

Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social

EDUARDO L. MENÉNDEZ*

A partir de la década de los setenta y en especial desde la conferencia de Alma Ata, la participación social (PS)¹ referida al proceso salud/enfermedad/atención (s/e/a) ha sido reconocida como una de las actividades básicas de las políticas de atención primaria de la salud (AP) (Kroeger y Luna, 1987; Muller, 1979; Rifkin y Walt, 1988). Junto con la autoatención, el papel de la mujer, el uso de la "medicina tradicional" y el saber popular, la PS sigue siendo reconocida en la actualidad como parte sustantiva de las acciones dirigidas a solucionar, o por lo menos limitar, los principales problemas que afectan la salud de los estratos subalternos, y en particular de los grupos étnicos (Coreil y Mull, 1990; Menéndez, 1994).

La participación social ha sido propuesta para América Latina como una actividad necesaria no sólo respecto del proceso s/e/a, sino también para lograr determinados objetivos en otros campos como el educativo, el económico, el recreativo e incluso el cultural. Ello ha dado lugar desde la década de los cincuenta a la propuesta de proyectos específicos de participación, impulsados por la sociedad civil y/o el Estado (véase Comisión Económica para América Latina (CEPAL), 1960; Ware, 1962; Organización de las Naciones Unidas (ONU), 1972; Ugalde, 1985).

* Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS).

¹ Las principales siglas utilizadas en este trabajo son: atención primaria (AP); atención primaria selectiva (APS); atención primaria integral (API); aparato médico sanitario (AMS); organizaciones no gubernamentales (ONG); participación social (PS); proceso salud/enfermedad/atención (s/e/a); sector salud (ss).

En función de tal desarrollo, desde los sesenta la PS aparece como un campo de aplicación y de reflexión teórico-metodológica. Si bien ésta se centró en procesos meso y microsociológicos, en particular referidos a la participación comunitaria y a grupos de autoayuda, supuso ulteriormente la inclusión de procesos macrosociales. Además de investigadores dedicados al estudio de los grupos de autoayuda (Katz, 1981; Katz y Bender, 1976), autores como Gusfield (1963) y Touraine (1987) vieron en el proceso s/e/a un eje para el desarrollo de demandas colectivas, que a partir de su especificidad podían articular y/o expresar necesidades genéricas de los grupos involucrados.

En consecuencia, el concepto PS referido al proceso s/e/a supone reconocer su uso técnico y social y asumir que, con éste u otros nombres, ha sido un objetivo significativo también para la práctica política y la investigación académica. Es decir, este concepto implica la existencia de una historia académica, una historia técnica y una historia política que aun cuando hayan tenido trayectorias diferenciadas, se caracterizan por haber formulado e intentado resolver interrogantes teórico/prácticas similares. No obstante tener trayectorias particulares, existen entre estas historias convergencias metodológicas, en función de la similitud de las interrogantes básicas y por el continuo proceso de permeabilidad entre ellas. En consecuencia, la reflexión sobre la PS referida al proceso s/e/a debería tener como marco referencial esta historia múltiple, lo cual no ocurre en la mayoría de las investigaciones y/o de las acciones desarrolladas por el sector salud, las organizaciones no gubernamentales o los grupos sociales directamente involucrados en la PS respecto del proceso s/e/a.

En el presente trabajo no desarrollaré esta triple historia: propondré un marco referencial dentro del cual veamos jugar diferentes concepciones sobre la PS y el proceso de continuidad/discontinuidad que caracteriza el uso de este concepto, para después analizar algunos de sus aspectos sustantivos en salud. Me interesa analizar el desarrollo simultáneo de diferentes aproximaciones, que en determinadas lecturas aparecen como excluyentes y unilaterales, en lugar de emerger como propuestas que se desarrollan y transaccionan coetáneamente. Más aún, para nosotros es este proceso de continuidad/discontinuidad en el desarrollo teórico, el que posibilita entender el proceso de apropiación, resignificación y/o remplazo intempestivo de unos conceptos por otros, pese a manifestarse como antagónicos.

Participación social: la construcción teórico/práctica de un concepto

La década de los sesenta supuso la constitución en determinadas sociedades² de procesos de participación colectiva organizados tanto en términos económico-políticos, como en función de particularidades culturales, ideológicas, étnicas y de otras identidades fuertemente estigmatizadas. La diferencia y la PS aparecían utilizadas por sujetos y grupos, como expresión de modos de vida específicos y como propuestas de transformación y/o cuestionamiento de la sociedad dominante.

Las limitaciones, fracasos y/o inviabilidad políticas e ideológico/culturales de por lo menos una parte de estos proyectos condujo a un hecho paradójico. El concepto PS, sobre todo definido en términos de control sobre la toma de decisiones, cobró mayor presencia cuando las sociedades en las cuales se daba un determinado auge de fenómenos participativos entraron en crisis, por lo menos en sus formas masivas de participación.

Como sabemos, esta crisis se desarrolló durante los años setenta y ochenta, y fue tanto política como ideológica, pero no constituyó un proceso puntual y simultáneo sino que se caracterizó por su continuidad/discontinuidad y heterogeneidad, la cual llega hasta la actualidad. Al interior de este proceso se generó una recuperación del concepto.

La recuperación de la PS operó, en consecuencia, no en forma homogénea ni unívoca, dado que involucró un espectro de respuestas a determinadas características sociales, que a su vez expresaban las condiciones de diferentes sectores sociales. Desde esta perspectiva, la recuperación de la PS no puede ser pensada en los mismos términos respecto de las propuestas desarrolladas por grupos étnicos, o por las diversas variantes del feminismo, o por el denominado movimiento en salud mental, y por supuesto no puede ser interpretado desde la misma perspectiva el desarrollo de estos movimientos en las sociedades capitalistas centrales que en las periféricas.³

² En este texto dichas sociedades refieren a las de capitalismo desarrollado y a las latinoamericanas.

³ Ha de recordarse que los movimientos nucleados en torno a lo étnico, la religión, el sexo (luego el género), la edad, la identidad estigmatizada y la enfermedad mental, tuvieron un notable desarrollo en Estados Unidos y en menor grado en países europeos durante la década de los sesenta, antes de que estos movimientos cobraran significación

Este concepto ha sido reapropiado por tendencias teóricas que consideran que el capitalismo favorece el desarrollo de una sociedad individualista, competitiva, consumista, pasivo/receptiva, apática, donde los objetivos privados se imponen a las necesidades públicas; sociedad donde la caída de ideologías y prácticas comunitarias favorecían la atomización y la indiferencia o el escepticismo hacia las acciones colectivas; donde la democracia era cada vez más formal, ya que se había generado una escisión entre la población y sus representantes políticos y/o sindicales incluso cuando funcionaba la democracia representativa.

No obstante tal concepción no era nueva; durante las décadas de los veinte y treinta, una parte del marxismo, del historicismo y más tarde del existencialismo habían reflexionado críticamente sobre las características de la sociedad europea. Más aún, en los cincuenta y sesenta la sociología norteamericana, retomó algunas de estas temáticas. La pérdida de la identidad subjetiva y grupal, la caracterización de la vida como inauténtica, anómica y alienada, el dominio creciente de la soledad, el aislamiento, "la muchedumbre solitaria", la depresión o la soledad "del corredor de fondo" expresaban la continuidad de un análisis que fue previamente dominante en especial en el comprensivismo alemán, pero también en la escuela durkheimiana.

Durante los años sesenta y setenta una serie de corrientes teóricas, incluida la denominada "institucionalista", analizó la sociedad enfatizando la tendencia institucionalizadora dominante en toda sociedad, el dominio de lo instituido sobre lo instituyente, concluyó en consecuencia que la institución crea necesariamente mecanismos para asegurar su propia reproducción. Toda institución, no sólo las políticas, generan procesos de poder y micropoder para reproducirse; en función de dicha hipótesis fueron analizadas especialmente las instituciones familiares, educativas y médicas.

Tales conclusiones no constituyeron meras reiteraciones de las propuestas weberianas, sino que describieron el peso de lo institucional oponiéndose estructural y funcionalmente a los procesos de democratización, más allá de las invocaciones formales hacia la misma. El trabajo de Foucault —si bien con contradicciones y discontinuidades— expresa en parte este tipo de concepciones, donde el saber/poder institucional no sólo limita la PS, sino que convierte a la PS supuestamente autónoma en agente de la reproducción del sistema dominante. Para

en América Latina, donde salvo el movimiento estudiantil y por supuesto los movimientos obreros y campesinos, se desarrollaron en periodos ulteriores.

una parte de los institucionalistas, de los neoweberianos y de los foucaultianos, la astucia de la estructura es notoriamente insidiosa ya que la misma se reestructura y reproduce en parte a través, incluso, de los que la cuestionan; pues utilizan algunos de los mecanismos y procesos que critican para asegurar su propia microrreproducción. Así, partidos políticos u organizaciones no gubernamentales (ONG) que proponen la solidaridad, critican el individualismo competitivo o cuestionan el manejo de incentivos materiales, desarrollan al interior de sus organizaciones competencias por micropoderes que pueden concluir en la exclusión de algunos o en el fraccionamiento de la organización, o en realizar actividades contradictorias con los objetivos propuestos. Para algunas de estas tendencias, dado el peso de lo estructurante y de la trama de la vida orientada hacia lo privado, la PS aparece como uno de los escasos mecanismos que pueden oponerse a lo institucionalizado, pero solamente en la medida que dicha PS sea constante y continua.

Por otra parte, los análisis referidos a las condiciones socioeconómicas y étnicas como las de América Latina, si bien incluían parte de las propuestas anteriores, describieron procesos donde se evidenciaba, junto con la situación de pobreza, la exclusión de la mayoría de la población de la toma de decisiones respecto de los mecanismos económico-políticos que condicionaban sus formas de vida, inclusive a nivel local.

Conceptos como el de marginalidad, más allá de su legitimidad teórica, buscaron destacar que la mayoría de la población subalterna rural y urbana no participaba en los términos señalados. Si bien las sociedades capitalistas en general se caracterizaron tanto a nivel oficial como privado por el desarrollo de una burocracia jerarquizada, por la concentración de los mecanismos de poder, por el incremento de la delegación de funciones desde el sujeto/grupo/comunidad hacia esos sectores, etcétera, estas características eran más acusadas en las sociedades dependientes donde gran parte de la población se iba constituyendo en "marginal". Se señalaba no sólo la pérdida continua del peso de la sociedad civil, sino también el incremento de la población pobre y extremadamente pobre que en términos políticos era marginal, no participativa y que limitaba sus actividades a un poder y micropoder locales sin incidencia en la sociedad global.

En los años sesenta el proceso condujo a la recuperación de las propuestas autogestivas desarrolladas sobre todo en los veinte y treinta; dichas propuestas se expresaron a través de proyectos y experiencias referidas al control obrero, campesino, étnico, estudiantil, sobre las ins-

tituciones, sobre la enfermedad, incluido el control sobre la locura. Una parte de estas experiencias supusieron experiencias culturales cuyas unidades eran la comunidad o el grupo. Al igual que la mayoría de las experiencias ocurridas durante este lapso se discontinuaron en forma masiva durante los años setenta y los ochenta (véase Menéndez, 1979 y 1983).

Una parte de los análisis subrayaban la constitución de una sociedad donde no sólo el sujeto o el grupo delegaban funciones, sino donde iban perdiendo cada vez más su autonomía y se constituían en sujeto/grupo cada vez más *dependientes*. La *dependencia* podía ser a las drogas, al juego, al deporte, a la televisión o a una ideología. Es decir, se organizó una concepción donde la interpretación estaba colocada en el peso de la estructura como autorreproductora y en la secundarización dependiente del sujeto/grupo.

La PS fue recuperada desde diversas orientaciones en función de estas interpretaciones de la realidad; fue propuesta como uno de los principales mecanismos para construir y/o reconstruir la identidad deteriorada de grupos étnicos, migrantes rural/urbanos, de homosexuales o de "locos". Aparece no sólo como mecanismo de rehabilitación sino como ejercicio donde los sujetos y grupos experimentan su propio poder y sus posibilidades. La PS aparecía como una de las soluciones para los marginales urbanos, las mujeres o los "desviados": aquéllos (as) que no tienen poder, que no "tienen palabra", los excluidos del sistema pueden llegar a tenerlo si comienzan a participar. La PS se irá convirtiendo en una suerte de mecanismo generalizador que opera desde lo político hasta lo terapéutico.

La PS supone cuestionar lo dado, oponerse a lo institucionalizado, a la dominación en términos de cohesión y/o de consenso; la inclusión participativa supondría cuestionar la manipulación y la cooptación. La PS posibilitó el desarrollo de la autonomía a nivel de sujeto y de grupo, aunque esto —como luego veremos— incluía reconocer la existencia de orientaciones radicalmente diferentes en las concepciones de PS. En fin, la PS cuestionó la verticalidad de las organizaciones y de la toma de decisiones —por lo menos de determinadas formas de verticalidad.

Desde una perspectiva política, la PS supondría un ejercicio constante de democratización o, como se dijo más tarde, de "ciudadanía"; más aún, algunos pensaron la PS en términos de democracia directa al colocar el eje en la toma de decisiones. Además, la PS aparecía como mecanismo de transformación social y del propio sujeto; la actividad participativa reduciría el papel de la estructura y convertiría al gru-

po/individuo en sujeto de la reproducción y no en objeto/recurso de la misma.

La PS aparece entonces como un proceso necesario que critica y puede modificar algunas de las principales características negativas de las sociedades capitalistas actuales. La PS “en sí” cuestionaría el individualismo, la dependencia, la apatía, etcétera; al involucrar al individuo en una actividad colectiva, tendería a superar la atomización social y posibilitaría la construcción de una subjetividad no centrada en lo privado. Esto, según algunas tendencias teóricas (interaccionismo simbólico, teorías del *imprinting*) y estudios empíricos (los trabajos sobre “carencialidad”), se fundamenta a partir de reconocer que el sujeto se constituye como tal a partir del/los otro/s. La constitución del sujeto no es un acto individual sino un proceso relacional.

Este desarrollo tenía para determinadas teorías y prácticas un referente teórico fuerte en la estructura, lo estructurante, lo institucionalizado, que sólo reconocía en el sujeto una capacidad cuestionadora en la medida que se constituyera en agente activo intencional. Si bien a nivel teórico dominaron estructuralismos y funcionalismos negadores del sujeto, que negaron no sólo al actor sino también al “autor”, ello no implica suponer que no existían corrientes que seguían proponiendo el papel central o por lo menos copartícipe del sujeto y sus grupos. Es debido a la existencia de estas tendencias, que cuando entran en crisis determinadas ideologías e imaginarios ello puede conducir a radicalizar aún más las lecturas estructurantes (caso de algunos foucaultianos), pero también a la recuperación más extendida del sujeto.

Una de las cuestiones a resolver tanto en dicho periodo como en la actualidad es: qué se entiende por sujeto y qué por estructura, y su relación. No todo fue estructurante “antes”, es decir para el caso de América Latina en los años sesenta y setenta, como pretenden algunas lecturas ahistóricas, ni todo es sujeto social “después”, aun cuando cada vez se hable más de transacciones y negociaciones, de sujetos, subjetividades y actores; ya que debemos asumir que en la totalidad el proceso existieron y existen corrientes teóricas (y prácticas) que siguen manteniendo el énfasis en el sujeto o en la estructura. Es este proceso entendido como continuidad/discontinuidad, el que permite comprender la reapropiación de interpretaciones ya existentes, aunque resignificadas en función de las situaciones actuales.

Erosión o resignificación de la participación social

La revisión de las propuestas enumeradas evidencia que no sólo son homogéneas sino que cuestionan distintos ámbitos de la realidad. Más aún, algunas, incluso cuestionando aspectos similares, darían lugar a interpretaciones radicalmente diferenciadas, en particular en lo referente a la relación sujeto/estructura.

Una serie de tendencias, en especial de las propuestas neoliberales, consideraron las características de la sociedad actual, el tipo de participación centrado en el individuo y la competencia como la alternativa más adecuada y "realista". Colocaron el eje de la PS en el individuo, la autorresponsabilidad personal, la crítica de la dependencia, la autonomía del sujeto, etcétera, tendieron a hacer secundaria la significación de las estructuras, de la organización social y de la responsabilidad del Estado colocando el eje no en la sociedad civil sino en el individuo. La PS fue reducida al individuo o al microgrupo colocando en ellos tanto los logros como las consecuencias. Como sabemos, algunas de estas tendencias son las que ideológicamente expresan mejor el proceso de "culpabilización de la víctima" (véase MacKinlay, 1981).

Además, existen orientaciones que no sólo niegan la legitimidad de las propuestas dominantes por considerarlas estructurantes, generalizadoras y poco atentas a procesos microsociales de PS, sino también porque dichas orientaciones no tomaban en cuenta, excluían o volvían secundarios los procesos de participación colectiva que estaban operando en la realidad analizada. Dichas perspectivas no incluían fenómenos como los de producción y mantenimiento de redes sociales de solidaridad y autoayuda, la construcción de grupos de acción comunitaria, el desarrollo de estrategias de vida que involucraban a microgrupos y que no necesariamente reproducían la estructura. Se critica sobre todo que dichas tendencias no hayan tomado en cuenta la PS a través de la "lucha" cotidiana para sobrevivir, que la pensaran para entidades como clases sociales y referida a acciones casi exclusivamente políticas, dejando de lado a los actores sociales participantes a través de su especificidad étnica, religiosa, de género y de enfermedad.

Corrientes desarrolladas previamente por el culturalismo antropológico se articularon con propuestas devenidas del gramscismo o de la fenomenología, así como del cristianismo de base, para desarrollar sobre todo actividades prácticas, luego denominadas de investigación/acción, que subrayaron la significación del saber popular y el rol

de la concientización. Estas tendencias, como las anteriores, generaron críticas correctas a las propuestas estructuralistas, pero no desarrollaron "una teoría del pasaje" de las estrategias de vida o del trabajo con grupos a otro nivel de PS, que no se redujera a asegurar la supervivencia de la vida o del saber popular en términos de individuo o microgrupo. En general, la mayoría de las actividades generadas por estas tendencias operaron como estrategias de "aguante", más que como estrategias de transformación.

Con diversos nombres se planteó la necesidad de incluir al sujeto, al actor, a lo antiestructurante; se propusieron concepciones procesuales, según las cuales, la estructura se reestructura o se constituye en la acción o en la práctica. Se recuperó la capacidad de los sujetos y microgrupos para construir espacios "propios" dentro de instituciones, las macroorganizaciones, la situación hegemónica, etcétera. Reaparecieron o se reapropiaron los términos "lucha", "negociación", "transacción", "movimiento" como expresión de esa "nueva" forma de analizar la realidad.

Debe considerarse, sin embargo, que gran parte de estas propuestas eran reparaciones, y creemos que una parte de estas críticas realizadas desde la situación latinoamericana expresaron frecuentemente una suerte de desconocimiento acerca de críticas y propuestas similares formuladas hacía años, y que en cierto periodo constituyeron parte de las tendencias dominantes a nivel teórico y de investigación empírica. Lo que señalo no refiere necesariamente al interaccionismo simbólico o a la fenomenología, sino a una parte significativa del estructural/funcionalismo, del culturalismo y marxismo gramsciano.

La sociología norteamericana, durante el lapso 1940/1960, se caracterizó por el dominio del "pequeño grupo" en la investigación empírica, que era utilizado como la principal unidad de análisis y de interpretación, donde el rol del sujeto, o mejor dicho de la persona o del individuo, era determinante. No sólo fue el trabajo de Foote Whyte en la década de los cuarenta, sobre el grupo de esquina, o los notables trabajos de Roy en la década de los cincuenta, sobre los trabajadores de medianos talleres fabriles, los que dieron cuenta de la importancia del sujeto en la reestructuración de la situación o en la construcción de espacios propios, sino que los autores que trabajaron dentro de la teoría del campo (Lewin) o en las investigaciones psicosociales y sociológicas sobre pequeños grupos (White, Liipit, Bales) también se centraron en el rol del sujeto (individuo).

Más aún, en los cincuenta y sesenta, se desarrolló gran parte de la teoría de la "resistencia" de muy diversos tipos de sujetos sociales que pueden ser "locos" (Cooper), colonizados (Fanon) o campesinos (Huiser). Es decir, no sólo el interaccionismo simbólico o el conductismo sociológico trabajaban con el sujeto (individuo), sino que era lo dominante en una parte de la investigación empírica de la teoría de la acción, de las denominadas teorías del conflicto y de toda una serie de propuestas devenidas de la fenomenología y del existencialismo.

Hoy, está de moda en América Latina señalar que algunas de las corrientes mencionadas no incluían el poder o el micropoder, lo cual es sólo parcialmente cierto, dado que el desarrollo del interaccionismo simbólico y luego del construccionismo, colocaron en el poder, y sobre todo en el micropoder, gran parte de sus esfuerzos teóricos y empíricos (véase Goulter, 1979; Gusfield, 1963; Conrad y Schneider, 1980).

En su momento la crítica más frecuente fue sólo en parte referida a la secundarización de lo político y lo económico-político, ya que se destacó la tendencia al "psicologismo" dominante en una parte de estas tendencias —lo cual también comienza a observarse entre nosotros—. Al respecto, el problema no radica en manejar los términos "psicologismo" o "sociologismo" en cuanto a emblemas o estigmas, sino —y como punto nuclear—, en definir o cuando menos precisar qué se entiende por sujeto, por subjetividad y por estructura, y cuál es el tipo de articulación existente entre los mismos.

De rituales añorados

Respecto de las propuestas dominantes, otras tendencias comienzan a interrogarse sobre si realmente desaparecieron o se redujeron significativamente las PS en términos masivos y los espacios de acción colectiva; sobre si este tipo de sociedades vive y se reproduce sin rituales o a través de rituales triviales y/o "esporádicos", que tienden a una homogenización que elimina la diferencia.⁴

⁴ Recordemos que algunas tendencias de la sociología norteamericana en los sesenta consideraron que la pérdida o erosión de los símbolos o rituales constituían características distintivas de sociedades reducidas cada vez más a individuos y sin capacidad de producir espacios colectivos de participación. Junto con varios antropólogos latinoamericanos de los ochenta y noventa se constituiría un sujeto no sólo no participativo, sino lo que es más grave, sin identidad, o con una identidad vacía, difusa, etcétera. Esto por otra parte suponía la recuperación, con otra terminología, de algunos de los contenidos antes adjudicados a la categoría "mestizo".

En las lecturas que apelan a la PS como solución de estas características societarias, opera una falta de historicidad que no asume, por ejemplo, la temporalidad en la construcción de rituales o en sus transformaciones, dado que parece dominar una interpretación en términos de mantenimiento y no de cambio.

Pero la observación indica que las sociedades actuales se caracterizan por la construcción de nuevos espacios, rituales y símbolos que no necesariamente son permanentes, que en algunos casos operan durante un tiempo relativamente corto, pero que expresan procesos de PS: tales son los casos de los espectáculos deportivos, los conciertos masivos de música popular, los periodos vacacionales, el desarrollo del "campamentismo", comercio ambulante en las calles y diferentes movimientos de protesta, que inclusive convierten espacios públicos en lugares "sagrados" de participación. Los rituales de identificación organizados a través de la pertenencia a un equipo de futbol o de beisbol,⁵ formas de vestir, de maquillarse, de cortarse el pelo, uso del lenguaje, formas de beber y tipo de bebida consumida se caracterizan por su dinamismo y transformación, pero no por ello dejan de constituir rituales de reconocimiento, pertenencia y participación colectiva (véase De Martino, 1962).

El uso de técnicas para el cuerpo alcanza expresiones antes desconocidas, donde diversas tecnologías, incluida la médica, cumplen un papel relevante en los rituales de identificación/diferenciación. Así las técnicas de adelgazamiento, las cirugías plásticas, los fármacos antiarrugas, el cambio de identidad sexual realizados a través de técnicas quirúrgicas, etcétera, actúan en determinados sectores sociales, como los tatuajes, las heridas, los aretes y el fisiculturismo en otros.

No debe dejarse de lado el hecho de que el SIDA emergió luego de un fenomenal proceso de visibilidad de los sujetos y grupos homosexuales. Durante los años sesenta, y sobre todo los setenta, se crearon espacios de participación masiva de homosexuales en ciudades como Nueva York, Los Ángeles o San Francisco, que incluyeron la apropiación de espacios del entonces denominado Tercer Mundo como Marruecos y Tailandia, como lugares de participación y experiencias colectivas homosexuales.

⁵ Para algunos analistas, éstos son *espectáculos*, connotando la pasividad de los que van a presenciarlos. Lo mínimo que se puede comentar respecto de dichos análisis y sus autores es que fueron —si es que fueron— a esos espectáculos como espectadores y no como va la mayoría, es decir, como *partidarios, fanáticos, torcedores, hinchas, tifosis, barra*, etcétera, de algunos de los equipos a través de los cuales participan real o imaginariamente a niveles que pueden suponer festejos colectivos y hasta la muerte por agresión, por angustia e inclusive por felicidad (véase Elías y Dunning, 1995).

Inclusive se resignificaron fiestas "tradicionales", como muchos carnavales, que se caracterizaron por el dominio de grupos homosexuales. En consecuencia, la legitimación de la homosexualidad en ese periodo se basó en un amplio y continuo proceso de PS, por la ocupación de espacios, por la constitución de rituales y símbolos de identificación.

Los procesos de migración internos e internacionales también se caracterizan por la producción de espacios de participación y de auto-reconocimiento, por la construcción de organizaciones y redes de autoayuda social, laboral y de protección. Por otra parte, en diferentes sectores sociales se generaron formas de PS caracterizadas por la violencia en las relaciones internas y externas, y que incluyen el desarrollo de una simbología de pertenencia con espacios de identificación propia. Al margen de la interpretación que hagamos de esa violencia, lo importante es que la misma es parte de los rituales y símbolos a través de los cuales los que participan se identifican y diferencian.

El desarrollo de nuevos movimientos religiosos, comprendidos los religioso/terapéuticos constituyen, también, expresiones de procesos participativos en los cuales operan la ritualidad, religación, producción de identidades, la pertenencia, etcétera. Si estos grupos, movimientos y procesos se convertirán en "cultura en términos de verdad" más o menos continua, estará por verse, pero ello no niega la existencia de estos procesos.⁶

Es decir, frente a las reflexiones que proponían la desaparición de rituales participativos, la investigación socioantropológica evidencia la continua producción de los mismos a través de muy diferentes actores sociales. Esto supone, por tanto, reconocer que algunas tendencias manejaban concepciones sobre la PS que excluían un espectro completo de actividades y grupos participativos.

Tendríamos pues un segundo aspecto a precisar: el tipo de sociedad que los procesos participativos contribuirían a organizar. Esto es sustantivo, dado que la PS ha sido incluida como decisiva por tendencias políticas e ideológicas aparentemente contradictorias. Al respecto no debe olvidarse/negarse que los fascismos —en especial el italiano y el alemán— colocaban en la PS, en la movilización, en el "movimiento"⁷ uno de los ejes políticos e ideológicos principales de su proyecto social.

⁶ Por supuesto se puede concluir que parte de estos grupos y procesos son manipulados, expresan pautas consumistas, etcétera. Sin embargo este tipo de caracterizaciones requieren ser analizadas, pero en principio no afectan lo que estamos concluyendo.

⁷ Los fascistas fueron los primeros en utilizar políticamente este término como autorreferencia ideológica, que cuestionaba la concepción clasista y proponía otra basada

Construyeron toda una simbología y rituales —que inclusive supuso la recuperación y resignificación de antiguos rituales “culturales”—⁸ expresados en espacios de PS que implicaron la movilización de millares y en ocasiones millones de personas. La PS, la pertenencia, la ritualidad, etcétera, operó bajo estos sistemas, y si bien el tipo de organización desarrollada fue vertical, jerarquizada, delegada en unos pocos sujetos la toma de decisiones, no niega el efecto de PS desarrollado: logrado frecuentemente a partir de eliminar la *diferencia* no sólo en sentido simbólico sino también físico, y proclamando la unanimidad ideológica (cultural) de los miembros del *pueblo*.

Por otra parte, si las propuestas de PS están colocadas para la recuperación de “la” comunidad, lo cual puede referir a grupos étnicos actuales, utopías “primitivas” o ciudades medievales, la cuestión también radica en aclarar cuál es el tipo de organización social que se pretende constituir o reconstituir. Parte de los referentes organizativos se caracterizan además de por algún tipo de exclusión, por la subordinación de una parte de los miembros a otros, debido a principios que estructuran culturalmente no sólo la subordinación sino que llegan hasta legitimar como forma de vida la violencia y la muerte.⁹

Más allá de la crítica a las actuales formas de organización social y de reconocer la significación de la PS como un proceso que puede cuestionar, incluir nuevos sectores, democratizar, etcétera, una de las cuestiones básicas refiere al tipo de sociedad que se pretende producir a través de la PS. El cuestionamiento de una sociedad consumista y dependiente no necesariamente conduce a desarrollar una sociedad no dependiente;

en la categoría de “pueblo”. La “marcha sobre Roma” fue la primera expresión orgánica de esta concepción en términos de visibilidad y eficacia.

⁸ Los antropólogos alemanes recuperaron en las décadas de los veinte y treinta la función de los rituales y de los símbolos como mecanismos de pertenencia e identificación, influyendo en la construcción de rituales y símbolos colectivos en la medida en que una parte de ellos se adhirió y/o militó en el Partido Nacional Socialista Obrero Alemán. Este trabajo teórico y aplicado, que antecedió a otras recuperaciones antropológicas de rituales y símbolos, desarrolladas sobre todo en los cincuenta y sesenta no suelen ser consideradas por los científicos sociales latinoamericanos que trabajan estos temas.

⁹ “Lo” étnico, “la” comunidad son conceptos utilizados como entidades sin fisura, por ejemplo como si todos los grupos étnicos de México e inclusive de América Latina constituyeran una unidad en cuanto a prácticas, creencias, identidad, etcétera. Por lo menos en México, no es lo mismo un maya yucateco que un maya de los Altos de Chiapas respecto a toda una serie de procesos socioculturales, por ejemplo los referidos al rol y estatus de la mujer y a las relaciones de violencia institucionales construidas respecto de ella.

puede, por el contrario, reforzar la dependencia, aunque con otra orientación y hacia otros sujetos y/o entidades. Al respecto puede aclararse que los interrogantes propuestos no niegan la importancia de la PS, sino que la resaltan.

La PS identificada con la acción, la praxis, la investigación/acción, la necesidad de "estar ahí", cobró en algunas tendencias un valor genérico según el cual la sola participación, el movilizarse, aparecía como cuestionamiento de la pasividad. Más aún, algunas de estas tendencias la consideraron como la máxima expresión de la existencia del sujeto, algo así como "participo/actuó, luego existo". La PS fue concebida como la presencia activa donde se juega la existencia: para unos la vida cotidiana de los microgrupos y para otros la experiencia en los procesos donde se definen las condiciones estructurales. En ambos casos, sin embargo, la PS es pensada en términos de presencia activa.

Si bien reconocemos metodológicamente la discrepancia entre representaciones y prácticas en los procesos sociales, dentro del campo de la PS opera, además, un constante distanciamiento entre propuestas ideológicas y prácticas sociales. La participación social y el tipo de organización que se propone suelen tener, en algunas tendencias, un componente imaginario que opera como el referente a establecer (aun cuando no se concrete, por lo menos en los términos propuestos). La aspiración a "la" comunidad, a la autogestión integral, a una dialéctica sujeto/grupo pensada en términos de unicidad, aparecen como propuestas ideológicas que no se realizan o si acaso ocasionalmente y por corto lapso. En consecuencia, algunas concepciones de PS deben considerarse como orientaciones ideológico/culturales que cuestionan la realidad y se desarrollan dentro de un proceso de pérdida y reencuentro. Esta característica distintiva no es sin embargo asumida por una parte de los que impulsan la PS.

II

Participación social en salud: ¿para qué?

La mayoría de las tendencias teóricas asumieron que la PS es necesaria o por lo menos útil para conseguir determinados objetivos. Mientras algunas manejan este concepto en términos de panacea social, otras, en términos de utilidad específica. A continuación analizaremos el "para qué" de la PS a través de algunos aspectos del proceso s/e/a, para observar cómo entran en juego las características previamente analizadas.

Si decidimos analizar el para qué de la PS, es porque ha sido utilizada respecto del proceso s/e/a sobre todo en términos aplicados y supuestamente con orientaciones disímiles, al menos por una parte de los actores sociales involucrados. En consecuencia, nos interesa examinar cómo manejan la PS estos actores, a partir de sostener que las actividades participativas impulsadas con fines prácticos incluyen, frecuentemente sin asumirlo, la mayoría de los aspectos teóricos analizados.

Desde esta perspectiva lo primero que debe aclararse es si existe una PS específica referida al proceso s/e/a. Tal interrogante puede parecer retórica, dado que organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), las Organizaciones no Gubernamentales (ONG) y los Aparatos Médico Sanitarios (AMS) proponen y realizan actividades de PS, por lo menos desde la Conferencia de Alma Ata. Una campaña de vacunación, la formación de promotores y de comités de salud o la constitución de sistemas locales de salud (Silos) serían evidencia suficiente. Sin negar la existencia de este tipo de actividades, debe asumirse que para ciertas tendencias éstas no constituyen expresiones sustantivas de PS, sino que más bien conformarían un medio para realizar otros objetivos de PS. Además mientras que algunas tendencias colocan el eje de la PS en lo específico, otras consideran dicho tipo de PS como una suerte de variable dependiente cuyo papel puede ser importante a nivel local, pero sin resolver el problema a nivel general (y frecuentemente tampoco a nivel local).

A partir de lo señalado podemos distinguir varios objetivos de la PS referida al proceso s/e/a: *a)* la PS referida a actividades específicas con objetivo expreso y real de mejorar la salud, abatir los daños, mejorar la cobertura, etétera; *b)* la PS referida a actividades específicas con objetivo similar al anterior, pero además buscando legitimar al Estado o grupo que impulsa este tipo de actividades; *c)* la PS en salud como mecanismo para organizar la comunidad/barrio, pero considerando el proceso s/e/a como central para generar tal ejercicio organizativo; *d)* la PS en salud como proceso significativo, mas no determinante para organizar, movilizar y generar transformaciones a nivel general de una sociedad; *e)* la PS considerada como irrelevante para la modificación sustantiva de las condiciones de salud o para otros aspectos; la solución está depositada en cambios estructurales y/o en soluciones técnicas; *f)* la PS como mecanismo que soluciona parcialmente los problemas, pero que debe ser impulsada porque en función de diferentes factores (reducción de recursos financieros) asegura un mínimo de intervención y/o eficacia so-

bre los problemas; g) la PS en salud como proceso que asegura la continuidad de algunas actividades médico/sanitarias, pese al proceso de discontinuidad que caracteriza las actividades y políticas de los AMS.

Es decir que en función de las expectativas colocadas en la PS, ésta puede ser considerada como objetivo específico de salud, como medio para la obtención de otro tipo de objetivos, como recurso y/o como sujeto. En términos aún más sintéticos podemos concluir que la PS es propuesta por unos como recurso local para la sobrevivencia dentro de la pobreza con o sin objetivos de solución genérica, mientras que para otros es un medio idóneo para orientar la transformación social desde lo local (véase Ulate y de Keijzer, 1985).

Sin embargo, esta diversidad se traduce cada vez menos en las definiciones de PS utilizadas por diferentes sectores y organizaciones sociales. Mientras que hasta la década de los setenta dominaba en el campo sanitario definiciones de PS en términos de asociaciones voluntarias de personas para movilizar recursos propios y mejorar las condiciones de salud, desde mediados de dicha década y sobre todo en los ochenta asistimos a un dominio creciente de las definiciones en términos de control sobre las decisiones.

No obstante desde la conferencia de Alma Ata se mantiene una doble acepción de la PS, una en términos de recurso que era la dominante hasta entonces en los AMS, y otra en términos de población organizada que interviene en todas las etapas de los programas de salud. La primera constituyó una variante de las definiciones propuestas durante la década de los cincuenta en torno al desarrollo y participación comunitaria:

El fin de todo programa de organización y desarrollo de la comunidad es capacitar a la gente de la comunidad para que resuelva sus problemas por sus propios esfuerzos y logre el mejoramiento de su vida [...] [se debe] estimular, movilizar y asesorar a los vecinos y líderes de la comunidad en el desarrollo de la ayuda mutua y el esfuerzo propio.¹⁰

En la práctica, esta definición es la que corresponde realmente a lo que hacen la mayoría de las ONG y de los AMS.

¹⁰C. Ware, *Trabajos prácticos en organización y desarrollo de la comunidad*, Washington, Unión Panamericana, 1962, p. 1.

La segunda acepción se utilizó inicialmente por aquellos que asumían la atención primaria como integral (API) y que generalmente no trabajaban dentro de los AMS. Para Latinoamérica una de las definiciones más conocidas es la de Muller (1979), quien a fines de los setenta y refiriéndose a la situación regional consideró a la PS 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, involucrando a la comunidad en su propio desarrollo y participando en el control compartido de las decisiones. Definición propuesta por los sanitaristas que impulsaban la concepción de API para el mundo dependiente, incluida América Latina (véase Kroeger y Luna, 1987; Rifkin *et al.*, 1988 y Rifkin, 1990).

Sin embargo este tipo de definiciones fue *apropiada* por los organismos internacionales y en menor grado, hasta ahora, por los gobiernos nacionales. Oakley y Marsden tras fundamentar la PS en términos de toma de decisiones concluyen: "Es interesante observar que gran parte de la literatura 'oficial' comienza a interpretar la participación como se acaba de exponer." Y agregan: "Si bien este es el tenor general de las declaraciones hechas, en realidad la población rural pobre no tiene aún ninguna función *directa* en los proyectos de desarrollo rural" (1985: 81).

Estas conclusiones están referidas al campo del desarrollo rural, pero dentro del campo de salubrismo en América Latina operó un proceso similar. Las definiciones de PS propuestas, en particular en relación a los Silos, por miembros o consultores de la OPS, colocaron el eje en los procesos de poder y en la toma de decisiones:

La PS así definida tiene implicaciones políticas que rebasan el marco de la atención a la salud, por cuanto significa ejercicio de poder y como tal fortalecimiento de la sociedad civil y de la democracia de base [...] Desde esa perspectiva la PS equivale al proceso de reapropiación por la población, del conjunto de institución que regulan la vida social y de los servicios que prestan (Paganini y Rice, s/f (ca. 1989); véase también OPS, 1994).¹¹

¹¹ Las instituciones oficiales no suelen usar este tipo de definiciones sobre todo si se trata de experiencias aplicadas. En uno de los principales proyectos de AP realizados en México por el Instituto Nacional de la Nutrición se define la participación comunitaria como el "proceso mediante el cual los individuos y las familias asumen la capacidad de contribuir a su propio desarrollo y al de la comunidad" (Martínez *et al.*, 1993: 677). Es una definición muy similar a las de Ware en 1962.

La problemática central es saber si este tipo de definiciones se expresa o no en las prácticas desarrolladas por los aparatos médicos sanitarios de América Latina.

Las conclusiones de los análisis sobre el tipo de PS impulsado por los AMS a través de políticas de AP tienen una notable continuidad y congruencia a través de casi veinte años de aplicación de tales políticas en países de América Latina. La temprana evaluación de Muller (1979) en cinco países, análisis específicos como el de La Forgia (1985) para un solo país como Panamá o el reciente análisis de Kroeger y Barbira-Freedman (1992) para países de la región andina, coinciden en sus principales conclusiones:

Transcurrida una década de campañas rutinarias para promover la AP como una estrategia global, la meta de "salud para todos en el año 2000" ha sido considerada por muchos como realmente inalcanzable [...]. Los programas especiales de salud suministrados verticalmente a través de departamentos del sistema de salud pública [...] sin la participación de la comunidad, son la regla más que la excepción [...]. Continuamente ignorados son también los principios básicos de la APS de participación de la comunidad, la coordinación de actividades entre los sectores de atención de salud y la adaptación de las estrategias de atención de salud a las costumbres y necesidades locales. Wisner (1988) sostiene que los sistemas de "entrega" *ad hoc* socavan seriamente el desarrollo de las organizaciones de base. Pero nosotros creemos que tales organizaciones nunca fueron utilizadas efectivamente [...]. El gobierno dice abogar por la participación comunal, pero en realidad hace muy poco por idear e implementar estrategias que podrían dar por resultado la participación.¹²

Actividades, instrumentos, unidades y actores

Pese a lo señalado, por lo menos a nivel manifiesto, las instituciones oficiales de salud y las ONG (incluso las más críticas), realizan actividades similares, utilizan los mismos instrumentos y trabajan con actores sociales semejantes. Además todos reconocen abiertamente que la PS favorece/impulsa/supone la creatividad, el involucramiento del sujeto/grupo, la concientización y/o el proceso educativo, la responsabiliza-

¹² A. Kroeger y F. Barbira-Freedman, *La lucha por la salud en el Alto Amazonas y en los Andes*, Cayambe, Ecuador, Centro de Medicina Andina y Ediciones ABYA-AYALA, 1992, pp. 350-351.

ción, democratización, sentido de pertenencia, modificación del sujeto/grupo y/o de la situación. Todas estas características podrían ser utilizadas respecto del proceso s/e/a pero, y lo subrayamos, estas características aparecen para algunas tendencias y organizaciones como si la PS implicara "en sí" estos rasgos, en vez de considerarlos como desarrollos posibles, dependiente de las orientaciones, las prácticas y las condiciones en las cuales operan.

Las principales actividades de PS realizadas por los diferentes tipos de instituciones y organizaciones son: *a)* formación de promotores, auxiliares frecuentemente polivalentes; *b)* adiestramiento de parteras empíricas, de personal experto en actividades de planificación familiar, de auxiliares en la realización de intervenciones quirúrgicas menores (en control natal, corte de nódulos de oncocercosis), de datadores de paludismo o chagas, etcétera; *c)* formación de comités de salud; *d)* promoción y formación de grupos de autoayuda, detección y trabajo con redes sociales; *e)* realización de tareas colectivas de saneamiento y similares; *f)* construcción de huertos domésticos y/o colectivos para producir plantas medicinales y/o comestibles; *g)* realización de tareas de educación y/o concientización de la población sobre las causas y soluciones de sus principales problemas de salud; *h)* favorecer e intervenir en la organización de los promotores y de los curadores populares; *i)* favorecer la organización de la comunidad para actividades de asistencia y prevención específicas y/o para demandar y/o para luchar por la resolución de problemas específicos (obtención de agua) o genéricos; *j)* contribuir a la organización y funcionamiento de los Silos; *k)* organizar grupos, cooperativas u otras formas colectivas de producción y comercialización a partir de las características del área.

En la realización de estas actividades generalmente se aplican instrumentos similares: pláticas, talleres de educación y concientización, manejo de algún tipo de variante de los denominados grupos focales, manejo de técnicas de "animación" como dramatización, uso de narrativas, música y canciones populares,¹³ experiencias prácticas como caminatas ecológicas, organización de museos locales en especial herbolarios, preparación de alimentos, adiestramiento en atención curativa y preventiva, participación en asambleas de pacientes de diferentes tipos de grupos de la comunidad. Se supone que el conjunto de estas técnicas

¹³ Algunas de estas técnicas tienen un uso relativamente antiguo; en México el uso del teatro popular se desarrolló desde la década de los veinte, y en especial en la segunda mitad de los treinta, referido a problemas específicos como el alcoholismo.

son participativas en sus formas de aprendizaje incorporando al "educador" en dicho proceso.

Las definiciones, actividades e instrumentos utilizados por técnicos y profesionales de los AMS y de las ONG son similares, aunque por supuesto debe señalarse que en países como México las actividades de atención primaria (API) y de atención primaria selectiva (APS) son secundarias dentro del sector salud, y sólo son asumidas en algunos programas especiales, y/o referidas a determinados sectores de la población.

Ahora bien, antes de analizar esta diferenciación, es necesario establecer conclusiones respecto de un aspecto que consideramos estratégico: ¿a quién le interesa la PS respecto del proceso s/e/a?, ¿a quién le interesa que dicha participación se desarrolle en términos colectivos?, ¿a la "comunidad", a las personas, a las ONG a los AMS, al personal del Sector Salud? Más aún, para los conjuntos sociales, en especial para los conjuntos subalternos, ¿la salud/enfermedad constituye un problema prioritario que necesita organizarse en términos colectivos?

Si uno revisa al bibliografía sobre movimientos sociales para América Latina, y respecto de México en particular, constata que la población de las colonias populares urbanas se organiza y lucha sobre todo por obtener una vivienda, por la regularización de la tenencia de la tierra, por la obtención de servicios básicos en los cuales no aparece como prioritaria —o no es incluida— la atención/prevenición de la enfermedad. La población se moviliza para conseguir agua, electricidad, pavimento, seguridad, transporte; lucha contra el incremento en el precio de determinados productos básicos o de servicios, mas no por la salud, al menos en términos prioritarios. Lo mismo podemos decir respecto de las comunidades rurales donde la salud aparece como menos significativa respecto de otras necesidades.

Estos datos ¿suponen acaso que el proceso s/e/a no constituye realmente una prioridad para los conjuntos sociales subalternos?, ¿o suponen que la población ya ha creado sus propios mecanismos de participación específica y en consecuencia no los propone?, ¿o que los interesados son las ONG, los que promueven la API o la APS o los que impulsan actividades políticas en términos de partido político o de movimiento pero no la comunidad rural o urbana?

Respecto a lo planteado es ya casi un lugar común reconocer que el proceso s/e/a constituye parte de la vida práctica e imaginaria de los conjuntos sociales, que crean representaciones y prácticas para convivir, modificar y de ser posible erradicar algunos de sus padecimientos;

en consecuencia este proceso es nuclear en toda sociedad. A la par se ha reconocido que es a nivel del grupo doméstico y de otros microgrupos donde se realiza el mayor número de actividades —incluidas de PS— referidas al proceso s/e/a, y que dichas actividades están centradas en la mujer con su rol de esposa/madre (Menéndez, 1992).

En consecuencia existe PS referida al proceso s/e/a, pero ¿cuál es el tipo de PS que se expresa en las distintas unidades y actores sociales? Distinguimos las siguientes:¹⁴

a) Personas y microgrupos “espontáneos”; entre los microgrupos pueden considerarse el doméstico, grupos de pares, los laborales, etcétera, en los cuales se generan básicamente actividades de autoatención. Puede incluir grupos sostén y redes familiares así como la movilización de los recursos individuales y/o microgrupales para enfrentar un problema (*coping*). Las actividades individuales siempre expresan a nivel real o imaginario microgrupos de referencia, y determinados tipos de PS a nivel del individuo pueden ser determinantes en la medida en que los entendamos en los términos propuestos.¹⁵ En todos estos grupos, especialmente en el doméstico, la PS opera en términos de curación, prevención, ayuda mutua, etcétera, constituyendo actividades producidas “espontáneamente”, que suponen la construcción y el desempeño de roles específicos: forman parte del proceso de autoatención, al que consideramos estructura básica para el proceso de reproducción biosocial.

b) Microgrupos y mesogrupos “construidos”: incluye grupos laborales pero organizados, por ejemplo: comisiones de seguridad e higiene industrial, grupos de autoayuda para padecimientos específicos, comunidades terapéuticas, construcción de redes sociales amplias, formación de comités de salud, formación de grupos para acciones inmediatas (demandar agua o un centro de salud) o a mediano plazo (pueden ser las mismas acciones o de otro tipo). Una parte de estas actividades están centradas también en la mujer, sin embargo otras como los grupos de autoayuda o para obtener determinados objetivos incluyen también varones. Inclusive algunos de los principales grupos de autoayuda, co-

¹⁴ Esta propuesta es sintética y provisional; presenta una clasificación que ha de ser observada no como corte sino como proceso. Puede implicar y articular a unidades y actores colocados en diferentes categorías.

¹⁵ Uno de los casos que evidencia lo que proponemos es el de la mujer que puede contraer Sida a través de la relación con su pareja masculina y en especial con su esposo, ya que aun estando informada y consciente del riesgo, no exige/pide/discute/impone/acuerda protección con el varón. Este rol “pasivo” de la mujer detectado y denunciado recurrentemente a nivel nacional y regional, supone la necesidad de una PS femenina, por lo menos a nivel individual y microgrupale.

mo es el caso de Alcohólicos Anónimos, se caracterizan porque están constituidos en su mayoría por varones. Este tipo de actividades implica la construcción intencional y voluntaria de acciones, que además suponen, producir específicamente una organización momentánea o permeante e incluir personas o grupos que no necesariamente tienen conocimiento y experiencia previamente compartidos.

c) Macrogrupos: en algunos casos se constituyen a partir de los anteriores, en la medida que se incluyen momentánea o permanentemente en organizaciones o procesos mayores (sindicatos, huelgas del personal de salud). Aquí colocamos movimientos sociales en salud que pueden reunir diferentes sectores desde feministas, homosexuales, ecologistas, derechohabientes de instituciones de bienestar social en términos genéricos o de sectores específicos (personas de la denominada tercera edad). La PS de este tipo de grupos supone la construcción y/o el mantenimiento de algún tipo de organización (por mínima que sea), un mayor nivel de complejidad de la misma, etcétera, lo cual tiende a formalizarlos más allá de lo que a nivel de representaciones promuevan los movimientistas.

Ahora bien, la mayoría de las actividades de PS en salud se dan en a) y en segundo lugar en b) debido al papel que cumplen, en especial, los microgrupos correspondientes a la primera categoría en el proceso de reproducción biosocial. Más allá del nivel de vida, de las condiciones materiales e ideológico/culturales diferenciales, los procesos de autoatención operan a través de una estructuración "necesariamente" producida para asegurar un mínimo de reproducción (Menéndez, 1990, 1993).

En los otros tipos de unidades el esfuerzo por construir la PS no sólo es básicamente intencional y voluntario, sino que supone la construcción de organizaciones o instancias específicas. Más aún, suponen un esfuerzo mayor para asegurar el mantenimiento de dichas organizaciones y actividades, mientras que en los microgrupos de la primera categoría la participación en salud forma parte de las actividades y funciones de grupos ya constituidos, intrínsecas a su funcionamiento. Además el incremento numérico en términos de personas y/o de grupos, y el consecuente aumento de la complejidad, implica incrementar los esfuerzos de organización y de articulación de intereses, generándose una mayor división técnica que favorece la constitución de estructuras burocratizadas y jerarquizadas.

Son las cualidades diferenciales de las unidades de la primera categoría donde se da el *quantum* mayor de actividades de PS referidas al proceso s/e/a, lo que condujo a algunos estudiosos involucrados en la investigación/acción y a una parte de las ONG, a pensar que las mismas

constituirían el posible núcleo de propuestas de PS más integrales, permanentes y no sólo para el campo de la salud. Mientras que para otros autores y ONG dichas unidades no necesariamente conducen a impulsar la PS en unidades mayores y con contenidos genéricos.

Si bien las ONG y los AMS manejan definiciones, instrumentos y actores similares a nivel de representaciones y prácticas, no quiere decir que las características y orientación de las actividades realizadas sean similares también; sobre todo a nivel de las prácticas se observan diferencias significativas. Así, los AMS tienden a impulsar una PS individual, microgrupal o comunitaria: colocan el eje en lo asistencial/curativo, consideran a la población como recurso básicamente, no tanto por su saber sino como mano de obra, fomentan una autonomía a nivel del individuo (autocuidado) pero no a nivel comunitario, mantienen relaciones asimétricas y subalternas en donde el personal de salud se caracteriza por su desinterés hacia actividades de PS, en desconfiar de la comunidad, en rechazar que la misma pueda intervenir en la toma de decisiones (véase Rasmussen-Cruz, 1993; Rifkin, 1990; Kroeger y Barbira-Freedman, 1992).

El discurso sobre PS manejado por las organizaciones internacionales de salud y en menor medida por los AMS, plantean la necesidad de desarrollar un tipo de PS que supone la delegación de funciones y actividades como parte de los AMS. La descentralización pensada a niveles provinciales, municipales y comunales expresan esta concepción, cuyo referente serían los Silos. Pero la posibilidad de que esto se desarrolle en términos de participación como toma de decisiones, constituye un riesgo político y social, dada la posibilidad de que en dichas unidades se constituyan realmente proyectos de autonomía, no sólo en términos de "políticas" de salud sino en términos políticos más genéricos.

Desde esta perspectiva debe asumirse que el tipo de PS realmente impulsada es proyectada sobre el individuo o sobre desarrollos grupales centrados en lo asistencial. Como concluye Lavandenz analizando la situación boliviana:

En gran número de países de la Región los sectores más desprotegidos de la sociedad han quedado al margen de la asistencia sanitaria. Las ONG, el sector informal y en algunos casos el autocuidado han sido las únicas respuestas a las necesidades de la población más pobre.¹⁶

¹⁶ F. Lavandenz, "Las organizaciones no gubernamentales y los sistemas locales de salud", en *Boletín OPS*, 109 (5 y 6), 1990, pp. 510-520.

Como ya señalamos, las revisiones generadas sobre países o sobre áreas regionales de América Latina por expertos en PS en salud concluyen que en los países de la región el Sector Salud no impulsa la PS o promueve este tipo de PS.

En el caso de las ONG —las que más se han incrementado en número—, algunas presentan rasgos similares, como colocar el eje del trabajo en el grupo doméstico a través de promotores, dar prioridad en la práctica a las tareas asistenciales, realizar tareas comunitarias centradas en la especificidad de los problemas, etcétera. Pero se diferencian en fomentar el desarrollo de relaciones simétricas y la autonomía de la comunidad, en recuperar no sólo el trabajo sino el saber popular, rehabilitando sus creencias y prácticas como recurso para reforzar la “autoestima” y la autoidentificación positiva local. Por su parte, una minoría de las ONG comparte también las características del primer tipo, pero los objetivos al estar colocados en la transformación social, incluyen el trabajo con otro tipo de unidades y actores sociales.

La tendencia estructurante de lo cotidiano

Ahora bien, en los tres ámbitos el eje de la actividad es el curativo/asistencial, en la mayoría de los casos desde el inicio, y en otros como una tendencia según la cual el trabajo asistencial se irá imponiendo en los hechos. En las ONG el trabajo básico es la formación de promotores, a través de los cuales se realizan las principales actividades, desde curativas hasta organizativas. Inicialmente, como señalan Kroeger y Barbira-Freedman fueron como la “contraparte de los médicos descalzos chinos, y gozó de gran popularidad en los círculos intelectuales latinoamericanos de los setenta” (1992: 361). Se esperaba no sólo un rol “médico” sino de transformador social; si bien esta expectativa, según estos y otros autores, ha decaído, sigue siendo considerada como el recurso idóneo; pero su trabajo es cada vez más asistencial (véase Christensen y Kalquist, 1990).

A partir de reconocer las diferencias de concepción y relación establecidas por las diversas instituciones y organizaciones respecto de la comunidad en términos de PS, lo que observamos es que trabajan con similares tipos de unidades (microgrupos y en especial domésticos y de mujeres) y realizan exclusiva o conjuntamente con otras acciones un tipo de actividad dominante (asistenciales), que refuerza y se articulan con la PS estructural “espontánea” de los microgrupos.

Además, una parte de los salubristas que proponen la API y organismos como el Banco Mundial o la UNICEF, colocan en los microgrupos, especialmente en el grupo doméstico y en la comunidad, la posibilidad de asegurar un mínimo de continuidad en las acciones de salud, dado el proceso de discontinuidad y desfinanciamiento de las políticas de salud para la década de los ochenta.

Dichos sectores, orientados por objetivos diferentes, colocan en la PS la posibilidad de que las actividades se lleven a cabo, pero mientras unos están preocupados por la transformación social, otros buscan producir un mínimo de actividades a partir del reconocimiento de que el grupo doméstico y en especial las mujeres son los que aseguran —como ya lo señalamos— un tipo de PS en salud que posibilita la reproducción biosocial, además de ser el recurso más barato y el que asegura una continuidad estructural. Estos sectores saben que gran parte del dinero entregado para el financiamiento de la AP no se traduce en acciones o está sujeto al desfinanciamiento. En consecuencia, los microgrupos y sobre todo las mujeres, por una gama de procesos, se convierten en el sujeto/objeto del trabajo real de la PS.

Los salubristas incluidos dentro de la API sostienen además que el tipo de AP manejada por los AMS y por instituciones internacionales como la UNICEF, aun a través de concepciones de APS, impulsan un tipo de PS vertical que puede tener éxito a corto o mediano plazo, pero en periodos más amplios pierde fuerza, se descontinúa, burocratiza y posibilita la reincidencia del problema que trató de abatirse y momentáneamente subsanó. De allí la necesidad de trabajar básicamente con la comunidad y sus propios grupos (véase Grodos y Bethume, 1988; Kroeger y Barbira-Freedman, 1992; Rifkin y Walt (eds.), 1988).

Estructuralmente la PS respecto del proceso s/e/a se realiza a través de microgrupos para los cuales estas actividades son parte del conjunto de prácticas y representaciones orientadas a asegurar la reproducción biosocial, es decir, son parte estructural de su desempeño como grupos. Además, debe asumirse que de los grupos construidos,¹⁷ los que tienen mayor eficacia, continuidad en el tiempo y que requie-

¹⁷ Para nosotros todo grupo social es construido, todos suponen un determinado nivel de intencionalidad a nivel del sujeto o del grupo, pero la construcción de determinado grupo, como el doméstico supone la inclusión no intencional sino estructural de toda una serie de actividades consideradas como parte intrínseca del mismo, mientras que otro tipo de grupo supone una decisión intencional de organizarse en torno a una actividad. Podríamos hablar de grupos construidos de primer y segundo grado. Véase más adelante.

ren un mínimo de organización para funcionar, son los conformados en torno a padecimientos específicos por los propios enfermos, sus familiares y amigos (cuyo modelo es Alcohólicos Anónimos). La posibilidad de que a partir de éstos se constituyan grupos mayores y que tengan cierta continuidad, aparece en grupos que se organizan a partir de características que los estigmatiza, margina o identifica negativamente (homosexuales, feministas) o de problemas coyunturales que dan lugar a movilizaciones coyunturales (movimientos del personal de salud por demandas salariales y laborales).

La transformación de estos grupos en otros con intereses genéricos o políticos constituye un proceso intencional, organizativo, voluntarista, etcétera, y debe incluir como factor limitante de los grupos y movimientos organizados en torno a un problema específico reducir su esfera de acción al mismo. Durante los años sesenta y setenta se depositaron expectativas en los promotores de salud y en los grupos de autoayuda como el germen a partir del cual constituir un movimiento que desde lo específico pasara a lo genérico. Hasta se realizaron experiencias en esta dirección; sin embargo, el proceso demostró que la inclusión de problemas no reconocidos como propios por los "enfermos", usuarios de servicios o estigmatizados, conducía a la disgregación de los grupos y perdían eficacia en términos curativos.

No obstante no negamos la posibilidad de que la PS en términos colectivos, intencionales, con objetivos específicos y genéricos se constituya en determinadas coyunturas y a través de determinados actores en instrumento/medio/sujeto de la transformación; pero no es un proceso mecánico y espontáneo ni la tendencia dominante, por lo menos hasta ahora.

Al respecto debe asumirse que el proceso s/e/a además de cotidiano es estructural e incluye tipos de PS muy disímiles. El problema está en comprender cómo a partir de dichas actividades, articuladas o no con otras, pueda constituirse un proceso de transformación que no se reduzca a la reproducción de la subalternidad. Una parte de los denominados movimientos urbanos populares ha centrado sus objetivos en el desarrollo de demandas específicas; serían los más frecuentes, aunque agotarían su participación "activa" en las demandas específicas, sin generar desarrollos de tipo más genérico y con mayor continuidad en el tiempo.¹⁸

¹⁸ "En términos globales, los movimientos reivindicativos aquí mencionados han carecido de una organización consciente y eficaz para impulsar y conseguir demandas

Respecto de esta situación uno puede interrogarse sobre si este tipo de interpretación de los movimientos sociales incluye realmente la especificidad como una dimensión significativa más allá de ser considerada como prioritaria o secundaria, o si lo que predomina es la antigua búsqueda del sujeto social de la transformación, pensado e investigado casi exclusivamente a través de lo político.

Ya señalamos que la bibliografía sobre movimientos sociales no incluye descripción ni el análisis de los grupos y movimientos organizados en torno al proceso s/e/a en México, pese a que en la década de los ochenta se constituyó un Movimiento Nacional de Salud Popular que realizó congresos nacionales desde 1981, se organizó en ocho regionales y llegó a tener, a fines de dicha década, alrededor de 400 grupos adherentes. Si bien durante el proceso se generaron escisiones, desencuentros, conflictos, abandonos, reconstituciones, etcétera, ello no explica por qué ha sido relegado por los estudiosos de los movimientos sociales.

Por otra parte deberían establecerse conclusiones —aunque sea provisionales— respecto de si de la lucha cotidiana por la supervivencia, en particular referida al proceso s/e/a, surgen transformaciones en términos existenciales referidas al sujeto y microgrupo, y a la situación de los conjuntos subalternos en los cuales participa. Debe profundizarse la propuesta teórica de que las estrategias de vida o supervivencia modifican la cultura y reconstituyen la estructura en cuanto se actualizan a través de los actores: observar si lo dominante es la producción/reproducción de los actores con modificaciones subjetivas y alterando la situación de subalternidad, o si lo que opera es la reproducción de las relaciones de hegemonía/subalternidad.¹⁹

La cultura puede ser *verdad* para un sujeto en términos de identidad y pertenencia, y ello puede ser útil para el desarrollo de estrategias de vida, pero también puede favorecer su dominación dentro de relaciones de hegemonía/subalternidad. La ps en términos ideológicos, es decir como voluntad intencional de modificación, puede usar o no su propia cultura para modificar la estructura; pero la cultura como verdad

fuera de su ámbito de acción. En ellos ha faltado cohesión e identidad para sostener y dar coherencia a sus demandas así como para permanecer siendo movimientos sociales en situaciones críticas. En otras palabras, la matriz constitutiva de actores en el ámbito en donde se han formado los actores sociales, ha carecido de elementos socioculturales que solidifiquen y dinamicen una conciencia del cambio" (Muro, 1994: 79).

¹⁹ Es obvio que no pensamos en situaciones dicotómicas sino en un espectro de situaciones en las cuales observar este proceso en forma puntual.

que no se constituye en ideología parece favorecer la reproducción subalterna de la estructura.

Las acciones, luchas, transacciones en salud colectiva existen, pero discontinuadamente; de allí la necesidad de que la PS sea mantenida como imaginario que tienda ideológicamente a recuperar la idea y/o las aspiraciones individuales y colectivas hacia la "autogestión" o hacia la "comunidad", para que en determinadas coyunturas se intente realizarlas. Además, este imaginario debe funcionar como referente de las propuestas "realistas", para contribuir, junto con otros procesos, a que dicho realismo integre/enfrente/confronte las necesidades y situaciones de los conjuntos subalternos.

Debe asumirse en toda su significación que los movimientos colectivos respecto de la salud que buscan la transformación social, en términos específicos o genéricos, son discontinuos y también que su trabajo y efecto práctico e ideológico duran un escaso tiempo por varios procesos, entre ellos el sistema de transacciones que deben realizar al interior y exterior del movimiento o grupo, para asegurar un mínimo de eficacia y su autorreproducción. Si además recuperamos la existencia de un proceso de constante deshistorización en la constitución de los sujetos y grupos, el referente de la PS como imaginario colectivo e individual se convierte, aún más, en necesario. En consecuencia, el trabajo participativo no debe ser pensado exclusiva y exclusivamente en términos de acción, sino también en términos teóricos e ideológicos.

Bibliografía

- CEPAL, Oficina de Asuntos Sociales, México, "Programas nacionales en el campo del desarrollo de la comunidad", manuscrito, 1960.
- Christemnsen, P. y S. Kalquist, "Impacto de los promotores de salud en una zona de barrios pobres de Pucallpa, Perú", en *Boletín de la OPS*, 109(2), 1990, 134 pp.
- Conrad, P. y J. Schneider, *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*, St. Louis, The C. V. Mosby, 1980.
- Coreil, J. y J. Dennis Mull (eds.), *Anthropology and Primary Health Care*, Colorado, Westview Press, 1990.
- De Martino, E., *Furore, simbolo, valore*, Milano, Il Saggiatore, 1962.
- Elías, N. y E. Dunning, *Deporte y ocio en el proceso de socialización*, México, FCE, 1995.
- Gouldner, A., *La sociología actual. Renovación y crítica*, Madrid, Alianza Editorial, 1979.
- Grodos, D. y X. Bethume, "Les interventions sanitaires selectives: une piege pour les politiques de santé du Tiers Monde", en *Social Science & Medicine* 26(9), 1988, 879 pp.
- Gusfield, J., *Symbolic Crusade: Status Politics and the American Temperance Movement*, Urbana, Univ. Illinois Press, 1963.
- Katz, A., "Self-help and mutual aid: an emerging social movement", en *Annual Review of Sociology* 7, 1981, 129 pp.
- Katz, A. y E. Bender, *The Strength in us. Self-help Groups in the Modern World*, Nueva York, New Viewpoints, Franklin Watts, 1976.
- Kroeger, A. y Barbira-Freedman, *La lucha por la salud en el Alto Amazonas y en los Andes*, Cayambe, Ecuador, Centro de Medicina Andina y Ediciones ABYA-AYALA, 1992.
- Kroeger, A. y R. Luna (comps.), *Atención primaria de salud: principios y métodos*, México, PAX, 1987.
- La Forgia, G. M., "Fifteen years of community organization for health Panama: an assessment of current progress and problems", en *Social Science & Medicine* 21(1), 1985, 55 pp.
- Lavandenz, F., "Las organizaciones no gubernamentales y los sistemas locales de salud", en *Boletín OPS*, 109(5 y 6), 1990, 512 pp.
- McKinlay, J. B., "En favor de un nuevo enfoque hacia arriba: la economía política de la enfermedad", en E. G. Jaco (comps.), *Pacientes, médicos y enfermedades*, México, IMSS, 1982, 29 pp.
- Martínez, H. et al., "Experiencias en participación comunitaria para promover la educación en nutrición", en *Salud Pública* 35(6), 1993, 673 pp.

- Menéndez, E., *Cura y control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*, México, Nueva Imagen, 1979.
- , *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*, México, Cuadernos la Casa Chata, 1983.
- , "Autoatención y automedicación, un sistema de transacciones sociales permanentes", en *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, México, Cuaderno 179 de la Casa Chata, 1990 (edic. original 1982), 165 pp.
- , "Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención", en *Cuadernos Médico-Sociales* 59, Rosario, Argentina, 1992.
- , "Autoatención y participación social: estrategia o instrumentos en las políticas de atención primaria", en Roersch *et al.*, *Medicina tradicional 500 años después: historia y consecuencias actuales*, Santo Domingo, Instituto de Medicina Dominicana, 1993, 61 pp.
- , "Prácticas populares, grupos indígenas y sector salud: articulación cogestiva o los recursos de la pobreza", en *Publicar*, núm. 7, Buenos Aires, 1994.
- Muller, F., *Participación popular en programas de atención primaria sanitaria en América Latina*, manuscrito (hay edición por la Universidad de Antioquía, Colombia), 1979.
- Muro, V. S., *Iglesia y movimientos sociales*, Zamora, México, El Colegio de Michoacán, 1994.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU), *Participación popular en el desarrollo: nuevas tendencias del desarrollo de la comunidad*, Nueva York, 1972.
- Oakley, P. y D. Marsden, *Consideraciones en torno a la participación en el desarrollo rural*, Ginebra, Organización Internacional del Trabajo, 1985.
- Organización Panamericana de la Salud, *Metodología para la evaluación participativa*, Washington, D. C., 1994.
- Paganini, J. M. y M. Rice, *Participación social en los sistemas locales de salud*, manuscrito (hay edición de la OPS), s./f. (circa 1989).
- Rasmussen-Cruz, B., "La participación comunitaria en salud en el IMSS en Jalisco", en *Salud Pública* 35(5), 1993, p. 471.
- Rifkin, S., *Participación de la comunidad en los programas de salud de la madre y el niño y de planificación familiar: análisis basados en estudios de casos*, Ginebra, OMS, 1990.
- Rifkin, S. *et al.*, "Primary health care: on measuring participation", en *Social Science & Medicine* 26(9), 1988, 931 pp.
- Rifkin, S. y G. Walt (eds.), "Selective or comprehensive primary health care", en *Social Science & Medicine* 26(9), 1988.
- Touraine, A., *El regreso del actor*, Buenos Aires, EUDEBA, 1987.

- Ugalde, A., "Ideological dimensions of community participation in Latin American Health Programs", en *Social Science & Medicine* 21(1), 1985, 41 pp.
- Ulate, J. y B. de Keijzer, "Sistemas de salud y participación popular: los casos de Nicaragua y México", en *Nueva Antropología* 28, 153 pp.
- Ware, C., *Trabajos prácticos en organización y desarrollo de la comunidad*, Washington, D. C., Unión Panamericana, 1962.