interesó salud y trabajaba con chicos*”, de hecho considera que entrar a trabajar en una US fue “*la gloria*” y que desde la experiencia del CEBAS y de estudiar dentro de un hospital siente que le gusta lo que hace (y aclara: “*no seguí porque ya no tengo fuerzas para seguir estudiando (...) sino lo hubiese hecho*”). Además, asegura que piensa seguir en esa función hasta que la echen porque “*me gusta, me gusta la calle, me gusta mucho venir, estar acá con la gente*”. Por

qué problema es, cómo se tiene que trabajar (...) Yo los conozco todos (...) A mi no me han hecho jamás problema, yo voy, los cito, si vienen y todo. Hay casos especiales que si no se puede de una forma, se le busca la vuelta y se va, se lo trae o uno va. Cuando vos ves una persona que está impedida de venir a la salita, uno va” (Entrevista 8).

⁶⁷ Se trata del PROGRAMA C.E.B.A.S (Centros Especializados De Bachillerato Para Adultos Con Orientación En Salud Pública) en el marco del Convenio n° 16/03 Suscripto entre la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires y el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Los destinatarios son los trabajadores de la salud pública, dura tres años y el título obtenido es Bachiller Con Orientación En Salud Pública.

último expresa que cambiaría *“el tiempo, que cada uno tenga un poquito más de tiempo para poder explayarse más con cada uno (...) porque no se puede, es mucha gente, los médicos tienen que, no sólo trabajar ahí adentro, y atender a pacientes, sino llenar planillas, escribiendo y anotando, no olvidándose lo que hicieron... es un trabajo”* (Entrevista 6).

En vinculación con el desarrollo de la tarea del promotor, el trabajo empírico permitió ver cómo se articula ésta con el trabajo dentro de la US en el caso, por ejemplo, de la atención temprana de la salud (AT), un conjunto de estrategias para el tratamiento del desvío biológico, psicológico o social del desarrollo del niño; que se acompaña de atención y acompañamiento a la familia por riesgo ambiental junto con un seguimiento hasta la escolarización. Respecto al trabajo interno de la US, la informante (maestra de AT) destaca que se trabaja en articulación con los promotores de salud que hacen un mapeo o cierre de la zona y el diagnóstico al que se arriba es el de una comunidad apática, con amplios índices de discapacidad y que no se acerca a la salita. Este intercambio es informal pero ella ve como positivo que en algún momento se realicen registros e informes formales como cierre de año y valoración de la actividad. En su propia valoración, la informante explica que como no hay una actitud preventiva y por tratarse (los sujetos destinatarios de la atención) de familias en riesgo, a pesar de las derivaciones médicas, no llegan al Centro de Atención Temprana (CAT) que existe en el Barrio Obrero. *“Hay como un límite del barrio”* en la calle 60, explica, razón por la cual las maestras de AT articulan con la US 17 y van una vez por semana a realizar sus actividades allí. Al relatar que *“la directora de Salud nos pidió que pensemos otra US para ir y pensamos en una que está en las afueras, en la Avenida del Petróleo, porque hay población de alto riesgo socioambiental, que es nueva y de extranjeros”*, da cuenta de cierto análisis social, político y económico (además

de médico) para la elección de un nuevo lugar de trabajo.

El aporte que realiza sobre el lugar en que se lleva a cabo el tratamiento da cuenta de la construcción social de los espacios y los significados que conlleva. El hecho de que la atención sea en una US influye en el tratamiento (e incluso lo desfavorece) porque existe otra predisposición de los pacientes: explica que hay miradas y prejuicios que en el CAT no existen porque todos van a esa actividad, siendo que en la salita se diferencian quienes son derivados a AT y quienes no. Además, es de gran influencia la conformación de los espacios a la hora de trabajar con los niños: en el centro especializado el espacio está construido en torno a una dinámica lúdica y de interacción infantil, mientras que en la US se trabaja en un consultorio médico, no pensado para esta actividad. Además, reflexiona sobre el lugar de la US en la comunidad y el barrio: *“está instalado que la unidad sanitaria es un lugar confiable, aunque a mí no me ven como parte de la unidad”*. Su trabajo fuera del CAT está permeado por estos condicionamientos sociales y demuestra una reflexión en torno a estos: los espacios, los prejuicios, la pertenencia, la llegada a la población de riesgo, las dificultades para acercarse al centro especializado, pensable como un policondicionamiento de la participación en salud (Entrevista 2).

Participar en salud, en paralelo, es lo que una militante del ESNPDS llama una *“revolución hacia adentro y hacia afuera”*. En dicho espacio firma haber encontrado la forma en la que quería participar (tenía muchas ganas pero las experiencias previas en su ciudad natal eran *“anárquicas y no les encontraba la vuelta”*) y primero la salud fue una excusa pero luego allí encontró una fundamentación: *“yo quiero abarcar todo, en todos los ámbitos de mi vida, y no se puede, a menos que quieras terminar con la mente distorsionada. Participando en salud abarcás todo haciendo una cosa y viceversa (...)* Participar en salud para mí es, románticamente hablando, la posibilidad de llegar al

cambio social” (Entrevista 4)⁶⁸.

Y respecto a las posibilidades de generar cambios en salud, una informante interpreta que los obstáculos surgen por el choque *“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”*. En el marco de su evaluación, esta informante (trabajadora social de una US), realiza críticas y también da cuenta de los obstáculos a enfrentar para poder democratizar el sector: *“el sistema de salud está marcado por la urgencia y esto es algo que es real (...) pero la atención tendría que ser una parte de la atención de la salud, tendría que haber otra parte de capacitación del servicio que tendría que tener reflexión, espacios de debate, leer los protocolos”*⁶⁹. Además, da cuenta de cómo se frenan los intentos por producir cambios positivos y vinculados a prácticas participativas en salud, y por ejemplo, sobre la imposibilidad de realizar un diagnóstico epidemiológico barrial: *“acá te dicen ‘nosotros eso no lo podemos hacer porque tenemos que atender’ pero en la ATAMDOS teníamos ocho horas de trabajo: cuatro de atención en la salita y cuatro de tareas comunitarias (...) y era todo tan importante como atender, y por eso te pagaban bien (...) acá te pagan 2.500 pesos y tenés que atender a 30 personas... ¿qué le vas a decir? Además no está incorporado a la perspectiva ideológica... todo el tiempo es*

⁶⁸ Como el objetivo de la presente tesina es reconstruir y analizar los sentidos que asignan los actores a la PCS, se retoman aquí (a modo de aporte) documentos del ESFPDS que dan cuenta de los principales lineamientos de su participación, que pueden consultarse en su página web: <http://www.facebook.com/espaciodesalud.fpds>

⁶⁹ La lectura de los protocolos es un reclamo clave entre trabajadores de salud y el resto del personal médico y, para los primeros, la negativa de los segundos responde a un hábito de trabajo que es difícil de cambiar (teniendo en cuenta que mediante los protocolos se incorporan a la práctica médica conceptos como género, participación y comunidad, entre otros).

una tensión entre lo que debería hacerse y en lo que se hace” (Entrevista 5).

Esta intención de generar cambios en el sistema de salud, proviene principalmente de su experiencia interdisciplinaria en el ATAMDOS, experiencia que vincula a *“una marca como un modo de entender la salud y un modo de trabajar y ha sido tan fuerte que no lo he podido dejar (...) son experiencias que te paran en un lugar (...) por eso no puedo pararme en otro lugar”*. Es desde este lugar que habla y que postula que *“el tema es abrir, porque la salud no es sólo de los médicos, entonces cuando querés abrir ahí se abre el diálogo interdisciplinario para poder pensar en un sujeto que padece y en una comunidad que le pasan cosas que exceden la atención de la salud... eso, todo eso es complejo”* (Entrevista 5). Resulta relevante aquí retomar varias de las líneas de su pensamiento por considerarlo disruptivo y cuestionador de una dinámica desde adentro: la interpelación a la lógica del sistema de salud desde el interior de una US aporta líneas de análisis, evaluación y valoración específicas.

“Parezco re exigente con los compañeros pero reconozco los límites de su formación y de un sistema, un Estado que se despreocupa mucho. Yo soy como contradictoria, porque Argentina es un país que tiene salud, atención gratuita (...) la Argentina es un país que en eso es absolutamente avanzado (...) que es algo que en otros países no existe ni como posibilidad (...) y ves gente de excelencia trabajando (...) y vos ves que los sueldos son bajísimos, entonces la verdad es que cualquier clínica que te paga más... Entonces: encima después que atendió un montón, que gana dos mil pesos ¿yo le voy a decir ‘ahora quedate’ cuando ni siquiera está formado, ni sabe para qué es, ni cómo se hace? (...) ¿le voy a pedir además que se quede para hacer una reunión con los vecinos? (...) Entonces por un lado siento eso, y por el otro hay un interés médico en mantener un modo de hacer salud que no se mueva mucho, hay de la boca para afuera eso de la participación (...) hay un ‘nosotros decidimos, nosotros vemos, nosotros sabemos qué es lo que necesita la gente’ y la gente afuera (...) y la gente le atribuye ese saber al médico” (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 complejo, 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).

Y frente a esta posibilidad de participación sólo de las puertas para afuera de la US, no existe un lineamiento explícito de la Dirección de Salud municipal que contrarreste (a diferencia de lo explicitado por la encargada del área en la entrevista realizada): *"todo esto es un intento (...) todas eso son construcciones que uno intenta ¿por qué?, porque a mi la directora de salud no me pide nada de esto, al contrario, cuando trabajaba en la 44 un director de salud me encerró y me dijo '¿qué intereses tenés vos?' (...) en ese sentido [la directora de salud] abre bastante (...) pero si yo lo hago o no, es lo mismo"*. Sobre la existencia del discurso pro-PCS de la directora de salud lo entienden sujeto a que *"en este contexto queda 'saludable' hablar de prácticas comunitarias (...) ella intenta abrir porque conviene y porque es un discurso progre"*. En este correlato real del discurso de la Dirección, existe también un elemento vinculado a que *"en general el centro de salud tiene que atender y que no haya problemas (...) que no le lleguen problemas al municipio (...) ellos visualizan ahí el problema"*. Y esta ausencia de lineamientos claros del municipio se vincula, por ejemplo, a la participación de las US en la Jornada SaludArte que, en palabras de la trabajadora social informante, llegó de la nada y sin articulación, cuestión que se podría resolver porque *"somos nueve centros de salud, no cincuenta como para reunirnos y discutir (...) por todo eso que pasa dentro del sistema de salud, sin lineamientos (...) porque el lineamiento es 'hagan', salvo que les traiga algún conflicto (...) es la rigidez de las instituciones (...) y así intentamos armar, y abrir, y democratizar"* (Entrevista 5).

Dicha rigidez y dicho discurso progresista se vincula, en sus palabras, a conveniencias políticas, económicas y sociales: *"no sé si cuando nos llaman es porque les*

conviene o porque tiene que mostrar porque la participación tiene mucho peso (...) es muy de bajada política (...) Scioli dice que se necesita que en cinco municipios bailen los monos y como yo quiero caerle bien a Scioli los llamo (...) son lógicas que responden a intereses pobres (...) es la misma línea de construcción política que se baja en los barrios que es el puntero (...) Es una cuestión más asistencialista y la gente es recontra pasiva”.

La trabajadora social se refiere al clientelismo y la relación directa de funcionarios municipales con punteros políticos, que según su visión, en vez de ayudar y socializar, entorpecen. Y, en simultáneo, los profesionales no quieren meterse en política y sostienen que *“lo político que pasa en el barrio no tiene nada que ver con nosotros”*. Es una forma de no relacionarse con las organizaciones del barrio y después *“en la participación los sueltos son más fáciles de neutralizar”* (para los médicos). *“Si no es a través de los grupos organizados del barrio que hacen política entonces los dejamos afuera, ¿qué otra forma de participar hay? La participación sola es buena voluntad, pero para que tenga algún efecto tiene que estar organizada (...) Entonces lo que se hace acá son intentos”*. Intentos vinculados a la falta de experiencia que de todos modos no coartan sus ideales de PCS: *“desde el deseo yo apunto a eso: a prácticas participativas superiores”*, aunque en lo real, considera que la participación es ficticia (Entrevista 5).

Un último proceso participativo en salud que se relevó en Berisso, es la experiencia del Rincón de Lectura, que funciona en la US 35 de El Carmen, que aquí es relatada por el discurso conjunto⁷⁰ de las dos vecinas encargadas, que se conocen por reclamar por el asfalto para el barrio, situación en la que conforman una red de vecinas a las que les llega

“un proyecto para formar rincones de lectura en lugares vinculados a salud (...) a nosotras nos interesó porque nos pareció que necesitábamos una biblioteca, a mi porque la docencia

⁷⁰ A los fines de esta presentación se presenta un discurso único que dará cuenta de especificidades de las dos informantes en el relato. Habrá menciones constantes a un sujeto “ella” porque la entrevista es con las dos y suelen referirse a la otra.

siempre me había gustado y a ella por el acercamiento con los chicos, así que a cada una, desde su lugar y su visión, la idea le pareció copada y nos pusimos a trabajar en eso conjuntamente con el centro de salud. Se presentó un proyecto [escrito por los trabajadores sociales de la unidad] y salimos beneficiados (...) Ninguno teníamos experiencia en esto y nos pusimos a trabajar y algunas madres pintaban los cajones de manzanas para poner los libros (...) y otros trapos de piso con diseño a modo de alfombrita y empezamos a trabajar en el pasillo central del centro, con los cien ejemplares que nos habían dado, el grupo de madres, el grupo de residentes, a veces nos turnábamos y un bolsillero (...) en el cual poníamos algunos libros para que los chicos y las madres leyeran en el momento de la espera. El tema de que haya lectura en un centro de salud era muy fuerte, no se esperaba que hubiera un espacio donde leer pero la gente se enganchó muy rápido por el tema de que estaba muy socializado el espacio (...) lo militábamos todos los días, lo pregonábamos desde un lugar muy visible: la gente que estaba haciendo la cola para sacar un turno se encontraba con un montón de cajones de colores, trapos de piso con colores muy llamativos dispersos a modo de alfombritas en el piso, nosotras sentadas chinito leyendo para nosotros o para algún chico que por esa cosa de curiosidad se acercaba a nosotras, y se empezaban como a prender y empezó esa llamita, a circular que en la salita había un lugar donde se podía leer, o se podía escuchar leer y que inclusive se podía venir sin estar enfermo, que es lo que nosotros decíamos: este es un lugar de distracción, de apropiación, la salita es un lugar común, es de todos (...) [Y al ver que además de los chicos, se unían las madres] empezamos a ver el espacio como para darle otro viraje, como para que tomara otro vuelo, nos dimos cuenta de la dimensión, de la importancia que tenía más allá como función que habíamos pensado en sus inicios, así que en esto que íbamos viendo el espacio se fue reformulando permanentemente (...) La capacitación que teníamos tenía que ver con el instinto, con haber caminado el barrio, con tener conocimiento (...) y era, por ahí está mal decirlo, pero era mucho a prueba y error, ver qué pasa con esto, qué resultado nos da, era en el lanzarse y en las ganas. Creo que lo que no se podía discutir ni se puede discutir nunca acá es que lo que se hizo, se hizo desde la mejor de las intenciones y con muchísimas ganas, porque hay que tener muchas ganas para no tener un espacio y estar invadiendo otro espacio como es el un centro de salud, que tenían que sacar una camilla y nosotros estábamos tiradas panza abajo leyendo con un chico. Quedábamos como bastante desubicadas” (Entrevista 7).

La inserción en la US institucionalizó, según su discurso, su acción militante aunque *“era el lugar que teníamos y que conseguimos, pero en su momento era el espacio que teníamos para arrancar con esto y después lo naturalizamos (...) no nos limita. Nosotras nos sentimos parte de una institución porque estamos dentro de una institución (...) la salita es la salita, para nosotros los del barrio, la salita es nuestra”*. Insertas en la US como vecinas encargadas del Rincón de Lectura, encontraron cómo aportar a la dinámica de atención de la salud desde su lugar, viendo las necesidades y visibilizándolas:

“era estar acá, mirar lo cotidiano. Por eso nos servía el Rincón en la institución, porque por ejemplo estando acá adentro nosotras escuchábamos el run-run (sin que nadie nos dijera nada), escuchábamos: ‘no, se fue el enfermero’, ‘no, se fue el pediatra’, ‘renunció o se quedó sin cargo el odontólogo, no tiene materiales’. ¿Cómo? ¿No tenemos odontólogo? (...)

Entonces nosotras empezamos: ‘bueno ¿a ver quién es el más potable dentro de la Municipalidad?’, como vecinas eh, de onda” (Entrevista 7).

Junto a la posibilidad de ver los problemas (“*en esas necesidades que van surgiendo, sin descuidar el rincón de lectura, se vio que la salita estaba totalmente desprotegida*”), comenzaron a descubrir herramientas y recursos para la acción desde su lugar de militantes:

“habíamos encontrado esa manera de utilizar el último recurso porque siendo mujer era como de bardo (...) a nosotras nos jugaban muchísimas cosas en contra, nos jugaba en contra la militancia, la postura política, nos jugaba en contra el que fuéramos mujeres. Entonces habíamos encontrado la veta por el lado de ‘bueno, mirá, nosotras te lo estamos pidiendo así, vos fijate, sabés que un día agarramos el micrófono, y a la vez nos respondían mucho porque sabían que no era una crítica destructiva, era una crítica constructiva y siempre decían las tipas ‘¿a dónde hay que estar?’ y ahí estábamos nosotros (...) Nosotras estábamos limpias (...) podíamos firmar con nombre, apellido, nadie podría decir ‘ojo que estas dos mujeres se robaron un pan dulce’ (...) Desde ese estar limpias nosotras entrábamos a cualquier lado y decíamos siempre desde la verdad y con muchas pruebas lo que pensábamos y lo que se necesitaba, porque no había nada que se nos podía achacar (...) Por eso actuábamos de esa manera, porque teníamos un grado de certeza de que nadie podría machacarnos más allá de que lo único que nos podían decir era ‘locas’ y en el fondo estaba bárbaro (...) aprendimos cómo movernos y seguimos en esto porque esto es un día a día, lo que hoy es un recurso mañana deja de serlo” (Entrevista 7).

Ese aprendizaje se justificaba, también, por el contexto de clientelismo en el que actuaban, y su intervención en las problemáticas del barrio desde un lugar peculiar:

“Nosotros siempre decíamos algo muy particular: que nosotras estábamos militando por algo que nosotras no necesitábamos. Siempre decíamos eso cuando íbamos a hablar con los vecinos: ‘tengan en cuenta que más allá de lo que hagamos, juntar firmar por ejemplo, que lo que nosotros estamos haciendo ahora no lo hacemos por nosotras, porque nosotras tenemos obra social, tenemos auto, podemos salir en cualquier momento de la noche (...) O sea, todo lo que estamos haciendo, todo lo que estamos reclamando no es para nosotras porque todo por lo que nosotras pedimos no lo necesitamos” (Entrevista 7).

Esta situación de reclamar y militar por algo que es para la comunidad y no para uno mismo, atraviesa la mayoría de los relatos de PCS, ya que, por ejemplo, de igual modo, la madre de APaDeA afirma que lo que hace ahora es por todos, dejó de ser por su hijo.

Otro aspecto que se releva en el trabajo empírico del campo (y presente en la mayoría de los estudios sobre la PCS) es el vinculado a la **relación entre los actores que participan y el equipo de salud** de las US. Por ejemplo, y para continuar con la

experiencia de las vecinas del Rincón de Lectura, consultadas sobre si sintieron resistencias entre los médicos y el personal de la salita, afirman:

“Sí, sobretudo en los primeros tiempos, en el pasillo, y que se entienda, no por parte de todo el personal porque había muchísima gente que nos apoyaba y que entendía lo bueno de nuestro laburo y lo necesario que era y lo necesario que sigue siendo porque a través de esto se detectan muchas cosas, mamás que por ahí a nosotras nos ven como un par, al no ser profesionales y ser del barrio, se animan por ahí a contar que hay una situación de violencia verbal en su casa, o que tienen algún problema que por ahí a un médico no se lo pueden decir porque tienen esta cuestión de distancia, de escritorio por medio, como fucoltiano, entonces con nosotras se pueden soltar de otra manera. Entonces ellos reconocían la validez de nuestra presencia. Otras personas no lo veían así, lo veían como una molestia, cosa de ‘uy, ¿qué hacen dos mujeres que son militantes (ya reconocidas como militantes partidarias, que no lo traíamos acá)?’” (Entrevista 7).

Sin embargo, su participación en un espacio institucionalizado de la US (Rincón de Lectura) permite visualizar relaciones de diversa índole:

“Siempre tuvimos el apoyo e la US y los médicos residentes pero de las residentes ni hablar, fue siempre casi incondicional el aporte que hemos tenido (...) en el barrio nos nutrimos de ese conocimiento teórico, es un ida y vuelta permanente (...) El espacio a las nueve de la mañana, nosotras entramos (...) la puerta se abre (...) es un espacio abierto y no hay que golpear, si hubiera una puerta más grande mejor. Como nos hemos apropiado nosotras del centro de salud, queremos que los chicos se apropien del espacio (...) Todos están abocados, de alguna manera, todos participan de esto, eso es lo que tenemos que dejar en claro. Si bien nosotras somos ‘las mamás del Rincón de Lectura’ porque fuimos las que lo sostuvimos durante este tiempo, todas las personas que han pasado por el rincón durante estos ocho o nueve años han sido imprescindibles y yo diría necesarios para que siguiera, porque hay que laburar mucho, no es fácil, hay que tener constancia (...) El rincón es esto: la interacción con la gente, la interacción con profesionales” (Entrevista 7).

La trabajadora social aporta una hipótesis para pensar y entender desde qué lugar piensan los médicos:

“el sistema de salud en su modo y en su perspectiva más allá del discurso es absolutamente biologicista, y la política para los médicos no tienen nada que ver, porque más allá de que trabajan con personas, ellos trabajan con hígados, con brazos, con piernas... entonces es imposible hablar de integralidad (...) entonces es tal el recorte y es tan hegemónico que estás todo el tiempo remando contra una lógica que no es, al menos no es la que yo, al menos desde el trabajo social comparto, entendiendo que estoy en un sistema con ciertas coordenadas que yo tengo que comprender (...) hay cosas instaladas que no se cuestionan” (Entrevista 5).

Situados en esa lógica es que se tejen relaciones y tensiones entre los actores.

La relación con el equipo de salud, de todos modos, no sólo es tensa o particular con

personas ajenas a la US (en su percepción de lo que es propio y ajeno) sino también con actores incorporados como promotores de salud, con quienes se marca (principalmente desde el lugar del mismo promotor) una diferencia muy fuerte por el hecho de ser o no profesionales de la salud (en particular desde una autovaloración negativa de las mismas):

“Me gusta todo el trabajo que hago... decí que desgraciadamente no tengo un estudio mayor, nada... no tengo una carrera, haber sido médica, haber sido algo (...) En parte tenés más, capaz que más responsabilidad pero tenés mejor, para poderte mover con más libertad pienso yo, con más libertad en el sentido que, al ser promotora de salud, yo hago mi trabajo pero es hasta ahí. O sea no puedo pasar (...) si pudiese las ayudaba más. A pesar de que sólo soy promotora de salud hago trabajo social, hago de psicóloga porque le pongo una oreja a unos cuantos. Al principio decir promotoras de salud era como que no éramos nada. Después lo entendimos perfectamente que ya nos dijo la doctora Marcela que es la profesora que tenemos ahí en la Facultad que es una herramienta muy importante nosotras para el equipo de salud, porque sin nosotras el equipo no trabajaría... Por estudiar a mí me encantaría estudiar” (Entrevista 8).

En paralelo, se destaca cómo se apela a autoridades externas y superiores a sí y al equipo para legitimar su trabajo:

“[¿Y cómo te llevás con los médicos?] Bien, con todos. [¿Valoran tu trabajo?] Pienso que sí, habría que preguntarles a ellos. [¿Pero vos sentís que lo valoran?] Pienso que sí, ellos cuando me necesitan yo estoy (...) Para el equipo de salud no éramos... era como unas personas que las pusieron así y listo (...) nos tildaban así porque nos eligió la Directora de salud y chau... Pero después al ellos tener Médicos Comunitarios, es el programa que vamos a la facultad y recibimos cursos, ellos también reciben, los médicos los cursos, iguales o parecidos, estamos en una escala de la cohorte número tanto (...) entonces ellos también reciben y a la vez le estarán diciendo ‘los promotores son esto, son esto’. Ya tienen que estar sabiendo ellos lo que uno es, lo que representa, entonces bueno (...) Yo en ningún momento me he sentido... te digo desde que trabajo acá estoy muy conforme, me encanta, porque yo hago mi trabajo, yo vengo, tengo que hacer esto, lo hago, yo sé lo que tengo que hacer (...) En las otras [unidades] me sentía inútil... era cumplir un horario y listo (...) y yo era una inquieta (...) Me gusta mucha, aparte que tenemos muy buena camaradería aquí, los médicos son muy buenos” (Entrevista 8).

Aunque en la bibliografía sobre el tema es abundante la reflexión sobre la tensión entre actores de la comunidad y profesionales que participan en salud, la presente tesina no quiso detenerse demasiado en una tendencia general que se corrobora en los relatos y que marca ciertos condimentos especiales según se trate de promotores, vecinos u otro tipo de actor. La profesionalidad o no de los actores que participan en salud es un tema al que

hacen mayor referencia los propios actores que sus críticos, es decir: parece ser más bien algo apropiado del saber implícito de la US que algo explícito. De todos modos se dio cuenta de algunas de las tensiones que existe, sobre todo, en el marco de la invasión/apropiación de espacios donde se dan procesos de PCS.

En el marco de analizar las relaciones que tejen los actores que participan en salud, la segunda parada obligatoria (posterior a pensar la relación con el equipo de salud) es la vinculada a las **relaciones que construyen con la comunidad** (y sus instituciones) a la que pertenecen desde su PCS. En tal sentido, la perspectiva comunitaria de la construcción de la salud está muy presente en el discurso de la directora del área y la puerta de entrada a esta investigación habla de otras formas de ingresar a la salud, y esa aceptación y esa incorporación de la heterogeneidad en su relato, vislumbran un modo particular de pensar los procesos de salud-enfermedad desde una matriz sociocultural y comunitaria.

Pues bien, si este es el lineamiento general de la cartera de salud municipal (y recordando que otros actores imputan la idea de líneas específicas de acción), vale exponer aquí las relaciones comunitarias de las que dan cuenta los informantes y que, en paralelo al análisis de la PCS, permitieron constituir y ratificar la hipótesis de la existencia de una red de participación en el caso analizado.

En las relaciones con la comunidad analizadas, se destacan (a raíz del discurso de los actores) los vínculos que se generan a partir de la vecindad en el barrio, los que se producen en el marco de las relaciones de atención a la salud en las US y al sujeto que participa en relación con algunos beneficiarios de la acción.

Es importante a los fines de esta tesina ver cómo los sujetos (individuales y colectivos) participan en salud desde distintos lugares (o posiciones en el campo) que implican la apropiación y distribución de distintos capitales y poderes en el marco, por

ejemplo, de la comunidad de pertenencia. Cada relación que establecen desde y para su PCS está atravesada por cuestiones de poder, de política, intereses económicos e ideológicos. Incluso (como se ejemplifica con la siguiente cita) cuestiones personales y familiares.

“Yo creo que más allá de toda esa interacción que tenemos con todo el grupo del centro de salud, yo creo que nos retroalimentamos con ella [la otra encargada del Rincón de Lectura]... discutimos muchísimo porque somos totalmente diferentes en la forma de trabajar, lo que nos une es un objetivo en común y en el discutir y entender que de la discusión sacamos siempre algo. Ella puede ser una topadora y yo puedo ser más fría, no más teórica, sino más analítica, le busco mucho la vuelta a la cosa y ella es más un caballo desbocado que sale... y nos complementamos, encontramos el complemento, desde el primer día (...) Somos amigas (...) primero vecinas, después apareció esto porque nos fueron pasando cosas muy parecidas a las dos (...) y a pesar de que en un comienzo teníamos estructuras en la cabeza muy diferentes, en la forma de pensar, después nos fueron pasando cosas muy terribles que nos fueron acercando, y nos fueron cambiando la cabeza en paralelo (...) hacemos terapia juntas” (Entrevista 7).

Del mismo modo, la PCS atraviesa las relaciones familiares, como ejemplifican algunos pasajes de las entrevistas: *“vieja, te vi cortando calles... qué papelón”* y *“en mi caso comprometía el trabajo de mi marido [policía]”*. Sin embargo, estas entrevistadas buscan dejar en claro que *“no nos separamos por la militancia, a las mujeres que estén escuchando esto [por el grabador] sigan militando que la gente no se separa por militantes”* (Entrevista 7).

Así mismo, pensando al sujeto que participa como alguien con cierto poder en la comunidad (en correspondencia a afirmaciones teóricas antes presentadas), en el discurso de las vecinas del Rincón de Lectura y consultadas por su lugar de poder, mientras que una afirma *“nos quedó ese estigma de chicas superpoderosas”*, la otra le da otro tinte: *“no, no es un estigma. Ella usa la palabra ‘estigma’, pero para mi es una marca registrada más que un estigma”*. Este lugar de mujeres con súper poderes, para ellas, *“es a favor y en contra: si algo sale mal ‘fueron ellas’, y si sale bien también fuimos nosotras... pero se escucha menos”*. De algún modo, este lugar de poder y la concepción de la comunidad

sobre ellas cambiaron cuando consiguieron un empleo municipal. Este empleo, al que entienden como un “*reconocimiento en dinero*”, las aleja de su lugar de paridad y de iguales con los vecinos, pero, al mismo tiempo, les permite tener más llegada a ciertos lugares de poder en términos de recursos disponibles para solucionar problemas del barrio:

“Nosotros vamos viendo todo y en este ver, como estamos permanentemente en contacto con un montón de gente, llevamos las inquietudes [al municipio] (...) tenemos otra llegada, se nos abrieron un montón de puertas en esta trayectoria, nos hemos cruzado con gente que ni siquiera nos hubiésemos imaginado que nos podíamos llegar a cruzar (...) ahora tenemos el teléfono de fulano y hacemos una notita (...) después de muchos años de laburo, como correspondía, nos ganamos un lugarcito (...) antes estábamos más invisibles y más expuestas desde otro lugar, ahora nos exponemos más desde un lugar no más tranquilo, porque seguimos batallándola pero desde otra postura, estamos más diplomáticas. Trabajando desde adentro y con los recursos que hay, conociendo los funcionarios de las áreas, vamos y presentamos la inquietud” (Entrevista 7).

En este sentido, la relación con la comunidad desde la US propia suele reproducir los mecanismos de relación médico-paciente que se da al interior del consultorio: se trata de cierta lógica hegemónica de imposición y transmisión unilateral de saberes en salud. Por ejemplo, en el caso de un pedido de la coordinadora de las manzaneras del Barrio para trabajar en coordinación con la salita en el Día de la Mujer, la trabajadora describe cuál fue la reacción del plantel profesional y cuál podría ser una solución “*democrática*”.

“Los médicos hacen lo que saben: dan charlas de patologías (...) por qué no pensamos en este espacio: son mujeres que son manzaneras, que tienen todo un recorrido hecho con una participación (...) y capacitaciones ellas tuvieron dos millones, si algo tienen las manzaneras son charlas (...) y después tienen el problema de que no hay sinapsis (...) tuvieron muchas capacitaciones pero no hay problematización (...) entonces porqué en vez de dar una charla no tomamos estas mujeres con tanta experiencia y al revés, armamos un taller y pensemos cuáles son las cuestiones que a ellas les interesan, por dónde construir los problemas que ellas ven, problemas de salud entendiendo que la salud no es lo contrario de la enfermedad sino que es todo lo que está pasando (...) ellas tienen un montón de saber (...) entonces construimos algo más diagnóstico y después armamos (...) me imagino que va a salir el tema del consumo, de la violencia, son los temas que preocupan al barrio (...) y también uno tiene que reconocer que puede aportar cosas distintas desde su lugar: (...) de la anécdota y lo particular dar el salto a algo más grande” (Entrevista 5).

Desde la descripción de la relación con las organizaciones del barrio, la US 35 lo tiene como una de sus actividades típicas en el marco de la mesa técnica que es el espacio

de encuentro entre las instituciones formales del Barrio: se realizan una vez al mes, la convocatoria inicial surgió desde la US y participan la Escuela Primaria N° 25, la Escuela Especial N° 502, el Jardín Maternal, el Centro de Estimulación, la Escuela Primaria N° 14 y el Centro de Prevención de Adicciones de La Franja. Además de estas instituciones, la relación con la comunidad incluye vínculos con agrupaciones políticas: *“siempre lo que en el barrio primó son organizaciones peronistas, pero hace dos años o tres empezó a laburar en el Comedor el Frente Darío Santillán y ellos se acercaron a la unidad”* (Entrevista 5). En esta misma US, la promotora entrevistada marca cierta diferencia en la información sobre estas relaciones institucionales: *“Yo no tanto personalmente, pero en conjunto sí, se trabaja con la escuela de discapacitados, con la escuela 25, con la escuela de acá en frente, con el club del barrio, bueno está bomberos (...) sí hay organizaciones políticas pero no te puedo decir que conozca mucho”* (Entrevista 6).

Para concluir, una informante ve en la relación con la comunidad la potencia del primer nivel de atención en salud: *“nosotros tenemos la posibilidad de trabajar con la gente en su devenir cotidiano, en su vida (...) no atravesando un problema grave de salud (...) nosotros tenemos esa posibilidad que se da porque los centros de atención primaria están insertos en un barrio, en una comunidad, y tienen continuidad y podemos trabajar con otras instituciones, es la potencia, la posibilidad del primer nivel”* (Entrevista 5).

Una última perspectiva desde la que quiere analizarse el caso (para dar cuenta de algunas particularidades) tiene que ver con la dimensión analítica de **género**, presente en esta tesina desde una cuestión metodológica (el total de las informantes son mujeres) que surge del campo y también fundada en una cuestión teórica relevada en la bibliográfica: la conexión de la mujer con la participación en salud desde la reproducción de su rol de cuidadora es ampliamente reconocida y documentada desde las Ciencias Sociales.

En la experiencia concreta analizada (el caso de la PCS en Berisso) existe una correspondencia con las tendencias encontradas en la revisión teórica en tanto existe una primacía del lugar de la mujer como actor clave de la participación en salud. El hecho de que las informantes sean todas mujeres no responde a una búsqueda específica de voces femeninas, sino que revela esta primacía⁷¹.

La naturalización de este rol de la mujer en PCS puede verse en muchos casos justificado desde los discursos de los actores entrevistados por la reproducción de su rol en la sociedad: como madre, cuidadora, poseedora de una sensibilidad especial.

“Nos tocó este año pasado una familia boliviana que les cuesta a la mamá traer a los chicos a la salita, es como que no le importa. Ya fuimos unas cuantas veces, pretexto, pretexto, pretexto. Tiene negocio, dice que ella no va a cerrar el negocio para traer al chico. Le digo ‘la prioridad es la salud de tu chico’, tiene nueve chicos, entonces medio como que, a vos, como yo soy mamá, siendo mamá... Vos le buscás la vuelta, siendo madre vos le buscás la vuelta, si no podés por un lado, le podés por el otro. ¿Yo sabés cómo los manejo acá? (...) ¿Sabés cuando no quieren venir? ¿Cómo los agarro? Gracias a que pusieron esto de la asignación por hijo ellos sí o sí tienen que venir a firmar la libreta acá... si ellos no tienen los controles de la vacuna al día yo no se las firmo. Porque vos les hablás, les hablás, vas de buena forma” (Entrevista 8).

Se participa desde el lugar de madres y existe también una imputación a otras madres a quienes se asocia la responsabilidad por el cuidado de sus hijos.

“Nos sorprende porque llama la atención [tantas mujeres participando en salud] a nosotras nos sigue llamando la atención de la mamá que trae a la consulta... la mujer es más combativa y la mujer es más caradura (...) en los lugares de poder siempre hubo hombres, ahora empezamos a ver, desde la presidenta a una senadora, a una diputada, pero hace unos años atrás, cuando vos te enfrentabas, te enfrentabas a un tipo, entonces para la mujer es más fácil (...) La mujer es más consecuyente. Tenés una reunión y decís ‘pidamos el asfalto’ y el tipo dice ‘sí, tienen razón’ y decís ‘la semana que viene vamos a la delegación y sino la otra al municipio y sino la otra al concejo deliberante’ y la que vino a la semana es la mina (...) La mujer tiene más garra y pelea por el hijo, y ve en todos los chicos al hijo” (Entrevista 7).

De todos modos el análisis respecto a la PCS desde una dimensión de género, las

⁷¹ La primacía de mujeres se vislumbra también en la planta de promotores de salud en Berisso: “Hay un varón (...) este varón que está como promotor también pertenece a una cooperativa (...) no sé, no se presentarían los varones capaz, porque cuando yo iba a hacer el curso a la escuela de enfermería habían varios varones pero no correspondían al municipio de Berisso (...) Dante, es el nombre del chico, que trabaja en la 18 (...) Quizás el varón no tenga esa inquietud de querer pertenecer a una, a ser promotor (...) Dante él no es casado, sé que está de novio pero es un chico que lo ves que trabaja con chicos” (Entrevista 8).

informantes lo amplían a una cuestión de militancia social y sostienen:

“nos llama la atención el tipo que milita (...) Cuesta que se integre [el hombre] y no se si es que nos ve que somos muy de ir para adelante y esa cosa le da miedo, y también tenemos que tener en cuenta que este es un espacio de nosotras, y nosotras entre comillas, mujeres la mayoría, y la mayoría son hombres casados, nosotras no... hay una construcción social atrás de eso también, todo es una construcción social... y el hecho que seamos militantes, creo que hay un montón de cosas que frenan. Y el hombre tiene un rol social ya establecido y que no se acerquen al centro de salud, se sobreentiende que los hijos son asunto de mujeres. Y la militancia fue siempre asunto de hombres, y los hombres militan por un lado y las mujeres por el otro. De hecho anoche estábamos en un plenario y las mujeres estábamos todas de un lado y los hombres de otro (...) a pesar de que somos todos compañeros (...) Nosotras gritamos, y eso también tiene que ver, en el concejo deliberante los hombres hablan, y nosotras gritamos... creo que tienen que ver con que no se nos escucha, ese análisis lo estoy haciendo ahora. ¿Por qué siempre tenemos que gritar? Porque nunca fuimos escuchadas (...) es muy loco pero la mujer con poder se pone muy macho (...) el poder de la soberbia (...) te vuelve patotera... entonces el grito viene cuando el otro no te quiere escuchar (...) cuando el otro te escucha levantas mas la voz y levantas las manos y gritas” (Entrevista 7).

Como se mencionó antes, el ser mujeres militantes (en salud o en cualquier otro espacio social y político) lo viven como un elemento de imputación negativa de los otros:

“éramos dos que estábamos muy al pedo, es la visión que tenían hombres y mujeres, a ver, para esto no hay diferencia de género. Para la mayoría éramos dos mantenidas, porque en ese momento estábamos casadas, después nos separamos juntas (...) para la gente éramos dos minas que no teníamos nada que hacer, que como nos mantenían salíamos a hacer esas pelotudeces (...) Ahora seguimos siendo dos locas que ‘como las dejaron siguen haciendo esas cosas’ (Entrevista 7).

“Género” es una variable que se tiene en cuenta en las intervenciones en salud por parte de movimientos sociales, como es el caso del ESFPDS que al reconocer la reactividad ante temáticas dadas a mujeres por hombres afirman: *“somos concientes: ¿rompemos esa lógica o la mantenemos? ¿Cómo laburamos dentro de nuestra organización? Transdisciplinariamente: integramos el espacio mujeres y varones de diferentes disciplinas”* dando paso a una superación de la barrera de género (Entrevista 4).

••Redes••

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 presente 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 interior. Para dar cuenta de estas redes, se organizó la información de campo en torno a ejes que permiten atravesarlas en combinación con un constante pibot entre un lente ideológico (lo que se dice, el discurso) y otro práctico (lo que se hace, la acción).

Una primera arista para describir estas redes, es el **origen** en que se sustentan. Así, se puede dar cuenta de redes que nacen de contactos personales y otras que se producen por vínculos de tipo institucional, aunque en ambos casos se visualizan cruces.

En el caso de las redes de tipo **personal** (aquellas que se sustentan, principalmente, en contactos y relaciones entre personas individuales, y no en tanto miembros de instituciones estatales o de la sociedad civil) en las entrevistas se evidencia la existencia de un conjunto de relaciones interpersonales surgidas principalmente de experiencias de vida compartidas (sujetos vinculados por patologías –el caso de niños discapacitados–, por reclamos barriales, por elecciones profesionales) que participan cada una en redes diversas, pero comparten actividades tales como charlas de promoción de la salud, capacitaciones o eventos artísticos y que se vinculan a la conformación de asociaciones (niños autistas –“APaDeA La Plata” y “El otro espejo”–) y ONG’S. Lo interesante de esa red constituida entre sujetos que comparten una similar trayectoria de vida y problemática familiar, es que existen puntos de desacuerdo en torno a formas organizativas (liderazgos personales versus formas más institucionalizadas y profesionalizadas) y diferencias de visión en torno a las

formas de actuar (por ejemplo, respecto a la problemática de la discapacidad: el ingreso o no al ámbito estatal es clave y se refieren experiencias de ambos tipos:

“Yo creo que sí hay un Estado que está ausente, yo creo que ese espacio está en la escuela 501, que se desarrolle mal también es un Estado ausente porque, ante esa necesidad, si yo fuera la coordinadora de Salud, llevo a esa mamá a la escuela [la promotora de ‘Amigos de Corazón’] y digo ‘chicas, tenemos que hacer esto’. Y abrí la escuela, porque los chicos son los mismos de la escuela que encuentran un lugar más acogedor, con una mujer que tiene ganas (...) Si hay una coordinación coherente en el municipio lo que hace es acompañar y amalgamarse como municipio a esta persona que tiene todo ese empuje. Y aprovecharlo en beneficio de la comunidad” (Entrevista 2)).

Complementariamente, los vínculos de tipo personal presentes en la conformación de redes también aportan a la socialización de marcos normativos y de acción: enseñanza y aprendizaje conjunto de formas de actuar, de recursos, de estrategias de difusión: *“me enseñó, fue la primera que me dio una mano, que me acompañó, me enseñó y creo que lo mejor que puedes hacer con una madre es enseñarle a luchar y a hacer, que lo haga ella”* (Entrevista 3). Las narraciones muestran la apropiación de experiencias sobre formas de involucramiento y de acción frente a estructuras burocráticas, espacios de atención, y abordajes y tratamientos posibles, entre otros. A su vez, se evidencia la inserción de los sujetos (a partir de estos contactos e intercambios) en la lógica de la acción política y de la participación en diversas iniciativas relevantes. En palabras de un entrevistado, *“quería ver qué se podía lograr acá en Berisso sobre discapacidad y todo se mueve por política en Berisso”* (Entrevista 3).

En estrecho vínculo con esto, además de la similitud de algunas experiencias de vida de los sujetos, la **militancia política** (como se ha evidenciado) es otro núcleo que origina estos contactos personales que permiten la conformación de redes y la conformación de vías de acción. Una de las experiencias reconstruidas refiere a la vinculación con el Centro de Estudios Justicialistas Dr. Ramón Carrillo (CERCA), con la participación en “Frente

Amplio” (agrupación peronista afín al intendente berissense Slezack), con la pertenencia al kirchnerismo y con el Espacio de Salud del Frente Popular Darío Santillán. Posiblemente la consecutiva adquisición de poder otorga otras expectativas de alcance y concreción de objetivos, que motivan a participar activamente en política (en una reciprocidad entre quienes primero participan exclusivamente en salud y quienes luego amplían sus horizontes). Los vínculos también aportan recursos a miembros de la comunidad para llevar a cabo actividades de promoción de la salud: particularmente otorga espacios, medios de difusión (espacios radiales y virtuales en los blogs oficiales) y cierto patrocinio político-institucional. En otras palabras, la militancia política previa vincula a los sujetos que conforman estas redes a través de otro tipo de interacción.

Finalmente, aspectos como el compartir lugares, actividades, espacios de esparcimiento o cualquier otra actividad extra-institucional, parecen surgir como posibles fundamentos originarios de la conformación de redes personales de participación en salud, que se pudo ver operar. Se trata en principio de espacios de interacción heterogéneos y tal vez poco previsibles pero que parecen funcionar como disparadores de vínculos, inicialmente interpersonales.

Como se afirmó anteriormente, se puede dar cuenta de redes que nacen de contactos personales y otras que se producen por vínculos de tipo **institucional**. Estas redes institucionales se evidencian, por ejemplo, en el manejo de recursos que ofrecen las carteras de Salud, Educación y Cultura municipales para la puesta en práctica de actividades de promoción y prevención de la salud. A eso apunta “SaludArte”, un encuentro de promoción de la salud que busca visibilizar la pertenencia de la comunidad a la US (en adelante, US) desde otro lugar, como signo de inclusión; y que muestra la intersectorialidad y articulación del sector salud con otros vinculados a la cultura, la educación y la extensión universitaria.

Según la Directora de Salud del municipio, este tipo de experiencias suponen una modificación del modo de trabajar (a partir de la incorporación de la comunidad) visible en la fusión de la salud con el arte popular.

Más interesante resulta ver estas redes institucionales en torno a las áreas de incumbencia. Las redes “**temáticas**” (en torno a problemáticas de la salud determinadas) en esta indagación se concentraron en torno a los problemas de desarrollo infantil y discapacidad. Hay un trabajo en red que se visibiliza en exposiciones artísticas, charlas abiertas a la comunidad, campañas de concientización sobre tratamientos, apertura de terapias especiales (como es el caso de la equinoterapia), entre otros. En simultáneo, se desarrollan redes que se podrían denominar “**transversales**” por sustentarse en actividades que pretenden trascender las áreas cerradas y en la participación de actores que no participan en las temáticas excluyentes como son la escuela, los comedores, las iglesias, etc. Fue posible ver operar algunas de estas redes en la jornada “SaludArte” sostenida en la unión entre arte popular y salud apuntada a la inclusión social de la comunidad.

Una segunda dimensión para atravesar las experiencias de PCS y analizarlas en el **tipo de sujeto**, individual o colectivo, que participa y da fundamento a las redes. Respecto al sujeto **individuo** se destaca la existencia de actores estratégicos o protagónicos que son “cabeza” de la mayoría de los procesos participativos comunitarios aquí estudiados. En la experiencia analizada, uno de los sujetos refirió vínculos personales e institucionales que extienden el alcance de sus prácticas sustentada en su capacidad y “empuje”. Lo característicos de las redes es que llevan a otras potenciales redes y a otros recursos y otras expectativas. Los límites del carisma (o del rol protagónico) están en la intrascendencia en el tiempo de su actividad y en el anclaje de la participación en un período de efervescencia o auge que, de no ser institucionalizado, tiende a perder impacto y continuación. Es

necesario destacar que los procesos participativos en salud, como todo proceso social, requieren cierta temporalidad y que en lo empírico lo que se revela es una ruptura con el ideal de permanencia en el tiempo, por lo acotado de las intervenciones. Además existe una tensión entre los procesos personales y colectivos que marcan barreras en las posibilidades reales de capitalizar la acción participativa de los sujetos carismáticos.

Por otro lado, la inserción de los sujetos en redes participativas puede darse desde el carácter de actores **colectivos**. Así lo ejemplifican la participación de la asociación APaDeA, las US indagadas, el Concejo de Discapacidad y la Dirección de Salud.

El último eje que se eligió para describir estas redes es el del **poder** en términos de relaciones que pueden ser entendidas como de dominación o imposición, o como emancipadoras o empoderadoras de la comunidad. Es importante aclarar que se sostiene que las relaciones de poder fluyen y atraviesan todas las dimensiones de la conformación de las redes (las estudiadas e incluso las no abordadas en esta tesina) pero resulta operativo, a los fines de este informe, concentrarnos en su análisis. En este sentido, al interior de las redes existen relaciones que pueden entenderse como de dominación (las asociadas a lo institucional y a las jerarquías verticales del área de Salud) que implican la imposición de formas de actuar. Sin embargo, y en consecuencia con un lineamiento comunitario de la participación en salud, en estas redes, mayoritariamente, se vuelve tangible el poder como un elemento emancipador, al aportar posibilidades de intervención en la gestión, control y evaluación de la atención de la salud.

Al respecto, el discurso de la coordinadora de la Dirección de Salud se destaca por erigirse como un discurso oficial que tendrá consecuencias performativas emancipadoras:

“La aspiración es formar masa crítica, formar cada vez más ciudadanos que tengan conocimientos de aspectos relacionados con alarmas en enfermedad, con estilos de vida saludables, y con esto, con la participación comunitaria. Sumarlos a la participación

comunitaria en salud por lo menos, y vuelvo a decir: a mí me preocupa más, digamos, las puertas de entrada... Sumar todas las puertas de entrada a la salud, esta es la cuestión” (Entrevista 1).

Al ser relacional y disperso (no concentrado), el poder aparece apropiado de distinta forma por los sujetos en tanto la posición que ocupen en cada una de las redes de las que participan (y aquí se está pensando en la teoría de los campos de Bourdieu, y el volumen de capital de los agentes en relación a las posiciones ocupadas). En este estudio, uno de los sujetos ocupa una posición de poder mayor cuando actúa como productor de actividades de promoción de la salud y tiene un amplio acceso a recursos; aunque su poder disminuye cuando actúa como empleada municipal en el área de discapacidad o cuando es público en una jornada intercultural (se vincula con distintos sectores gubernamentales y comunitarios, y la actividad de atención y equinoterapia se complementa con las actividades de prevención y difusión que realiza en simultáneo).

Se pueden visualizar dos escenarios bien distinguidos: por un lado, existen situaciones de poder diferenciales entre redes y organizaciones; y, por otro, al interior de estas, los sujetos ocupan posiciones con un poder asociado disímil en cada una, lo que refiere a estrategias en la construcción de posiciones de poder de los actores.

Una de estas estrategias puede evidenciarse en formas de control surgidas en entrevistas, referidas a actitudes de “vigilancia” por parte de los sujetos hacia las acciones de algunos funcionarios de acuerdo a actividades que proponen: *“quiero ver si se está moviendo, si está haciendo algo, yo estoy haciendo panfletos en APaDeA... quiero ver que él como coordinador se encargue al menos de darle difusión”* (Entrevista 3).

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 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.

En vistas de lo analizado a través de las prácticas, los sentidos y las redes relacionales de participación, 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.

Es en el marco de estas particularidades que emergen dos fenómenos que llamaron a revisar e incorporar conceptos guías de la investigación al tiempo que se cristalizan en nuevas hipótesis para continuar el análisis: la existencia de redes informales que articulan las diferentes experiencias participativas y, simultáneamente, la incipiente institucionalización de las prácticas al realizarse en el marco del patrocinio estatal y municipal. Se trata del proceso de construcción de redes como estrategia articuladora de proyectos heterogéneos que dan sustento a procesos participativos como experiencias sociales y su incorporación al marco de lo institucional con lo que ello implica.

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 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 US 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.

CONCLUSIONES

La construcción del caso parte de una búsqueda en el marco de una investigación particular sobre participación comunitaria en salud, con la intención de dar cuenta, describir y analizar las estrategias participativas de una comunidad en el ámbito de la salud. El criterio de accesibilidad guió la aplicación empírica hacia el Municipio de Berisso donde, a través de distintos tipos de contactos, fue posible observar la diversidad de prácticas y actores involucrados en el ámbito de la salud, enmarcados en redes participativas. 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, y los sentidos sociales que aportan a la propia actividad, a los lazos que fomentan y a los vínculos y el accionar estatal.

Del trabajo empírico surgieron dos fenómenos/aspectos que llamaron a revisar e incorporar conceptos guías de la investigación al tiempo que se cristalizaron en nuevas ideas para continuar el análisis: la existencia de redes interpersonales que articulan las diferentes experiencias participativas y, simultáneamente, la incipiente institucionalización de las prácticas al realizarse en el marco del patrocinio estatal y municipal. Se trata del proceso de construcción de redes como estrategia articuladora de proyectos heterogéneos que dan sustento a procesos participativos como experiencias sociales.

El análisis del caso del municipio de Berisso, permite identificar algunas situaciones que perfilan escenarios complejos y heterogéneos para el sostenimiento de una política en salud que tome como eje la PC. En particular (y en consonancia con los resultados empíricos de Pagnamento), se asiste a la emergencia de distintos significados en torno a la

participación, que exigen que en vez de buscar la homogeneidad, se contemple la heterogeneidad inherente, que *“los sentidos construidos por los actores no revisten un carácter meramente técnico sino también ideológico y valorativo y aun la búsqueda de un consenso en el plano de las significaciones reactualiza la pregunta de para qué y por qué se busca la participación de la comunidad”* y la importancia de la revisión crítica de las experiencias previas y actuales en salud de los actores a la hora de la planificación política (Pagnamento; 2011).

Tal como afirma Spinelli (2010), el desarrollo de la estrategia de APS en Argentina ha demostrado capacidad de producir modificaciones (esperadas e inesperadas) en el discurso y en los actores. De esta afirmación parte esta tesis para dar cuenta de algunos de esos cambios. En el propio análisis, las conclusiones (en las que se busca volver a la teoría) dan cuenta de experiencias de PCS en el marco de una APS Selectiva en proceso de renovación en el marco de un campo de salud atravesado por disputas políticas partidarias, municipales, económicas, culturales, valorativas y familiares, entre otros. Son estos aspectos que atraviesan el campo y configuran una lógica especial, los que deben tenerse en cuenta en el marco de un modelo de planificación estratégica que busque consolidar y expandir la participación en salud como un elemento fundamental de las políticas de salud en el primer nivel de atención.

En lo específico del trabajo empírico y la construcción del campo, se presentan una serie de conclusiones en tanto las dimensiones analizadas:

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

- La vía de llegada a la PCS es la militancia principalmente. Y en paralelo, en general, la participación en salud es una excusa para la búsqueda del cambio social (siempre se articula con). Si bien tal vez los aportes de los actores de la PCS 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 concepto de salud que construyen es consonante con la concepción integral y amplia de salud (mencionada en el primer capítulo), y muchas veces esta definición abarcadora les permite englobar su actividad en el marco de actividades de salud.
- Se ratifica un gran peso de la hegemonía médica que actúa como condicionante implícito para la propia acción en salud: no ser profesionales es una carga negativa autoadjudicada por los actores que participan en salud. A su vez, en la valoración de su propia actividad tiene mucho peso el no reconocimiento de la autoridad médica y política.
- El género se vuelve una dimensión analítica útil para dar cuenta de las experiencias participativas en salud de Berisso, tratándose de que los casos analizados fueron relatados por mujeres que valorizan la PCS en un doble sentido: como reproductora de los roles tradicionales de género y, al mismo tiempo, como posibilidad de empoderamiento femenino.
- En los casos que conforman este estudio de caso, se asiste a una participación simbólica, ficticia, acotada en espacios y en intervenciones (es consultiva y no decisional) pero se sostiene que aunque desde las US se propia una participación puertas para afuera y sólo cuando es decidida por el equipo, las experiencias de PCS se están instalando y generan espacios de poder al interior del barrio. Esto es consonante con los “hallazgos positivos” de Pagnamento (2011), quien afirma: *“la trama de relaciones (actores que participan), la*

lógica de trabajo grupal (modalidad de trabajo), los temas abordados (tanto los que se incluyen en el debate como las acciones que se planifican para dar respuesta), resultan de una concepción más amplia de la salud” que el mero tratamiento de las enfermedades. La diversidad de prácticas participativas en estas experiencias, contrasta visiblemente con aquellas circunscriptas a la atención médica, que las trascienden aunque no las excluyan. Consecuentemente se registran en asociación a estas experiencias, conceptualizaciones de los espacios participativos y la participación no ya acotadas sino cercanas a lo que inicialmente identificáramos como participación efectiva o emancipadora. *“Se podría pensar entonces, que ciertos actores y en ciertos contextos, pueden dar lugar a espacios más amplios para el desarrollo de experiencias participativas y/o a mantener cierto espíritu crítico o de potencial contrastación respecto de las actividades que mayormente se realizan”* (Pagnamento; 2011).

- Por último, se propone aquí como autocrítica que la heterogeneidad de procesos participativos que aquí se concluye en realidad podría estar dada por la heterogeneidad de informantes consultados, por lo que otra estrategia de abordaje metodológico podría presentar un mapeo más fiel de un número mayor de casos.

Pensando ya un “de aquí para adelante”, retoma concepciones que presentan propuestas superadoras de las actuales formas de PCS. Por un lado, desde el paradigma de la epidemiología crítica, Romero Uzcátegui y otros (2010) creen que es preciso pensar la PC de forma radicalmente diferente a la que hasta ahora vienen proponiendo organismos y agencias internacionales, al igual que los gobiernos y sus instituciones, desenmascarándola de la falsa neutralidad y aportándole las herramientas políticas necesarias para alcanzar las transformaciones sociales que revaloricen equitativamente la condición humana. Para ello, resulta inevitable incurrir en el terreno político ya que al asumir la participación y el trabajo

comunitario desde una perspectiva transformadora de la realidad social, se trasciende al escenario político. La epidemiología crítica propone la PC como el principal mecanismo hacia la autonomía social y a la participación con conciencia crítica en la producción social, la de salud, lo cual generaría un proceso colectivo de formación de conciencia social para actuar frente al mercado internacional, desde una postura nacionalista, ya no como consumidores, sino como grupo social que demanda un nuevo orden social con propuestas democratizadoras. La PC en su sentido de entrometerse en el proceso decisorio o de adquirir poder, o de crear conciencia, es parte de un proceso político y no es posible separarla de él. La participación en salud sólo puede ser un reflejo de la participación política (Romero Uzcátegui y otros; 2010). Se trata de repolitizar la participación porque, como afirmaba Ugalde en el contexto de surgimiento, *“la participación comunitaria es una actividad política, y no puede ser organizada por gobiernos o agencias internacionales, para satisfacer sus propias necesidades políticas”* (Ugalde; 1985). En este marco, Ruiz Giménez Aguilar vuelve a los actores y sostiene que un sistema de salud más eficaz y eficiente requiere que el tradicional rol de los pacientes como consumidores se transforme en una nueva función de coproductores para la producción de salud basada en la democracia participativa y contraria a la jerarquía de la autonomía médica o a la competencia del mercado (Ruiz Giménez Aguilar; 2005).

Para el futuro, y en el marco de las carencias de esta tesina (por elección u omisión) se proponen algunas líneas de continuación, profundización y problematización de la problemática de la PCS: a) la incorporación del concepto de *capital social* para tratar temas vinculados a las estrategias de participación en salud (como trabajan Sapag y Karachi en 2007); b) el debate de la orientación totalizadora de la comunidad unida e idealizada que no deja margen para la diversidad y condiciona las percepciones de la PCS y de los procesos

de empoderamiento (propuesta de Di Marco en 2005); c) el lugar de la vecindad en la estructuración de las relaciones en la PCS; d) una reflexión sobre la construcción del saber médico y su imbricación con el poder y las posibilidades de co-construcción con el saber popular (como postulan Kornblit y otros en 2007 y Pagnamento en 2011); e) una profundización del abordaje a través de la dimensión analítica de género; y f) una cuestión metodológica (en el marco de una autocrítica) referida a ampliar el recorte del objeto de estudio para poder dar cuenta de la diversidad de las experiencias participativas.

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

ASE, I. y BURIJOVICH, J., (2009), “La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?”. Salud colectiva [online]. 2009, vol.5, n.1, pp. 27-47. ISSN 1851-8265.

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

BÁSCOLO, E. y YAVICH, N., (2010) “Gobernanza del desarrollo de la APS en Rosario, Argentina”. Rev. salud pública. 12 (1): 89-104, 2010

BÁSCOLO, E., (2010) “Gobernanza de las organizaciones de salud basados en Atención Primaria de Salud”. Rev. salud pública. 12 sup (1): 8-27, 2010

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.

BERSH, D. (1987) El fenómeno de la salud. Bogotá: OPS-OMS-ICFES-ASCOFAME.

BONACHE PÉREZ, J., (1999) “El estudio de casos como estrategia de construcción teórica: características, críticas y defensas”. Cuadernos de economía y dirección de la empresa, ISSN 1138-5758, N° 3, 1999 , págs. 123-140

BURSZTYN, R., GIOVANELLA, L., STOLKINER, A., STERMAN-HEIMANN, L., RIVEROS, M., SOLLAZZO, A., (2010) “Notas para el estudio de la Atención Primaria en contextos de sistemas de salud segmentados”. Revista de Salud Pública, num. Abril-Sin mes, pp. 77-88.

CAMACHO HINOJOSA, V., (2011) “¿Por qué “interculturalidad contra-hegemónica” en salud?”. Revista MEDPAL, Interdisciplina y domicilio; año 3, no. 4. Pp. 42-44

CÁNDREVA, A. y PALADINO, C., (2005) “Cuidado de la salud: el ‘anclaje’ social de su construcción. Un estudio cualitativo”. Universitas Psychologica, enero-junio, año/vol. 4, número 001. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. Pp 55-62. ISSN: 1657-9267.

CASTRO VÁSQUEZ, M., (2008) “De pacientes a exigentes. Un estudio sociológico sobre la calidad de la atención, derechos y ciudadanía en salud”. Región y sociedad v.22 n.48 México may./ago. 2010. ISSN 1870-3925

CHIARA, M., DI VIRGILIO, M. y ARIOVICH, A., (2010) “La coparticipación provincial por salud en el GBA: reflexiones en torno a la política local 2000-2005”. Salud colectiva v.6 n.1 Lanús ene./abr. 2010. ISSN 1851-8265

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.

DABAS, E. y PERRONE, N. (1999). "Redes en salud". En *Viviendo Redes*. Editorial CICCUS. Buenos Aires. 1999.

DELGADO, J., y GUTIERREZ, J., (1993). "Métodos y técnicas cualitativa de investigación en Ciencias Sociales". Editorial Madrid 1993: 225-226.idem.

DELGADO GALLEGO, 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.

DENMAN, C., CASTRO, M. y ARANDA, P., (2007) "Salud en Sonora desde una perspectiva de género: retos y propuestas". *Región y Sociedad*, año/vol. XIX, número especial. Colegio de Sonora, México. Pp 147-170.

DI MARCO, G. (2005) "Políticas sociales y democratización". En DI MARCO, G., FAUR, E. y MÉNDEZ, S. (2005) La democratización de las familias. UNICEF, Bs. As.

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.

FLOREAL FERRARA, (2009). "Conceptualización del campo de salud". Disponible en: <http://fordocsalud.blogspot.com.ar/2009/08/conceptualizacion-del-campo-de-la-salud.html>

FLYVBJERG, B., (2004) "Cinco malentendidos acerca de la investigación mediante los estudios de caso". *Reis. Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. Núm. 106. Pp. 33-62. Centro de Investigaciones Sociológicas. España.

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.

GARCÍA, J., (2002) "Iglesia y participación comunicara en salud. El caso del municipio San Francisco del Estado Zulia, Venezuela". *Revista de Ciencias Sociales (Ve)*. Vol. III, núm. 1. Enero-abril 2002. Pp. 75-94. Universidad del Zulia. Venezuela.

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.

HERZLICH, C. y PIERRET, J., (1988) "De ayer a hoy: construcción social del enfermo". *Cuadernos Médicos Sociales nº 43*.

JIMÉNEZ, (2009) “Innovaciones en la gestión local en salud: una aproximación desde el caso de la Municipalidad de Rosario en el período 1995-2000”. Salud Colectiva, Vol. 5, Núm. 2, mayo-agosto 2009. Pp. 211-224. Universidad Nacional de Lanús. Argentina.

KORNBLIT, A., MENDES DIZ, A., DI LEO, P. y CAMAROTTI, A., (2007) “Entre la teoría y la práctica: algunas reflexiones en torno al sujeto en el campo de la promoción de la salud”. Revista argentina de sociología [online] vol.5, n.8, pp. 11-27. ISSN 1669-3248.

LAURELL, A., (1982) “La salud-enfermedad como proceso social”. Cuadernos Médicos Sociales nº 19. Enero 1982.

LELLIS, M., MOZOBANCYK, S. y CIMMINO, K., (2009) “Investigación evaluativa de una estrategia de promoción de la salud en el ámbito escolar”. Anuario de investigaciones versión ISSN 1851-1686. v.16 Ciudad Autónoma de Buenos Aires ene./dic. 2009

MERCADO, F., BOSI, L., ROBLES, L., WIESSENFELD, E. y PLA, M., (2005) “La enseñanza de la investigación cualitativa en salud. Voces desde Iberoamérica”. Salud colectiva v.1 n.1 Lanús ene./abr. 2005. ISSN 1851-8265

Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Gonzáles García, G., (2006) Programa Médicos para la APS (PROMAPS).

MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA BUENOS AIRES. “Derecho a la salud. Un derecho humano” Desde la perspectiva de la APS.

MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES. Programa de Salud en Movimiento para la Provincia.

MORGAN, (1993) “Capítulo 4. El movimiento de atención primaria en salud y la ideología política de la participación en salud”. En Participación comunitaria en salud. La política de atención primaria en Costa Rica.

MOVIMIENTO PARA LA SALUD DE LOS PUEBLOS (2000) “Declaración para la salud de los pueblos”. Asamblea Mundial de Salud de los Pueblos.

NEIMAN, G., y QUARANTA, G., (2007) “Los estudios de caso en la investigación sociológica” en Vasilachis De Gialdino, Irene. (Coord.) Estrategias de investigación cualitativa, Buenos Aires, Gedisea editorial, pp. 213- 237.

O’DONNEL, G., SCHMITTER, P., y WHITEHEAD, L., (1994) Transiciones desde un gobierno autoritario. Paidós. Barcelona.

OMS (1986) Carta de Ottawa para la promoción de la salud.

OMS, (1998) Glosario de Promoción de la Salud.

OMS, (22-03-2007), 60º Asamblea Mundial de la Salud. “Promoción de la salud en un mundo globalizado”.

OPS/OMS (2003) Renovación de la APS en las Américas: documento de posición de la OPS/OMS.

OPS/OMS (2004) en Argentina. Revista "A su salud" n° 8. Agosto-Septiembre 2004.

OPS/OMS (2005), Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la APS (Declaración De Montevideo). Washington, D.C., EUA, 26-30 de septiembre 2005. Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS_CD46-Declaracion_Montevideo-2005.pdf

OMS, Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). "Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria de Salud." Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma Ata, URSS, 6T12 de septiembre de 1978. Ginebra: OMS, 1978

PAGANINI, (2006) "Hacia la definición de un nuevo paradigma para la equidad en salud. Una propuesta para el análisis de las bases filosóficas de la salud colectiva". Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP. 2006; Octubre; 1 (3): 16-29.

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".

PEREIRA, (2009) "La participación ciudadana en las políticas de salud". En CHIARA y DI VIRGILIO, Gestión de la Política Social: Conceptos y Herramientas. Prometeo - Universidad Nacional General Sarmiento, Buenos Aires. Pp.: 245 - 265,

PRATESI, (2001) "Salud pública y participación comunitaria".

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.

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*.

RUIZ, (2007) Organizaciones comunitarias y gestión asociada. Una estrategia para el desarrollo de ciudadanía emancipada. Paidós. Buenos Aires.

SACCHI, HUBERGER y PEREYRA, (2007) "Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de Salta". *Salud colectiva* v.3 n.3 Lanús sept./dic. 2007. Versión On-line ISSN 1851-8265

SALIDO y SANTILLANA, (1998) Reseña de “Participación comunitaria en salud: evaluación de experiencias y tareas para el futuro” de Haro y Keijzer.

SAPAG y KARACHI, (2007) “Capital social y promoción de la salud en América Latina”. Revista Salud Pública, (41), pp. 139-49, Santiago de Chile.

SCHUBERT y NEVES DA SILVA, (2011) “Los modos de trabajo de los agentes comunitarios de salud: entre el discurso institucional y el cotidiano de la vulnerabilidad”. Revista MEDPAL, Interdisciplina y domicilio; año 3, no. 4. Pp. 45-52

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

STAKE, R. E., (1995) Investigación con estudios de caso. Capítulo Primero: “El caso único”. Ed. Morata. Madrid. Pp 15-25.

STOLKINER, COMES y GARBUS, (2011) “Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina”. Ciência & Saúde Coletiva, vol. 16, núm. 6, junio, 2011, pp. 2807-2816. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, Brasil

SVAMPA, M. (2005) La sociedad excluyente. La Argentina bajo el signo del neoliberalismo. Edit. Taurus, Bs. As.

TOBAR, F., (2003) “Financiamiento del sistema de salud argentino”. En BELB, J. y MERA, J., OPS. El sistema de salud en la Argentina. Buenos Aires. OPS.

UGALDE y HOMESES, (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.

UGALDE, A. (1985) “Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria en los programas de salud en Latinoamérica”. En Cuadernos Médico Sociales Nm 41, Rosario.

VELEZ ARANGO, (2007) “Nuevas dimensiones del concepto de salud: el derecho a la salud en el estado social de derecho”. En: Colombia. Hacia La Promoción De La Salud ISSN: 0121-7577 Editorial Universidad De Caldas v.12 fasc.N/A p.63 – 75.

VÉLEZ ARANGO, (2009) “El derecho a la salud: políticas públicas y percepción de actores y grupos de población. Del papel a la realidad”. En: Colombia Hacia La Promoción De La Salud ISSN: 0121-7577 Editorial Universidad De Caldas. v.14 fasc.1 p.68 – 92.

VERGARA QUINTERO, M., (2007) “Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad”. Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 12, Enero - Diciembre 2007, págs. 41 – 50.

VIDAL CÓRDOBA, (1999) “La participación comunitaria en salud”. Revista Investigaciones Sociales – Trabajo Social. Año III, nº3.