

Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado

Eduardo L. Menéndez¹

Resumen

Se analiza el concepto de participación social en salud desde la reunión de Alma Ata, y referido especialmente a América Latina a partir de reconocer que el concepto de participación social tiene un desarrollo simultáneo en los ámbitos político, técnico y teórico que han influenciado su aplicación en el campo de la salud. El uso de este concepto, y de otros estrechamente relacionados con el mismo como son los de estructura o sujeto, requiere que se especifique no

Palabras clave

Participación social, atención primaria, estructura, sujeto, autoatención, movimiento social.

Key words

Social participation, primary health care, structure, subject, self-care, social movement.

1. Investigador del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), México.

2. Las principales siglas utilizadas en este trabajo son: PS: participación social; Proceso s/e/a: proceso salud/enfermedad/atención;

Desde la década de los setenta y en especial desde la conferencia de Alma Ata, la participación social (PS)² 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, la medicina *tradicional* y el saber popular, la PS sigue siendo reconocida hasta la actualidad como parte sustantiva de las acciones dirigidas a solucionar o por lo menos limitar los principales problemas que afectan la salud colectiva, y en particular la de los grupos subalternos (Coreil y Dennis Mull 1990, Menéndez 1994).

La participación social ha sido propuesta para América Latina como una actividad necesaria no sólo respecto del proceso salud/enfermedad/atención (proceso s/e/a), sino también respecto de una gran diversidad de campos de la realidad como el educativo, el económico, el recreativo e in-

sólo una definición de los mismos, sino sobre todo explicitar cuáles son los objetivos que se busca obtener con la aplicación de dichos conceptos, dada la ambigüedad teórica y práctica con que actualmente son utilizados. A partir de esta propuesta se analizan algunas características de los actores sociales, actividades e instrumentos que operan en la aplicación de la participación social por el Sector Salud y por las Organizaciones No Gubernamentales, tratando de recuperar no sólo la función técnica sino ideológica de este concepto referido al campo sanitario.

Abstract

This paper analyzes the health social participation concept, since Alma Ata Convention times, and focuses attention on Latin America. It is underlined how the social participation concept has parallel development in political, technical and theoretical areas, with an important influence on the field of health. This concept and others strongly associated with it —like structure or subject— need a definition that includes the explanation of the social participation on health goals, to clarify their theoretical and practical ambiguous use. Taking this references into account some social actors, activities and instruments traits involved in social participation and use by Health Services and No Governmental Organizations are examined with the intention of recovering both technical and ideological concept referred to sanitary field.

cluso el cultural. Ello dio lugar desde la década de los cincuenta a la propuesta y/o implementación de proyectos específicos de participación, impulsados tanto desde la sociedad civil como desde el Estado (ver CEPAL 1960, Ware 1962, NU 1972, Ugalde 1985).

En función de este desarrollo, la PS respecto del proceso s/e/a aparece simultáneamente como un objetivo y un instrumento de aplicación y de reflexión teórico/metodológica. Si bien dicha participación se centró inicialmente en procesos meso y microsociológicos, en particular referidos a la participación comunitaria y a los grupos de autoayuda, ulteriormente implicó la inclusión de procesos macrosociales. No sólo investigadores dedicados al estudio de grupos de autoayuda (Katz 1981, Katz y Bender 1976), sino 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 no sólo reconocer su aplicación técnica, sino asumir que, con este u otros nombres, ha sido también un objetivo significativo de la investigación sociológica y de la práctica política. Es decir, este concepto supone la existencia de una historia académica, una historia técnica, y una historia política que si bien han tenido trayectorias diferenciadas, se caracterizan porque han formulado y tratado de resolver interrogantes teórico/prácticos similares.

Si bien estas historias tienen trayectorias particulares, existen convergencias metodológicas en función de la similitud de los interrogantes básicos y por el continuo proceso de permeabilidad entre las mismas. Por lo tanto, la reflexión sobre la PS referida al proceso s/e/a, debiera tener como marco referencial esta múltiple historia, lo cual sin embargo 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 este trabajo no desarrollaré esta triple historia, sino que propondré un marco referencial dentro del cual veamos jugar diferentes concepciones sobre PS, y el proceso de continuidad/discontinuidad que caracteriza el uso de este

AP: atención primaria; APS: atención primaria selectiva; API: atención primaria integral; AMS: aparato médico sanitario; SS: sector salud; ONG: organizaciones no gubernamentales; SILOS: sistemas locales de salud; OPS: Organización Panamericana de la Salud.

concepto, para luego analizar algunos aspectos sustantivos de la PS en salud. Me interesa subrayar 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 entre sí. Más aún, para nosotros, es el proceso de continuidad/discontinuidad transaccional que opera en el desarrollo teórico, el que posibilita entender el proceso de apropiación, resignificación y/o reemplazo frecuentemente intempestivo de unos conceptos por otros, pese a aparecer como conflictivos o antagonicos.

I. Participación social: la construcción teórico/práctica de un concepto

La década de los sesenta supuso la constitución en determinadas sociedades³ de procesos de participación colectiva organizados en términos económico-políticos, o 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 también como propuestas de transformación y/o de 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. Y es dentro de este proceso, que se generó la recuperación de este concepto.

La recuperación de la PS operó en forma heterogénea y disímbola, a través de un espectro de interpretaciones de determinadas características de la sociedad, que simultáneamente expresaban las con-

diciones de muy 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, por las diversas variantes del feminismo, o por el movimiento en salud mental; y por supuesto no puede ser interpretada con la misma perspectiva el desarrollo de estos movimientos en las sociedades capitalistas centrales que en las periféricas.⁴

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

Pero esta 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 en particular, 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, y concluyendo que las instituciones crean necesariamente mecanismos para asegurar su propia reproducción. Toda institución, y no sólo las políticas, generan procesos de poder y micropoder para reproducirse, y en función de dicha hipótesis fueron analizadas especialmente las instituciones familiares, educacionales y médicas.

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

4. Recordemos que los movimientos nucleados en torno a lo étnico, la religión, el sexo (luego género), la edad, la identidad estigmatizada, la enfermedad mental, tuvieron un notable desarrollo en los EE.UU. y en menor grado en países europeos durante la década de los sesenta, antes de que estos movimientos específicos cobraran significación en América Latina, donde salvo el movimiento estudiantil y por supuesto los movimientos obreros y campesinos, el resto se desarrolló en períodos ulteriores.

Tales conclusiones no constituyeron meras reiteraciones de las propuestas weberianas, sino que describieron el peso de lo institucional como oponiéndose estructural y funcionalmente a los procesos de democratización, más allá de las invocaciones formales hacia los mismos. 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 un agente de la reproducción del sistema dominante.

Para los institucionalistas, los neoweberianos y los foucaultianos la astucia de la estructura es notoriamente insidiosa, ya que la misma se reestructura y reproduce por lo menos en parte a través de los que la cuestionan, pues los mismos tienden a utilizar algunos de los mecanismos y procesos que critican, para asegurar su propia microrreproducción. Así los partidos políticos o las organizaciones no gubernamentales (ONG), que proponen la solidaridad, critican el individualismo competitivo o cuestionan el manejo de incentivos materiales, pueden desarrollar al interior de sus organizaciones competencias por micropoderes que suelen concluir en la exclusión de algunos de sus miembros o en el fraccionamiento de la organización, o pueden llevar a realizar actividades que son contradictorias con los objetivos propuestos intencionalmente.

No obstante para algunas de estas tendencias, dado el peso de lo estructurante, y también 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 en la medida que dicha PS sea constante y continua.

Por otra parte, los análisis referidos a las condiciones socioeconómicas y étnicas de países como los de América Latina, si bien incluían parte de las propuestas anteriores, describieron procesos donde se evidenciaban, 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 subrayar que la mayoría de la población subalterna rural y urbana no participaba en los términos señalados. Si bien las sociedades capitalistas en general se caracterizaban 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 los sectores dominantes, etc., 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 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 se recuperaron 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, al control campesino, al control étnico, al control estudiantil. Varias tendencias propusieron, y en algunos casos impulsaron, el control de las instituciones, que dentro del campo que estamos analizando supuso el control de la enfermedad/instituciones por el enfermo y especialmente el control de las instituciones psiquiátricas por los “locos”. Uno de los aspectos decisivos del ejercicio de control, refería a la participación de los diferentes grupos en el ejercicio colectivo de dicho control. Al igual que la mayoría de las experiencias ocurridas durante este lapso, estas propuestas de control se discontinuaron en forma masiva durante los años setenta y ochenta (ver Menéndez 1979, 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 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 interpretación dominante que colocada el eje de la reproducción en la estructura, secundarizando el rol del sujeto/grupo definidos como **dependientes**.

En función de estas interpretaciones de la realidad, la PS fue recuperada desde diversas orientaciones. La misma fue propuesta como uno de los principales mecanismos para construir y/o reconstruir la identidad deteriorada de grupos étnicos, de migrantes rural/urbano, de homosexuales o de *locos*. Aparece no sólo como mecanismo de rehabilitación, sino

como un ejercicio donde los sujetos y grupos experimentan su propio poder y sus posibilidades. La PS aparecía como una de las principales estrategias de los marginales urbanos, de las mujeres o de los *desviados* para enfrentar sus problemas. Aquellas(os) que no tienen poder, que no “tienen palabra”, los excluidos del sistema pueden llegar a tenerlo/as si comienzan a participar. La PS se va 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 posibilitaría 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 cuestionaría la verticalidad de las organizaciones y de la toma de decisiones, o 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. Pero además, la PS aparecía como un mecanismo de transformación social y del propio sujeto; la actividad participativa reduciría el papel de la estructura y convertiría al grupo/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, etc.; 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 de la *impronta*) y estudios empíricos (los trabajos sobre “carenzialidad”) 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 se da dentro de un proceso donde, por una parte dominan

teorías que se centran en la estructura o en la institución, que niegan o reducen la significación del sujeto, y por otras persisten propuestas que reconocen el papel del sujeto, pero en la medida que se constituye en un agente activo intencional de la transformación. No obstante, si bien a nivel teórico dominan estructuralismos negadores del sujeto, que negaron no sólo al actor sino al autor, y persisten concepciones que sólo recuperan al sujeto “heroico”; durante ese lapso también se fueron desarrollando toda una serie de propuestas y actividades que buscaban recuperar el papel central del sujeto en la vida cotidiana y que cuestionaron las tendencias señaladas.

Es debido a la existencia de este conjunto de tendencias, que cuando entran en crisis determinados imaginarios e ideologías, se generan procesos paradójales, divergentes y/o complementarios, de tal manera que una parte de las propuestas radicalizarán aún más sus concepciones estructuralistas (caso de algunos foucaultianos), otras recuperarán el rol del agente social a través de una inestable articulación weberiano/durkheimiana (Giddens) y otros impulsarán la pulverización de la estructura (algunas corrientes fenomenológicas). Pero lo interesante a subrayar es que todas estas corrientes de una u otra manera recuperan el papel de la participación social.

En consecuencia, uno de los problemas a resolver tanto en dicho período como en la actualidad, es qué se entiende por sujeto y qué por estructura y la relación entre ambos. No todo fue estructurante “antes”, es decir en 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, y de sujetos, subjetividades y actores, ya que debemos asumir que en todo el proceso existieron y existen corrientes teóricas (y prácticas) que siguieron 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 no son homogéneas, sino que cuestionan distintos

ámbitos de la realidad. Más aún, algunas, aun cuestionando aspectos similares, darían lugar a interpretaciones radicalmente diferenciadas, en particular en lo referente a la relación sujeto/estructura.

Una serie de tendencias, que incluyen en especial las propuestas neoliberales, consideraron las características de la sociedad actual y el tipo de participación centrado en el individuo y en la competencia como la alternativa más adecuada y “realista”. Colocaron el eje de la PS en el individuo, en la autorresponsabilidad personal, en la crítica de la dependencia, en la autonomía del sujeto, etc. y tendieron a secundarizar la significación de las estructuras, de la organización social y del papel del Estado, colocando el eje en el individuo y no en la sociedad civil. 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 mejor expresan el proceso de “culpabilización de la víctima” (ver Ryan 1976, MacKinlay 1982).

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 consideraban secundarios los procesos de participación colectiva que estaban operando en la realidad analizada. Dichas perspectivas teóricas no incluían fenómenos como los de producción y mantenimiento de redes sociales de solidaridad y de autoayuda, la construcción de grupos de acción comunitaria o el desarrollo de estrategias de vida que involucraban a microgrupos, y que no necesariamente reproducían la estructura. Se critica que dichas tendencias no tomaran en cuenta la PS a través de la “lucha” cotidiana para supervivir, y que la PS fuera pensada para acciones exclusivamente políticas a través de entidades como clases sociales, dejándose de lado a los actores sociales que participaban a través de su especificidad étnica, religiosa, de género, o de enfermedad.

Concepciones desarrolladas previamente por el culturalismo antropológico se articularon con propuestas devenidas del gramscismo o de la fenomenología, así como del cristianismo de base o de tendencias paramarxistas 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 comunitario 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 de 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 procesales 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 *proprios* dentro de las instituciones, las macroorganizaciones, las relaciones de hegemonía/subalternidad, etc. Reaparecieron o se reapropiaron los términos lucha, negociación, transacción, movimiento como expresión de esa *nueva* forma de analizar/actuar la realidad.

Debe recordarse sin embargo, que gran parte de estas propuestas son reapariciones, y considero que una parte de las críticas realizadas a partir de la situación latinoamericana expresan frecuentemente una suerte de desconocimiento de que similares críticas y propuestas hace años que estaban formuladas, y que en cierto período algunas de estas constituyeron parte de las tendencias dominantes a nivel teórico y de investigación empírica. Lo que señalo no necesariamente refiere al interaccionismo simbólico o a la fenomenología, sino a una parte significativa del estructural/funcionalismo, del culturalismo y del marxismo gramsciano.

La sociología norteamericana durante el lapso 1940/1960 se caracterizó por el dominio del “pequeño grupo” en la investigación empírica; el mismo 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 fueron los trabajos de W. F. Whyte (1943) en la década del cuarenta sobre el grupo de esquina o los notables aportes de Roy (1954, 1959/60) en la década de los cincuenta sobre los trabajadores de medianos talleres fabriles, quienes daban 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 (K. Lewin 1948) o de las investigaciones psicosociales y sociológicas sobre pequeños grupos (Coch y French 1971 (1948), Lippit et al 1971 (1952), White y Lippit 1971 (1960), Cartwright y Zander (Comp.) 1971) también se centraban en el rol del sujeto (individuo).

Más aún, en los cincuenta y sesenta se desarrolla gran parte de la teoría de la *resistencia* de muy diversos tipos de sujetos sociales que pueden ser *locos* (Cooper 1971), colonizados (Fanon 1962, 1968) o campesinos (Huizer 1970). Es decir que 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 parsoniana 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, de la fenomenología antipsiquiátrica y luego del constructivismo colocaron en el poder y sobre todo en el micropoder gran parte de sus esfuerzos teóricos y empíricos (ver Szasz 1973 (1961), 1976 (1970), Roman y Trice 1968, Basaglia 1977a, 1977b, Gouldner 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 económico-político, ya que se subrayó la tendencia al *psicologismo* dominante en una parte de estas tendencias (Horowitz 1969, Bonfil 1962). Al respecto, la cuestión no radica en manejar las palabras *psicologismo* o *sociologismo* como emblemas o estigmas sino, y este es el punto nuclear, en definir o por lo menos precisar qué se entiende por sujeto, por subjetividad y por estructura y cuál es el tipo de articulación existente entre los mismos. En las décadas de los sesenta y setenta, una parte de la crítica cuestionó justamente el concepto de subjetividad utilizada (Jacoby 1977), y trató de recuperar un sujeto que las tendencias dominantes tendían, como nuevamente ocurre en la actualidad, a definir casi exclusivamente en términos de individuo, de rol y/o de intencionalidad.

De rituales añorados

Respecto de las propuestas dominan-

tes, otras tendencias comienzan a interrogarse sobre si realmente desaparecieron o si redujeron significativamente la 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 homogeneización que elimina la diferencia.⁵ El proceso *s/e/a*, y en especial la muerte, fue uno de los espacios más analizados para evidenciar la pérdida de rituales, la desaparición de sostenes simbólicos, la constitución de sociedades negadoras de la mortalidad a través de la evitación de comportamientos que evidenciaran la existencia de la muerte. Las investigaciones históricas, sociológicas y antropológicas se potenciaron para afirmar la desaparición, o por lo menos reducción de los rituales de participación en torno a la muerte (ver Gorer 1965, Glaser y Strauss 1965, 1968, Thomas 1983, Aries 1983, Riley 1983, Palgi y Abramovitch 1984). Sin embargo, una parte de estos trabajos evidenciaban la construcción de nuevos rituales, incluidos por supuesto, los rituales de evitación.

En estas lecturas estaría operando una falta de historicidad de lo actual, que no asume por ejemplo la temporalidad en la construcción, resignificación, desaparición o transformación de los rituales, dado que parece dominar una interpretación en términos de permanencia/desaparición más que de cambio.

La observación de las sociedades actuales, indica sin embargo que se construyen y o resignifican 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. Los espectáculos deportivos, los conciertos masivos de música popular, los períodos vacacionales, el desarrollo del comercio ambulante urbano, los 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 fútbol o de béisbol,⁶ de formas de vestir, de maquillarse, de cortarse el pelo, del uso del lenguaje, de las formas de beber y el 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 (ver de Martino 1962).

El uso de técnicas del cuerpo alcanza expresiones antes desconocidas, donde

5. La sociología norteamericana durante los sesenta, especialmente determinadas tendencias, consideró que la pérdida o erosión de los símbolos y/o rituales constituían características distintivas de sociedades reducidas cada vez más a individuos y sin la capacidad de producir espacios de participación colectivos. Para estos autores, como para varios antropólogos latinoamericanos de las décadas 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, etc. Esto por otra parte suponía la recuperación, con otras terminologías, de algunos de los contenidos adjudicados previamente a la categoría "mestizo".

6. Para algunos analistas estos son *espectáculos*, connotando con este término la cualidad de pasividad de los que van a presenciarlos. Lo mínimo que se puede comentar respecto de dichos análisis y sus analistas es que fueron —si es que fueron— a esos espectáculos como espectadores y no como va la mayoría, es decir como *partidario*, como *fanático*, como *torcedor*, como *hincha*, como *tifoso*, como *barra*, etc. de algunos de los equipos a través de los cuales participan real o imaginariamente a niveles que pueden suponer no sólo festejos colectivos sino la muerte por agresión, por angustia e inclusive por felicidad (ver Elías y Dunning 1995).

diversas tecnologías incluida la tecnología 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 realizado a través de técnicas quirúrgicas, etc. operan en determinados sectores sociales, como los tatuajes, las heridas, los aretes, el fisiculturismo operan en otros.

No debe soslayarse el hecho de que el SIDA emergió luego de un fenomenal proceso de incremento de la presencia social de los sujetos y grupos homosexuales. Durante los sesenta y sobre todo setenta, se crearon espacios de participación masiva de homosexuales en ciudades como New York, Los Angeles 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. Inclusive se resignifican fiestas *tradicionales*, de tal manera que toda una serie de carnavales se caracterizarán por el dominio de grupos homosexuales. En consecuencia, la legitimación de la homosexualidad en ese período se basó en un amplio y continuo proceso de PS, por la ocupación de espacios, por la constitución de rituales y de símbolos de identificación. Y es, en parte, este proceso el que posibilitó que fueran los grupos homosexuales los que desarrollaran una mayor participación y eficacia en la aplicación de estrategias sociales respecto del SIDA.

Los procesos de migración internos e internacionales también se caracterizan por la producción de espacios de participación y de autoreconocimiento, por la construcción de organizaciones y de 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 de los mismos, y que incluyen el desarrollo de toda una simbología de pertenencia con espacios de identificación propia. Al margen de la interpretación que hagamos de dicha violencia, lo sustantivo es que la misma es parte de los rituales y símbolos a través de los cuales los que participan se identifican y diferencian.

Una parte de los nuevos movimientos religiosos, incluidos los religiosos/terapéuticos, favorece también el desarrollo de procesos participativos en los cuales operan la ritualidad, la religión, la pro-

ducción de identidades, la pertenencia, etc. La mayoría de estos nuevos grupos se caracterizan por desarrollar algún tipo de ceremonia curativa, que presenta momentos de participación colectiva. 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.⁷

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 no obstante supone reconocer que, por lo menos algunas tendencias manejaban concepciones sobre PS que excluían un amplio espectro de actividades y de grupos participativos.

Un segundo aspecto a precisar refiere al 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 social*⁸ uno de los ejes políticos e ideológicos de su proyecto social. Construyeron simbologías y rituales —que inclusive supuso la recuperación y resignificación de antiguos rituales culturales⁹— que se expresaban en espacios de PS que suponían la movilización de millares y en algunas ocasiones de millones de personas. La PS, la pertenencia, la ritualidad, etc. operó bajo estos sistemas, y si bien el tipo de organización desarrollada fue vertical, sumamente jerarquizada, colocando exclusivamente en algunos sujetos la toma de decisiones, no niega el efecto de PS desarrollado. Un efecto logrado frecuentemente a partir de eliminar la *diferencia* no sólo en sentido simbólico sino físico, y en subrayar la unanimidad ideológica (cultural) de los miembros del *pueblo* (*etnos*).

Por otra parte, si las propuestas de PS están colocadas en la recuperación de “la” comunidad —lo cual puede referir a grupos étnicos actuales, ciudades medievales o utopías “primitivas”—, la cuestión radica también en aclarar cuál es el tipo de organización social que se trata de constituir o reconstituir. Ya que en dichas recuperaciones, las concepciones organizativas pueden generar la exclusión de determinados sectores sociales o la subordinación de una parte de los miem-

7. Por supuesto que se puede concluir que una parte de estos grupos y procesos son manipulados, expresan pautas consumistas, etc. Si bien este tipo de caracterizaciones requieren ser analizadas, en principio no afectan lo que estamos concluyendo.

8. Fueron los fascistas los primeros que realmente utilizaron políticamente este término como autoreferencia ideológica, que no olvidemos cuestionaba la concepción clasista y proponía su concepción basada en la categoría de *pueblo*. La “marcha sobre Roma” fue la primera expresión orgánica de esta concepción en términos de visibilidad y eficacia.

9. Los antropólogos alemanes recuperaron en las décadas de 1920 y 1930 la función de los rituales y de los símbolos como mecanismos de pertenencia e identificación, influyendo en la construcción de rituales y símbolos colectivos de la “nueva Alemania”, en la medida que una parte de ellos adhirió y/o militó en el partido nacional socialista obrero alemán. Este trabajo teórico y aplicado, que antecedió a todas las otras recuperaciones antropológicas de los rituales y símbolos desarrollados sobre todo a partir de los 50 y 60, no suele ser considerado por los científicos sociales latinoamericanos que trabajan las problemáticas de lo *simbólico*.

bros del grupo, debido a la aplicación de reglas que estructuran social y culturalmente no sólo la subordinación y la exclusión, sino que llegan a legitimar como forma de vida la violencia y hasta la muerte de una parte de sus miembros.¹⁰

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 incluir nuevos sectores, democratizar las relaciones de poder, etc., uno de los problemas básicos refiere a cuál es el 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; puede por el contrario, reforzar la dependencia aunque con otra orientación y hacia otros sujetos y/o entidades. Al respecto debe aclararse que los interrogantes propuestos no niegan la importancia de la PS, sino que la subrayan problematizadamente.

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 un cuestionamiento a la pasividad. Más aún, algunas de estas tendencias la consideraron como la máxima expresión de la existencia del sujeto, algo así como “participo/actúo, luego existo”. La PS fue concebida como la presencia activa en el lugar donde se juega la existencia, lo cual supone 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 metodológicamente reconocemos la discrepancia entre representaciones y prácticas en los procesos sociales, dentro del campo de la PS opera además un constante distanciamiento entre las propuestas ideológicas y las 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 sólo lo hacen excepcionalmente y por corto lapso. En consecuencia, algunas de las concepciones de PS deben ser consideradas como

orientaciones ideológico/culturales que cuestionan la realidad y se desarrollan dentro de un proceso de pérdida y reencontro. 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 lo piensan 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 en torno a los mismos juegan las características analizadas previamente.

Si decidimos analizar el para qué de la PS, es porque la misma ha sido utilizada respecto del proceso *s/e/a* en términos básicamente aplicados, y a través de orientaciones ideológico/técnicas disímiles, por lo menos por una parte de los actores sociales involucrados. En consecuencia, nos interesa examinar cómo estos actores manejan la PS, a partir de asumir que las diferentes propuestas participativas impulsadas con fines prácticos incluyen, frecuentemente sin reconocerlo, la mayoría de los aspectos analizados.

Desde esta perspectiva, lo primero que debe aclararse es si existe una PS específica referida al proceso *s/e/a*. Este interrogante puede aparecer retórico dado que los organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), las Organizaciones no gubernamentales (ONG), 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 (SILLOS) serían evidencia de ello. Sin negar la existencia de estas actividades, debe asumirse que para algunas tendencias las mismas no constituyen expresiones sustantivas de PS, sino que conforman un medio para la realización de otros objetivos. Más aún, 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.

10. “Lo” étnico, “la” comunidad, “el” pueblo son conceptos que suelen ser utilizados como entidades sin fisura, como si por ejemplo todos los grupos indígenas de México e inclusive de América Latina constituyeran una unidad en cuanto a prácticas, creencias, identidad, etc. Por lo menos en México no es lo mismo un maya yucateco que un maya de los Altos de Chiapas respecto de toda una serie de procesos socio-culturales, y en especial por ejemplo referidos al rol y status de la mujer y a las relaciones de violencia institucionales construidas respecto de ella.

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 el estado de salud, abatir los daños, mejorar la cobertura, etc.; b) la PS referida a actividades específicas con objetivo similar al anterior, pero además buscando legitimar al Estado o al grupo que impulsa este tipo de actividades; c) la PS en salud como paso para organizar a la comunidad/barrio, grupo, pero considerando el proceso s/e/a como central para generar ese ejercicio organizativo; d) la PS en salud como proceso significativo, pero no determinante para organizar, movilizar y generar transformaciones en el nivel general de una sociedad; e) la PS considerada como irrelevante para la modificación sustantiva de las condiciones de salud o para algunos de sus 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) dicha PS asegura un mínimo de intervención y/o de eficacia sobre los problemas; g) la PS en salud como un proceso que asegura la continuidad de las o 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, la misma 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 la PS en salud es un medio idóneo para orientar la transformación social a partir de lo local (Oakley 1990, Ulate y de Keijzer 1985).

Sin embargo, esta diversidad se traduce cada vez menos en las definiciones de PS utilizadas por los 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.

Por lo tanto 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..." (Ware 1962: 1). En la práctica esta definición es la que realmente corresponde a lo que hacen la mayoría de las ONG y de los AMS.

La segunda acepción tendió a ser inicialmente utilizada 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 refiriéndola 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. Este fue el tipo de definición propuesta por los sanitarios que impulsaban la concepción de Atención primaria integral (API) para el mundo dependiente, incluida América Latina (ver Kroeger y Luna (1987), Rifkin et al 1988, 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 del salubrimo 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 de las mismas 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 instituciones que regulan la vida social y de los servicios que prestan” (Paganini y Rice s/f (circa 1989) (ver también OPS 1994).¹¹ 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 estas 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” (1992: 350-51).

Actividades, instrumentos, unidades y actores

Pese a lo señalado, por lo menos declarativamente las instituciones oficiales de salud y las ONG, realizan similares actividades, utilizan instrumentos semejantes, y trabajan con los mismos actores sociales. Más aún, a nivel manifiesto, reconocen que la PS favorece/impulsa/supone la creatividad, la involucración del sujeto/grupo, la concientización; potencia la educación, la responsabilidad, la democratización, el sentido de pertenencia, la 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, dichas características son manejadas por algunas tendencias y organizaciones como si la PS implicara “en sí” estos rasgos, en vez de considerarlos como desarrollos posibles, dependientes de las orientaciones y de las condiciones en las cuales operan. Es esta concepción la que posibilitaría el pasaje del trabajo en ONG al trabajo en/con instituciones oficiales, cuando entran en crisis los proyectos ideológico/técnicos o cuando los grupos generan conflictos de micropoderes, ya que en ambos espacios institucionales (AMS y ONG), domina una orientación ideológica centrada en la práctica, que frecuentemente excluye o niega la significación del análisis teórico, incluido el análisis teórico de las prácticas. La *práctica* y el uso de técnicas similares, posibilitan imaginar la continuidad dentro de la discontinuidad.

Las principales actividades de PS realizadas por los diferentes tipos de instituciones y organizaciones son: a) formación de promotores, agentes, animadores, etc., frecuentemente polivalentes; b) adiestramiento de parteras empíricas, de personal experto en actividades de planificación familiar o de programas alimentarios, de auxiliares en la realización de intervenciones quirúrgicas menores (en control natal, corte de nódulos de oncocercosis), de datadores de casos de paludismo, chagas, padecimientos mentales, etc.; c) formación de comités de salud; d) promoción y formación de grupos de autoayuda, de 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

11. Las instituciones oficiales no suelen usar este tipo de definiciones sobre todo si de experiencias aplicadas se trata. En uno de los principales proyectos de AP realizados en México y llevado a cabo por el Instituto Nacional de la Nutrición se define a 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 decir muy similar a definiciones como las de Ware en 1962.

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 *profesional* de los promotores, 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 problemas específicos (obtención de agua) o por problemas 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 se aplican generalmente instrumentos similares. Se utilizan pláticas, talleres de educación y concientización; manejo de algún tipo de variante de los denominados grupos focales; uso de técnicas de *animación* como dramatizaciones, narrativas, música y canciones populares.¹² Desarrollo de 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 cooperativas o de grupos de autoayuda. Se supone que el conjunto de estas técnicas son participativas en sus formas de aprendizaje, implicando al “educador” en dicho proceso.

Las definiciones, actividades e instrumentos utilizados por los técnicos y profesionales de los AMS y de las ONG son similares, aunque por supuesto debe subrayarse que en países como México las actividades de atención primaria integral (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 al 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/atención constituye un problema prioritario respecto de los cuales necesita organizarse y participar en términos colectivos?

Si uno revisa la bibliografía sobre movimientos sociales para América Latina, y respecto de México en particular, surge que la población de las colonias populares urbanas se organiza y lucha sobre todo por obtener una vivienda, la regulación 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/prevención de la enfermedad. La población se movilizaría para conseguir agua, electricidad, pavimento, seguridad, transporte; lucha contra el incremento del precio de determinados productos básicos o de servicios, pero no por la salud por lo menos a nivel manifiesto. Lo mismo podemos concluir respecto de las comunidades rurales, donde la salud aparece como menos significativa que otras necesidades.

Estos datos ¿suponen acaso que el proceso s/e/a no constituye realmente una prioridad, por lo menos para los conjuntos sociales subalternos? ¿suponen acaso que la población ya ha creado sus propios mecanismos de participación específica y en consecuencia no los propone? o ¿suponen 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 de 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 éstos crean representaciones y prácticas para convivir, modificar y de ser posible erradicar algunos de sus padecimientos. Que en consecuencia este proceso es nuclear en toda sociedad. Además se ha reconocido que es a nivel del grupo doméstico y de otros microgrupos, que se realiza el mayor número de actividades —incluidas las participativas— referidas al proceso s/e/a, y que dichas actividades están centradas en la mujer en su rol de esposa/madre (Menéndez 1990, 1993).

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? Al respecto distinguimos los siguientes:¹³

a) personas y microgrupos espontáneos: este incluye los grupos domésticos, los grupos de pares, los laborales a nivel de pequeño grupo, etc., 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

12. Algunas de estas técnicas tienen un uso relativamente antiguo; en México el uso del teatro popular se desarrolló desde la década de 1920, y en especial en la segunda mitad de los 30 referido en particular a problemas específicos como el alcoholismo.

13. Esta propuesta es sintética y provisional; la misma presenta una clasificación que no debe ser observada como corte sino como proceso, que puede implicar y articular a unidades y actores colocados en diferentes categorías.

(*coping*). Las actividades individuales expresan a nivel real o imaginario las relaciones dominantes en los grupos de pertenencia; las características de la PS a nivel del individuo/microgrupo pueden ser determinantes para la atención de problemas de salud, pero también para explicar la incidencia de padecimientos.¹⁴ En todos estos grupos, especialmente en el grupo doméstico, la PS opera en términos de curación, prevención, ayuda mutua, etc., a partir de actividades producidas *espontáneamente*, que suponen la construcción y desempeño de roles específicos. Forman parte del proceso de autoatención, al que consideramos como una estructura básica para el proceso de reproducción biosocial (Menéndez 1982, 1990).

b) microgrupos y mesogrupos cons-truidos: incluye grupos organizados intencionalmente, como por ejemplo comisiones de seguridad e higiene industrial, grupos de autoayuda para padecimientos específicos, comunidades terapéuticas, comités de salud, grupos constituidos para la realización de 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 también centradas en la mujer, pero otras como los grupos de autoayuda o grupos para obtener determinados objetivos incluyen también al varón. Inclusive algunos de los principales grupos de autoayuda, como es el caso de Alcohólicos Anónimos, se caracterizan porque la mayoría están constituidos por varones. Este tipo de actividades implica la construcción intencional y voluntaria de acciones, que suponen además producir especialmente una organización formal momentánea o permanente, por lo menos en algunos de los grupos. La organización de estos grupos, no implica conocimiento y experiencia previamente compartidos de sus miembros.

c) macrogrupos: refieren a grupos, que en algunos casos se constituyen a partir de los anteriores, en la medida que se incluyan momentánea o permanentemente en organizaciones o procesos más amplios (sindicatos, huelgas del personal de salud). Aquí colocamos los movimientos sociales en salud, que pueden incluir diferentes sectores desde los feministas, los grupos homosexuales, los ecologistas, los 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 cons-

trucción y/o mantenimiento de algún tipo de organización (por mínima que sea), un mayor nivel de complejidad de la misma, etc. lo cual tiende a formalizarlos más allá de lo que a nivel de representaciones promuevan los movimientistas. La mayoría de estos grupos se organizan y movilizan a partir de su especificidad, y en determinadas circunstancias pueden converger en la medida que los mismos no disuelvan su identidad.

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 que corresponden a la primera categoría, en el proceso de reproducción biosocial. Más allá de la *calidad* del nivel de vida, de las condiciones materiales e ideológico/culturales diferenciales, los procesos de autoatención operan a través de una estructuración producida “necesariamente” para asegurar un mínimo de reproducción (Menéndez 1993).

En los otros tipos de unidades, el esfuerzo por desarrollar la PS no sólo es básicamente intencional y voluntario, sino que supone la construcción de organizaciones o instancias específicas. Mientras que en los microgrupos de la primera categoría, la participación en salud es parte de las actividades y funciones de grupos ya constituidos, emergiendo como intrínseca a su funcionamiento, en los otros implica un esfuerzo continuo para asegurar el mantenimiento de dichas organizaciones y actividades. El incremento numérico en términos de personas y/o de grupos, y el consecuente aumento de la complejidad, supone 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 por otra parte 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 reducidas al campo de la salud. Mientras que para otros autores y también 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 si-

14. Uno de los casos que evidencia lo que estamos proponiendo, 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 aún estando informada y consciente del riesgo no exige/pide/discute/impone/acuerda protección sexual al varón. Este rol “pasivo” de la mujer, detectado y denunciado recurrentemente a nivel nacional y regional, supone la necesidad de otro tipo de PS femenina por lo menos a nivel individual y microgrupal. Este tipo de participación, que puede implicar la muerte de la mujer, expresa las relaciones de participación dominantes a nivel de género.

milares a nivel de representaciones y de prácticas, ello no supone concluir que las características y la orientación de las actividades realizadas sean también similares. Así los AMS tienden a impulsar una PS individual, microgrupal o comunitaria; colocan el eje en lo asistencial/curativo; consideran a la población básicamente como recurso, y la utilizan no tanto por su saber sino como mano de obra; fomentan la autonomía a nivel de individuo (autocuidado) pero no a nivel comunitario. Favorecen el mantenimiento de relaciones asimétricas y subalternas, y utilizan personal de salud que se caracteriza en prácticamente todos los contextos por no estar interesados en actividades de PS, en desconfiar de la comunidad, en rechazar que la misma pueda intervenir en la toma de decisiones (ver Rasmussen Cruz 1993, Rifkin 1990, Kroeger y Barbira-Freedman 1992).

El discurso sobre PS que manejan las organizaciones internacionales referidas a salud y en menor medida los AMS, plantea la necesidad de desarrollar un tipo de PS que supone la delegación de funciones y actividades por parte de los AMS. La descentralización pensada en los 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 se proyecta 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" (Lavandenz 1990: 515). 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.

Una parte de las ONG, que son las que se estarían incrementando en núme-

ro, presenta algunos rasgos similares como colocar el eje del trabajo en el grupo doméstico por supuesto que a través de promotores, dar prioridad en la práctica a las tareas asistenciales, realizar tareas comunitarias centradas en la especificidad de los problemas, etc. Pero se diferencian por fomentar el desarrollo de relaciones simétricas y la autonomía de la comunidad, 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.

A su vez una minoría de las ONG comparte las características del primer tipo de ONG, pero al incluir objetivos de concientización, de proyección genérica y de ejercicio real del control sobre las decisiones, no sólo tienden a promover el trabajo con unidades mayores y con otros actores sociales, sino que tratan de ir más allá del proceso *s/e/a* como problema específico.¹⁵

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 va imponiendo en los hechos. En las ONG el trabajo básico refiere a la formación de promotores, a través de los cuales se pensó realizar 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 no obstante considerado como el recurso más idóneo. Pero su trabajo, y esto debe ser subrayado, deviene cada vez más asistencial (ver 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 grupo doméstico y mujer) y realizan exclusiva o conjuntamente con otras acciones un tipo de acti-

15. Las condiciones de trabajo, los conflictos por micropoderes, la situación de competencia respecto de las fuentes de financiamiento, la necesidad de eficacia inmediata, etc., conduce a que una parte de las ONG no generen en la práctica relaciones simétricas al interior y exterior de las mismas. El desarrollo de un tipo de ONG unipersonal, evidencia en parte esta situación.

vidad dominante (asistenciales), que re-fuerza y se articulan con la PS estructural *espontánea* de los microgrupos.

Pero además, una parte de los salubristas que impulsan la AP, incluida la API, y organismos como el Banco Mundial o la UNICEF, colocan en los microgrupos y en especial en el grupo doméstico y en la comunidad, la posibilidad de asegurar un mínimo de continuidad en las acciones, dado el proceso de discontinuidad en las políticas de salud y el desfinanciamiento de las mismas en la década de los ochenta.

Dichos sectores, orientados por objetivos radicalmente diferentes colocan en la PS de la población la posibilidad de que las actividades se realicen, pero mientras que 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 la mujer es el que asegura, 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 dado para el financiamiento de la AP no se traduce en acciones o está sujeto al desfinanciamiento. En consecuencia, los microgrupos y sobre todo la mujer, se convierten en el sujeto/objeto del trabajo real de 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 en un inmediato o mediano plazo, pero que en períodos más amplios pierde fuerza, se discontinúa, retoma un tipo de acción burocratizada, posibilitando la reaparición del problema que trató de abatirse, y hasta momentáneamente se redujo o inclusive desapareció como son los casos del cólera, del dengue hemorrágico o de la tuberculosis para México. De allí la necesidad de trabajar básicamente con la comunidad y sus propios grupos (ver Grodos y Bethume 1988, Kroeger y Barbira-Freedman 1992, Rifkin y Walt (Edits.) 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. Son parte estructural de su desempeño como grupos. Además, debe asumirse que de los gru-

pos contruidos,¹⁶ aquellos que tienen mayor eficacia, mayor continuidad en el tiempo, y los que requieren un mínimo de organización para funcionar son los conformados en torno a padecimientos específicos, por los propios *enfermos* y/o sus familiares y/o amigos, y cuyo modelo es Alcohólicos Anónimos.

La posibilidad de que a partir de estos se constituyan grupos mayores con capacidad participativa y que tengan cierta continuidad, también aparece concentrada en sectores que se organizan a partir de algunas características que los estigmatiza, los margina o los identifica negativamente (homosexuales, movimiento feminista) o de problemas coyunturales que dan lugar a movilizaciones coyunturales (movimientos del personal de salud por demandas salariales y laborales). Sin embargo los primeros son los que evidenciarían mayor continuidad.

El paso de estos grupos a otros con intereses genéricos y/o políticos constituye no sólo un proceso intencional, organizativo, volitivo, etc., sino que debe incluir como un factor limitante la tendencia de los grupos y movimientos organizados en torno a un problema específico a reducir su esfera de acción al mismo. Durante los años sesenta y setenta se depositaron expectativas no sólo en los promotores de salud, sino en los grupos de autoayuda como el germen a partir del cual constituir un movimiento que desde lo específico pasara a lo genérico. Inclusive 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, no sólo podía conducir a la disgregación de los grupos, sino que estos perdían eficacia en términos *curativos*.

No obstante no negamos la posibilidad que la PS en términos colectivos, intencionales, con objetivos específicos se constituya en determinadas coyunturas y a través de ciertos 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.

Debe asumirse en toda su significación que el proceso *s/e/a* no sólo es cotidiano sino estructural, e incluye tipos de PS muy disímiles. El problema está en comprender cómo a partir de dichas actividades articuladas o no con otras, puede constituirse un proceso de transformación que no se reduzca a la reproducción de la subalternidad. Una parte de los de-

16. 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 no intencional sino estructural de toda una serie de actividades consideradas como parte intrínseca del mismo, mientras que el otro tipo de grupo supone una decisión intencional de organizarse en torno a una actividad. Podríamos hablar de grupos contruidos de primer y segundo grado.

nominados movimientos urbanos populares ha centrado sus objetivos en el desarrollo de demandas específicas; más aún, este tipo de movimiento sería el más frecuente, aunque el mismo agotaría su participación activa en las demandas específicas, y sin generar desarrollos de tipo más genérico y con mayor continuidad en el tiempo.¹⁷

Respecto de esta situación, podemos interrogarnos 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 la descripción ni el análisis de los grupos y/o 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 treinta y cinco organizaciones y de cuatrocientos grupos adherentes. Si bien durante el proceso se generaron escisiones, desencuentros, conflictos, abandonos, reconstituciones, etc., ello no explica por qué ha sido relegado por los estudiosos de los movimientos sociales.

Por otra parte deberían establecerse conclusiones —aunque sean provisionales— respecto de si de la lucha cotidiana por la supervivencia, en particular referida al proceso s/e/a, surgen transformaciones no sólo en términos existenciales referidas al sujeto y microgrupo, sino referidas a la situación de los conjuntos subalternos en los cuales participa dicho sujeto/microgrupo. Debe profundizarse la propuesta teórica de que las estrategias de vida o de supervivencia modifican la cultura y reconstituyen la estructura en cuanto las mismas se actualizan y reactualizan 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, aun generándose la modificación del sujeto.¹⁸

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 tam-

bién puede favorecer su dominación dentro de relaciones de hegemonía/subalternidad. La PS impulsada por los grupos 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 que no se constituye en ideología parece favorecer la reproducción subalterna de los grupos sociales.

Las acciones, luchas, transacciones en salud colectiva existen, pero discontinuadamente, de allí la necesidad de que la PS sea mantenida como un imaginario que por lo menos ideológicamente tienda a recuperar recurrentemente la idea y/o las aspiraciones individuales y colectivas hacia la *autogestión* o hacia la *comunidad*, para que en determinadas coyunturas se intente realizarlas. Además, este imaginario debe funcionar como un 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, no sólo son discontinuos sino que su trabajo y su efecto práctico e ideológico duran un escaso tiempo dado varios procesos, entre ellos el sistema de transacciones que deben realizar al interior y al 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 de los 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 excluyentemente en términos de acción, sino también en términos teóricos e ideológicos.

Bibliografía

- Aries, Ph. *El hombre ante la muerte*. Taurus, Madrid, 1983
- Basaglia, F. y F. *La mayoría marginada*. Laia, Barcelona, 1977a.
- Basaglia, F. y F. *Los crímenes de la paz*. Siglo XXI, México 1977b.
- Bonfil, G. *Diagnóstico sobre el hambre en Sudzal, Yucatán. Un ensayo de antropología aplicada*. Instituto Nacional de Antropología e Historia, México 1962.
- Cartwright, D. y A. Zander. *Dinámica de grupos. Investigación y teoría*. Ed. Trillas, México, 1971.

17. “En términos globales, los movimientos reivindicativos aquí mencionados han carecido de una organización consciente y eficaz para impulsar y conseguir demandas fuera de su ámbito de acción. En ellos ha faltado cohesión e identidad, no sólo para sostener y dar coherencia a sus demandas sino también para permanecer como 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).

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

- CEPAL. Oficina de Asuntos Sociales. México. *Programas nacionales en el campo del desarrollo de la comunidad*. Ms., México, 1960.
- Christemssen, 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): ps. 134-44, Washington DC, 1990.
- Coch, L. y J. French. "Venciendo la resistencia al cambio", en Cartwright y Zander 1971: ps. 368-84 (original 1948).
- Conrad, P. y J. Schneider. *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*, The C. V. Mosby, St. Louis, 1980.
- Cooper, D. *Psiquiatría y antipsiquiatría*, Paidós, Buenos Aires, 1971.
- Coreil, J. y J. Dennis Mull (Edits.), *Anthropology and Primary Health Care*. Westview Pres, Colorado, 1990.
- De Martino, E. *Furore, simbolo, valore*. Il Saggiatore, Milano, 1962.
- Elias, N. y E. Dunning. *Deporte y ocio en el proceso de socialización*. Fondo de Cultura Económica, México, 1995.
- Fanon, F. *Los condenados de la tierra*, Fondo de Cultura Económica, México 1962.
- _____. *Sociología de la revolución*, Edit. Era, México, 1968.
- Glaser, B. y A. Strauss. *Awareness of Dying*. Aldine, Chicago, 1965.
- _____. *Time for Dying*, Aldine, Chicago 1968.
- Gorer, G. *Death, Grief and Mourning*. Doubleday Anchor, New York, 1965.
- Gouldner, A. *La sociología actual. Renovación y crítica*, Alianza Editorial, Madrid, 1979.
- Grodos, D. y X. Bethume. "Les interventions sanitaires selectives: une piege pour les politiqes de santé du Tiers Monde" en *Social Science & Medicine* 26 (9): ps. 879-90, 1988.
- Gusfield, J. *Symbolic Crusade: Status Politics and the American Temperance Movement*, Univ. Illinois Press, Urbana, 1963.
- Horowitz, I. L., *La nueva sociología*, Amorrortu, Buenos Aires, 1969, 2 vols.
- Huizer, G. "Resistencia al cambio como un potencial para la acción campesina: Foster y Erasmus reconsiderados" en *América Indígena* 30 (2) ps. 321-44, México, 1970.
- Jacoby, R. *La amnesia social. Una crítica de la psicología conformista desde Adler hasta Laing*, Bosch Edit., Barcelona, 1977.
- Katz, A. "Selfhelp and mutual aid: an emerging social movement" en *Annual Review of Sociology* 7: ps. 129-41, 1981.
- Katz, A. y E. Bender. *The Strength in Us. Selfhelp Groups in the Modern World. New Viewpoints*, Franklin Watts, New York, 1976.
- Kroeger, A. y F. Barbira-Freedman. *La lucha por la salud en el Alto Amazonas y en los Andes*. Centro de Medicina Andina y Ediciones AB-YAAYALA, Cayambe, Ecuador, 1992.
- Kroeger, A. y R. Luna (Comps). *Atención primaria de salud: principios y métodos*, Edit. PAX, México, 1987.
- La Forgia, G. "Fifteen years of community organization for health Panamá: an assessment of current progress and problems" en *Social Science & Medicine* 21 (1): ps. 55-65, 1985.
- Lavandenz, F. "Las organizaciones no gubernamentales y los sistemas locales de salud" en *Boletín OPS* 109 (5 y 6): ps. 512-20, 1990.
- Lewin, K. *Resolving social conflicts*. Harper, New York, 1948.
- Lippitt, R. et al. "Dinámica del poder" en Cartwright y Zander 1971: ps. 261-76 (original 1952).
- McKinlay, J. B. "En favor de un nuevo enfoque hacia arriba: la economía política de la enfermedad" en E. G. Jaco (Comp.): *Pacientes, médicos y enfermedades*. IMSS, México, 1982, ps. 29-55.
- Martínez, H. et al. "Experiencias en participación comunitaria para promover la educación en nutrición" en *Salud Pública* 35 (6): ps. 673-81, México, 1979.
- Menéndez, E. L. *Cura y control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*, Nueva Imagen, México, 1979.
- _____. *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. Cuadernos de la Casa Chata, México, 1983.
- _____. "Autoatención y automedicación, un sistema de transacciones sociales permanentes" en *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. Cuaderno 179 de la Casa Chata, México, 1990, ps 165-204.
- _____. "Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención" en *Cuadernos Médico Sociales* 59: ps. 3-17, Rosario, 1992.
- _____. "Autoatención y participación social: estrategia o instrumento en las políticas de Atención Primaria" en C. Roersch et al: *Medicina Tradicional 500 años después. Historia y consecuencias actuales*. Inst. de Medicina Dominicana. Santo Domingo, 1993: ps. 61-104.
- _____. "Prácticas populares, grupos indígenas y sector salud: articulación cogestiva o los recursos de la pobreza" en *Publicar* 4: ps. 7-32, Buenos Aires, 1994.
- Menéndez, E. L. (Ed.). *Medios de comunicación masiva, reproducción familiar y formas de medicina "popular"*. Cuaderno 57 de la Casa Chata, México 1982
- Muller, F. *Participación popular en programas de atención primaria sanitaria en América Latina*. Ms. 1979 (hay edición de la Universidad de Antioquia, Colombia).
- Muro, V. G. *Iglesia y movimientos sociales*. El Colegio de Michoacán, Zamora, México, 1994.
- Naciones Unidas. *Participación popular en el desarrollo: nuevas tendencias del desarrollo de la comunidad*, Nueva York, 1972.
- Oakley, P. *Intervención de la comunidad en el desarrollo sanitario. Examen de los aspectos esenciales*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1990.
- Oakley, P. y D. Marsden. *Consideraciones en torno a la participación en el desarrollo rural*. Organización Internacional del Trabajo, Ginebra, 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*. Ms. s/f (circa 1989) (hay edición de la OPS).

Palgi, Ph. y H. Abramovitch. "Death: a cross-cultural perspective" en *Ann. Rev. Anthropol.* 13: ps. 385-417, 1984.

Rasmussen Cruz, B. "La participación comunitaria en salud en el IMSS en Jalisco" en *Salud Pública* 35 (5): ps. 471-78, México, 1993.

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*. OMS, Ginebra, 1990.

Rifkin, S. et al. "Primary health care: on measuring participation" en *Social Science & Medicine* 26 (9): ps. 931-38, 1988.

Rifkin, S. y G. Walt (Edits. 1988). "Selective or comprehensive primary health care?" en *Social Science & Medicine* 26 (9), 1988.

Riley, J. "Dying and the meanings of death: Sociological inquiries" en *Ann. Rev. Sociol.* 9: ps. 191-216, 1983.

Roman, P. y H. Trice. "The sick role, labeling theory, and the deviant drinker" en *International Journ. of Social Psychiatry* 12: ps. 245-51, 1968.

Roy, D. "Efficiency and the fix" en *Amer. Journ. Sociology* 8: ps. 255-63, (hay versión al español "Componérselas, un contrasistema de control para los obreros y las relaciones laborales" en T. Burns (Edit.): *El hombre industrial*, Edit. Tiempo Nuevo, Caracas, 1971: ps. 369-90.

_____ "Banana time" en *Human Organization* 18 (4): ps. 158-68, 1969/70.

Ryan, W. *Blaming the victim*. Vintage Book, New York, 1976.

Thomas, L.V. *Antropología de la muerte*, Fondo de Cultura Económica, México, 1983.

Touraine, A. *El regreso del actor*. EUDEBA, Buenos Aires, 1987.

Ugalde, A. "Ideological dimensions of community participation in Latin American Health Programs" en *Social Science & Medicine* 21 (1): ps 41-52, 1985 (hay versión al español en *Cuadernos Médico Sociales*).

Ulate, J. y B. de Keijzer. "Sistemas de salud y participación popular: los casos de Nicaragua y México" en *Nueva Antropología* 28: ps. 153-76, México, 1985.

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

White, R. y R. Lippit. "Conducta del líder y reacción del miembro en tres 'climas sociales'" en Cartwright y Zander 1971: ps. 349-67 (original 1960).

Whyte, W. F. *Street corner society*. Univ. of Chicago Press, Chicago, 1943.

Szasz, Th. *El mito de la enfermedad mental*, Amorrortu, Buenos Aires, 1973 (original 1961).

_____ *Ideología y enfermedad mental*, Amorrortu, Buenos Aires, 1976 (original 1970).