

Algunas reflexiones sobre el análisis de la implementación de políticas de salud a nivel local. El caso de la Atención Primaria de la Salud (APS) en el Municipio de La Plata (1)

Licia Pagnamento

Centro Interdisciplinario de Metodología de las Ciencias Sociales (CIMECS)
Instituto de Investigaciones en Humanidades y Ciencias Sociales
(Universidad Nacional de La Plata - Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas)
Argentina
pagnamento@yahoo.com.ar

Cita sugerida: Pagnamento, L. (2014). Algunas reflexiones sobre el análisis de la implementación de políticas de salud a nivel local. El caso de la Atención Primaria de la Salud (APS) en el Municipio de La Plata. *Cuestiones de Sociología*, n° 11, 2014. Recuperado de: <http://www.cuestionessociologia.fahce.unlp.edu.ar/article/view/CSn11a05>

Resumen

En este trabajo se presenta parte del enfoque tomado en una investigación sobre la dinámica involucrada en la construcción de políticas públicas en salud a través de un análisis de caso. El caso se ha construido tomando a la atención primaria de la salud como punto nodal y en particular se han considerado los procesos participativos que se supone forman parte central de ésta. Para ello se tomó como unidad de análisis a los actores directamente involucrados en implementación de acciones tendientes al fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud (APS) a nivel local. Se realizó un relevamiento empírico de carácter cualitativo, realizado en dos etapas, con un total de 42 entrevistas a personal de los Centros de Atención Primaria de la Salud del Municipio de La Plata. Entre las conclusiones se presenta un panorama de la dinámica inherente a la implementación de la APS, particularmente en lo que a los procesos participativos refiere, considerando lo acontecido en prácticamente una década.

Palabras clave: Política Pública; Implementación de la APS; Procesos Participativos.

Some reflections on the analysis of health policy implementation at the local level. The case of Primary Health Care (PHC) in the Municipality of La Plata

Abstract

In this work, the approach taken part in an investigation of the dynamics involved in the construction of public health policies through a case study. The case is constructed taken to primary health care as a nodal point in particular have been considered participatory processes are supposed central part of this. This was taken as the unit of analysis to those directly involved in implementation of actions aimed at strengthening the Primary Health Care (PHC) locally. We conducted a qualitative empirical survey, carried out in two stages, with a total of 42 interviews with staff from the Centers for Primary Health Care in the Municipality of La Plata. Among the findings is an overview of the dynamics inherent in the implementation of the PHC, particularly with regard to participatory processes, considering what happened in almost a decade.

Keywords: Public Policy; PHC Implementation; Participatory Processes



Introducción

En este trabajo se presenta parte del enfoque tomado en una investigación sobre la dinámica involucrada en la construcción de políticas públicas en salud a través de un análisis de caso, recuperando algunos de los hallazgos obtenidos. (2)

El recorte realizado toma a la atención primaria de la salud (APS) como punto nodal, considerando, en particular, los procesos participativos que se supone forman parte central de ésta. El análisis de los procesos participativos constituye uno de los puntos más destacados en las discusiones sobre su implementación y permite analizar un fenómeno social complejo a juzgar por las apreciaciones de algunos analistas sobre el tema (Ugalde, Menéndez; 2006).

En este sentido, el análisis de caso propone poner en evidencia los alcances y limitaciones, avances y contradicciones en la consolidación de una estrategia inspirada en los conocidos lineamientos de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Puede ser de utilidad para comprender un fenómeno en el que las críticas y denunciados fracasos no hacen mella a su resurgimiento (aunque sujeto a redefiniciones), resituando un problema que involucra distintos argumentos según distintos contextos sociohistóricos. Permite además analizar las tensiones/contradicciones del propio modelo médico haciendo visible la tensión de lo político/lo colectivo/lo social en la práctica médica y la provisión del servicio de salud. Y finalmente permite plantear la heterogeneidad de las prácticas concretas reconstruyendo la dinámica propia de una política pública construida y reconstruida por los actores encargados de llevarla adelante en su trabajo cotidiano.

La importancia de la APS y su implementación a nivel local, por otra parte, entra en sintonía con la especial ponderación -particularmente a partir de las décadas del 80 y 90- de los gobiernos municipales en el marco de las reformas del Estado orientadas hacia la descentralización y reorganización político-administrativa del territorio (Massolo, 2003). Es así que el municipio (en tanto gobierno local) se asocia a un conjunto de cualidades como legitimidad por elección democrática, autonomía, eficiencia, eficacia, gestión participativa, promoción del desarrollo, etc. (Massolo, 2003).

En el caso de las políticas municipales en salud estas cualidades dan legitimidad a un conjunto de acciones que es necesario caracterizar atendiendo al hecho de que más allá de los objetivos formales, las prácticas concretas revelan continuidades y redefiniciones, imprimiendo una dinámica especial al problema que nos ocupa. Por ello se partió de la

necesidad de abordar las maneras en que se reproducen y/o transforman las políticas públicas al momento de su implementación. La idea rectora inicial suponía que las acciones concretas, en las que aparecen involucrados los trabajadores de los centros municipales de atención primaria de la salud, resultaban de interés en tanto constituían actores centrales en la construcción de las acciones en APS y los procesos participativos en particular. En esas acciones concretas (3), los sujetos desarrollan un amplio abanico de opciones (enmarcadas en procesos institucionales y de gestión específicos), dotando de una dinámica particular a las acciones en APS, a la vez que heterogénea si se contempla el escenario local en su conjunto.

Algunas precisiones sobre el enfoque general del tema

Políticas referidas a la salud-enfermedad: la atención primaria de la salud (APS)

En cuanto a la perspectiva adoptada merece una breve referencia la consideración sobre la salud-enfermedad entendida como un problema social, sobre las políticas sociales en las que las políticas en salud se inscriben, y sobre la APS en particular.

Un primer punto remite a la discusión no menor respecto del “objeto” que las políticas referencian. (4) Desde las ciencias sociales se ha señalado que la salud y la enfermedad, así como las formas específicas de atender los padecimientos y procurar la salud, constituyen construcciones sociales, históricamente determinadas por las condiciones de vida y trabajo de una sociedad específica. La salud constituye entonces uno de los escenarios de lucha en el que se construyen consensos y divergencias acerca de la deseabilidad de cierto bienestar y la indeseabilidad de la enfermedad y los padecimientos, definidos éstos según modalidades específicas y acompañados por formas de acción también particulares. Si entendemos que la salud y la enfermedad constituyen construcciones sociales, los sentidos y las acciones a ellos referidos deben ser vinculados con las condiciones de vida y de trabajo de una sociedad, es decir, con el problema relativo a la producción y reproducción social.

Como señala Menéndez (1990) una de las principales formas de entender la enfermedad y actuar ante ella (aunque claramente no es la única posible) es la práctica médica científica, una práctica promovida y avalada por el Estado. Desde un principio la organización del sistema público de atención y las acciones sobre el medio constituyeron el ejemplo paradigmático de las políticas de salud en buena parte de los países capitalistas “avanzados” y contribuían a la reproducción social de las clases subalternas a la vez que contribuían a la legitimación del orden social capitalista. Como señala Danani (2009), las

intervenciones sociales del Estado tienen por objeto las condiciones de vida y reproducción de la vida, y si bien estas no se restringen a la relación capital-trabajo, comprenderlas en relación a ello es ineludible.

Es posible entonces pensar las políticas en salud como parte constitutiva del conjunto mayor de las políticas sociales que contribuyen a la reproducción de una sociedad y el análisis de los problemas de la salud–enfermedad-atención debe tomar en consideración las especificidades de cada sociedad en su contexto histórico. Claramente entonces el problema excede la estructura del sistema de salud en particular. (5)

Es oportuno destacar, siguiendo a Golbert (2012), que si bien parte de las políticas sociales en nuestro país luego de la crisis del 2001, muestran cambios importantes (la Asignación Universal por Hijo o la reforma del sistema previsional constituyen los ejemplos más acabados) (6), en lo que respecta a las características del sistema de salud en conjunto, no se han producido grandes transformaciones. Persiste su composición histórica (subsectores público, privado y seguridad social) y, siguiendo a Golbert (2012), la situación respecto al gasto per cápita en salud no ha cambiado en las últimas décadas (7), es decir, sigue siendo el más alto de América Latina aunque ello no reporta resultados comparativamente positivos en los indicadores habituales de salud. Sin embargo, dentro del gasto en salud, buena parte no corresponde al financiamiento de políticas en salud sino que es privado o corresponde a instituciones como las obras sociales. De esta manera el gasto público en salud se limita al 2.7% del PBI que se asigna mayoritariamente a la actividad hospitalaria (nivel secundario, terciario y emergencias) en desmedro de la atención primaria (Golbert, 2012).

Este último es otro rasgo persistente, aun cuando las recomendaciones de organismos internacionales como OPS/OMS han apuntado a ubicar la Atención Primaria de Salud (APS) como estrategia básica. El énfasis en la importancia de la atención primaria resurge en la década del 90 apelando a la articulación comunidad/sector salud en un contexto en que se procura actuar ante situaciones de pobreza y crisis en la forma más eficaz y barata posible (Ugalde, 1985; Ugalde y Homedes, 2002). Un renovado enfoque se plantea en 2003 (OPS/OMS; 2003) buscando superar su previa concreción selectiva y focalizada. (8) No obstante, conviene recordar que el declamado énfasis en la APS obscurece la relación complementaria entre curación y prevención (Menéndez, 1990). En dicha relación predomina con claridad la orientación curativa, e históricamente la atención primaria se ha constituido como la principal estrategia dentro del propio Sector Salud para dar respuesta a la crisis del modelo médico (iniciada en los 60) tanto en términos de su eficacia como de gasto público (Menéndez, 1990).

APS y participación

Tratándose de una experiencia ampliamente debatida, llevada a la práctica bajo modalidades disímiles, y con una persistencia temporal importante, no es de extrañar que existan distintas concepciones de la atención primaria. Para 1990 la OPS/OMS (OPS/OMS, 1990) reconocía ciertas dificultades en el logro de la estrategia de la APS y en la promoción de la participación en salud. Esta disparidad era explicada en parte por algunas características del sistema de servicios de salud y por la carencia de una definición clara de participación. Para 2007, se mantenía el diagnóstico sobre la polisemia de la APS y es significativa la atención dedicada a definir pormenorizadamente la APS en el documento sobre la Renovación de la APS en las Américas (OPS/OMS; 2007).

Sin embargo habría que recalcar que estas distintas concepciones están firmemente ancladas en procesos sociales, políticos y económicos concretos. Menéndez (1994) señala que es posible identificar tres grandes líneas básicas que resumen las principales tendencias establecidas en los hechos

Por una parte, la *atención primaria integral* que buscaba dar respuesta a los daños a la salud, mejorar la calidad de vida y modificar la orientación biomédica dominante desde una aproximación comprensiva que proponía incluir a la sociedad civil en la toma de decisiones, reducir el protagonismo del equipo de salud y lograr una articulación entre curación y prevención que modificara el peso de práctica asistencialista. La sociedad civil encuentra en esta propuesta un lugar central. Participación comunal, intercambio de saberes popular y profesional, programas que no sean verticales, que partan de las necesidades de la población, que se apoyen en las comunidades de base incorporando las diversas formas de participación comunal, incluidas las de tipo político, serían los principales contenidos de este lineamiento.

Por otra, la *atención primaria selectiva* que surge como corriente cuestionadora del anterior enfoque, al que califica de irrealizable y escasamente eficaz. Su propuesta consiste en seleccionar problemas prioritarios y actuar focalizadamente a partir de la existencia de técnicas biomédicas baratas y eficaces. Esta estrategia se aplicó a través del programa GOBI-FFF apoyado por la UNICEF y el Banco Mundial.

Finalmente, la *atención primaria médica* que constituye la estrategia dominante, algo que se expresa claramente en la orientación del financiamiento centrada sobre todo en la atención curativa y en el segundo y tercer nivel de atención, y que ubica en un segundo plano a la prevención.

Considerando los hechos, la *atención primaria integral* tuvo escaso desarrollo en el aparato médico sanitario de Latinoamérica. El mayor impulso estuvo dirigido a la *atención primaria selectiva* y sobre todo a la *atención primaria médica* combinada con algunas medidas de carácter preventivo. Sin embargo en los discursos, se enfatizaba (y sucede aún hoy) algunos de los contenidos centrales de lo que Menéndez (1994) denomina *atención primaria integral*.

Específicamente en lo relativo a los procesos participativos, la dupla APS y participación encuentra sus fundamentos formales a partir de la conferencia de Alma Ata en 1978. (9) Junto a la idea de colocar la atención primaria como piedra angular en la transformación del sistema de salud orientado a la curación, se puede ubicar la exaltación de la participación comunitaria.

Sobre la participación comunitaria, el análisis de las distintas experiencias a lo largo de varias décadas en los países latinoamericanos, deja en evidencia por un lado los límites que la acotan toda vez que las demandas recuperan el plano político y colectivo de la salud (Ugalde, 1985), y por otro, que la cautela en la incorporación de la población se relaciona con la alarma que produce la posible concientización política y el cuestionamiento respecto a la sectorización de soluciones (Belmartino y Bloch, 1984).

Vinculada en grados diversos, la participación comunitaria en salud aparece asociada a agentes promotores de salud. La mayor parte de las experiencias que apelan a la consolidación de la APS, incluyen la figura de los “agentes de salud”, “promotores de salud” o “promotores comunitarios”, actores cuyas funciones pasan a encarnar *la* participación de la comunidad, o cuanto menos a actuar como articuladores entre el sistema de provisión de servicios médicos y la población. Como señala Menéndez (2006:99) “... los promotores de salud... constituyen uno de los principales actores a través de los cuales el sector salud y las ONG trataron de impulsar la participación social y la organización comunitaria”

Si bien es habitual entonces, encontrar la figura de los *promotores de salud* (que ante todo son miembros de la comunidad), como agentes centrales de la APS, no necesariamente serán los únicos ni necesariamente encarnen por sí las formas de acción participativas que se desarrollan a nivel local. Como resultado tendremos actividades en APS con distintos grados de participación, actividades en las que intervienen distintos actores sociales, y justificaciones y definiciones diversas de lo que se entiende tanto por APS como por participación y que actúan como fundamento de las acciones desarrolladas.

El trabajo del personal de salud

Más allá de estas consideraciones generales que constituyen un marco para entender el contexto histórico-social en el que se inscribe la formulación de una política pública a nivel local en el campo de la salud, el interés de la investigación se volcó hacia su proceso de construcción social, considerando que los distintos actores involucrados imprimirían una dinámica particular atendiendo sobre todo a su accionar concreto y al conjunto de ideas, valoraciones e intereses que guiaran esas acciones.

Se partió del supuesto de que la puesta en acto de una política pública local excedía el marco de la formulación explícita (aunque claramente se debe tomar en cuenta) y hacía necesario considerar las perspectivas y acciones construidas por los actores involucrados directamente en el quehacer cotidiano de su trabajo. Para abordar el conjunto de acciones desarrolladas por los sujetos encargados de llevar adelante las acciones en APS, se enfocó el trabajo de los agentes municipales encargados diariamente de llevar a cabo en forma concreta acciones comprendidas en una política municipal. Para ello se recurrió a la categoría de proceso de trabajo proveniente del materialismo histórico, con las adecuaciones del caso. Se consideró que el proceso de trabajo de los agentes de salud consiste en un proceso técnico-ideológico que permite operar sobre el “sujeto/objeto” de la propia práctica, enmarcadas en relaciones sociales particulares, parte de las cuales se inscriben en formas institucionales específicas. El producto del trabajo (las actividades de los agentes de salud) al constituir un servicio, supone un conjunto de procedimientos, capacidades técnicas, saberes e ideologías, que reporta una utilidad al sujeto/s que lo recibe/n. Por otra parte, este servicio que implica un conjunto de actividades llevadas a cabo por los distintos actores sociales encargados de su prestación, constituye parte de los elementos estratégicos y funcionales en los procesos de reproducción social. Forma parte entonces de un proceso más amplio que supera lo que acontece a nivel microsocial y se articula necesariamente con procesos institucionales, agendas de gobierno y problemáticas diversas (diversos intereses sectoriales, individuales, grupales).

La heterogeneidad de los procesos involucrados llevó a describir el abanico de acciones en el marco de la atención primaria de la salud para caracterizar la diversidad de prácticas entendidas como participativas por los propios sujetos involucrados. Se identificaron, además, distintos grados de adhesión e involucramiento o conflicto y resistencia, y distintas perspectivas ideológico-valorativas asociadas a las propias acciones y a la política municipal entendida como guía general y de gestión.

APS y participación en el municipio de La Plata. Presentación de algunos resultados en el análisis de caso

Algunas precisiones metodológicas

El relevamiento empírico, de carácter cualitativo, abarcó dos etapas: 2003-2005 (20 entrevistas a responsables y enfermero/as de 10 Centros de Salud y 2 a funcionarios municipales) y 2010 (20 entrevistas a responsables y promotores de salud, en 10 Centros de Atención Primaria de Salud –CAPS- no todos necesariamente coincidentes con los relevados en la primera etapa) y un total de 42 entrevistas.

En este trabajo, el material empírico que se toma como referencia para la reflexión implica recuperar la mirada subjetiva de actores inmersos en procesos a los que ellos otorgan sentidos y en los que desarrollan y construyen acciones concretas. Se ha procurado lograr una aproximación a la perspectiva de los sujetos sobre la puesta en acto de una política pública, integrada tanto por la dimensión formal de los lineamientos de programas específicos, como por las acciones concretas desarrolladas por los agentes, claro que en referencia a ese marco en el que se inscriben (la referencia puede aludir tanto a la adhesión como a acciones alternativas).

Hay que destacar además, las dificultades asociadas al acceso a información que concentra el propio municipio. Un conjunto de datos que inicialmente se consideraron relevantes (gasto en salud, cantidad de personal, distribución, salarios y recursos diversos, etc.) no se consiguieron. Las instituciones o instancias municipales directamente negaron el acceso u operaron por desgaste (notas y presentaciones personales sucesivas encontraron sistemáticamente una respuesta negativa o fueron ignoradas). Esto no obturó el proceso de investigación pero exigió readecuaciones, en las que la indagación cualitativa operó como la mejor estrategia para la obtención y análisis de la información.

Acciones y formas de entender la participación comunitaria en APS desde el punto de vista de los agentes de salud. (10)

Con el retorno de la democracia, en el municipio de La Plata se crea la Dirección de Salud y Medicina Social que suplanta la anterior Dirección de Sanidad Municipal. No se trató de un mero cambio de nombre sino que pretendió asumir un cambio en los lineamientos de acción y en las ideas fuerza que recorrían las principales acciones municipales en materia de salud. Según los entrevistados, se reivindicó la importancia de la atención primaria de la salud y se promovieron actividades preventivas y de educación para la salud, desarrolladas sobre todo

en las escuelas. Este trabajo, designado habitualmente como "en terreno", incluía charlas y actividades de divulgación y, eventualmente, relevamientos por encuestas. El personal de los centros de salud era el encargado de organizar y llevar adelante estas actividades.

"...se intentó producir hacia la comunidad un criterio distinto al que se tenía en ese momento, en ese momento, como ocurrió en muchos lugares del mundo y sobre todo en Argentina, el centro de salud o unidad sanitaria estaba esperando que llegara la clientela, entonces a partir de ese momento y de determinado cuál era el criterio de la atención de la salud que era un criterio de prevención y educación para la salud y de resolver el tema de la enfermedad como un elemento complementario, porque lo más importante era la educación de la salud, porque eso implicaba abarcar el 100% del universo que tenía destinado cada centro, mientras que la enfermedad era estar esperando a que alguien se enfermara en esa comunidad y en ese momento brindarle un servicio." (Entrevista N° 20-2003- Ex Funcionario del área de Salud de la Municipalidad de La Plata)

Con el cambio de gestión, a partir de 1991, se procuró aumentar la oferta de servicios prestados por los centros de salud. Algunas de las acciones que se pusieron en práctica fueron, por ejemplo, la ampliación del horario de atención, la incorporación de guardias de enfermería, el servicio de ambulancias para urgencias. La estrategia de incorporación de recursos humanos se concentró en los profesionales médicos y mermó paulatinamente el número de Trabajadores o Asistentes Sociales y Psicólogos.

"En el 91 había 36 centros de salud, pero creo que la gestión anterior en la que trabajé yo, se inició con 28 centros de salud y ellos ampliaron a 36, este, bueno, una planta de recursos humanos de aproximadamente 450 personas, con profesionales, técnicos y administrativos, y personal de maestría, profesionales que eran, profesionales médicos con las especialidades básicas más medicina general porque bueno, se habían incluido, odontólogos, psicólogos, trabajadores sociales, sobre todo en un número bastante escaso, había bioquímicos porque había un laboratorio..."(...) *"al inicio de la gestión había más trabajadoras sociales y, bueno, muchos trabajadores sociales de provincia volvieron a provincia, en realidad tuvimos un éxodo importante de gente que cuando estaba en ciernes la posibilidad de municipalización de los recursos provinciales, la gente prefirió volverse al hospital por miedo a quedar enganchada en la municipalidad, y ahí tuvimos una pérdida de trabajadoras sociales y después la verdad que nunca, no tuvimos la posibilidad de designar..."* (...) *"... tuvimos la lógica médica de la urgencia, cuando podíamos designar, designábamos médicos. Qué va a ser, y ahora creo que quedan 8*

trabajadoras sociales que están divididas en zona norte y zona sur...” (Entrevista N°21 -2005 - Ex Director Secretaría de Salud de la Municipalidad de La Plata)

Las apreciaciones recogidas en las entrevistas se alinean con los datos que el Municipio hizo públicos. Considerando el *Informe de Gestión 1999-2000* de la Subsecretaría de Salud de la Municipalidad de La Plata (FaHCE/UNLP, 2004). En lo relativo a la política sanitaria municipal en la década de los noventa, los puntos que allí se señalan ponen en evidencia inversiones en infraestructura y control y seguimiento de las actividades desarrolladas en el primer nivel de atención. En el informe se destacan la inversión económica en recuperación y ampliación de la capacidad instalada de infraestructura del sistema municipal de salud, el equipamiento adecuado a las necesidades del primer nivel de atención, el desarrollo de capacidad de monitoreo de problemas, acciones y resultados, y la integración de actividades de prevención y promoción de la salud.

Además, en forma poco sistemática, se incorporó a beneficiarios del Plan Trabajar, posteriormente del Plan Jefes y Jefas de Hogares Desocupados, para realizar actividades en los centros de salud que en un principio implicaban una contraprestación por el plan recibido. En general desarrollaban tareas de mantenimiento y limpieza y en algunos casos, actividades de carácter administrativo.

Se generaron también algunas experiencias de tipo preventivo articuladas con programas sociales. Es el caso de actividades orientadas a madres e hijos beneficiarios del Plan Vida en las que las *manzanas* realizaban tareas conjuntas con algunos centros de salud (se encargaban de controlar que las madres cumplieran con el esquema de vacunación y los controles de salud del niño). También es el caso del Programa PRODIABA que en contados centros de salud municipales encontró un impulso importante de la mano de los profesionales que se involucraban en su implementación y que dieron como resultado actividades grupales sistemáticas con los beneficiarios.

Entre el año 2004 y 2005 surgen dos iniciativas nuevas, el Progresá y la Escuela Promotora de Salud. El programa *Progresá* apuntaba a la atención de las familias de alta vulnerabilidad social, haciendo hincapié en la prevención y promoción de la salud. Se buscaba integrar a esas familias a los centros de salud, a través de un sub-programa que consistió en la capacitación de los referentes de la comunidad como promotores de salud y bienestar comunitario, cuya función primordial era articular a las familias en riesgo con el centro de salud más cercano. Su objetivo manifiesto apuntaba al armado de redes entre familias vulnerables y la infraestructura socio-sanitaria del estado municipal, teniendo como mediadores a los promotores de salud y bienestar comunitario y las organizaciones no

gubernamentales (ONG's) que desarrollaran sus actividades en barrios del Partido de La Plata. El Programa Escuela Promotora de Salud apuntaba a la problemática de la violencia y los embarazos precoces, en niños y adolescentes. En su instrumentación intervenía el Consejo Escolar de La Plata, la Secretaría de Salud y Medicina social del municipio, la facultad de Ciencias Médicas, entre otros. Se realizaron tareas de divulgación de información y controles sanitarios en niños y adolescentes escolarizados (quinto y sexto año de EGB y primer año del Polimodal).

Desde 2008 el número de actividades y programas municipales (11) se incrementó paulatinamente (junto a ellos se encuentran los programas nacionales y/o provinciales). Progresivamente también se sumaron nuevos efectores de salud (hoy denominados CAPS), que en la actualidad suman 46.

De todos los programas y planes que se pueden identificar, nos interesa resaltar particularmente el Programa de Promotores Comunitarios de Salud que entra en línea con el hecho de que la mayor parte de las experiencias que apelan a la consolidación de la APS, incluyen la figura de los “agentes de salud”, “promotores de salud” o “promotores comunitarios”, sujetos cuyas funciones pasan a encarnar *la* participación de la comunidad, o cuanto menos a actuar como articuladores entre el sistema de provisión de servicios médicos y la población. (12) Estos actores (que ante todo son miembros de la comunidad) constituyen agentes centrales aunque no únicos en la implementación de la política en APS.

No se trata por cierto de acciones aisladas. Para el caso de la Pcia de Buenos Aires, desde mediados de 2000 se han desarrollado programas específicos para incorporar a este tipo de agentes en la organización del sistema. (13)

En lo que hace al municipio de La Plata, la información oficial indica que su Dirección de Salud Comunitaria y Promoción de la Salud tiene como intención primordial el abordaje integrador de la salud con políticas de inclusión a través de la Participación Comunitaria, y se reconoce la problemática de la diversidad de experiencias caracterizadas como participativas. Se señala que:

“la participación comunitaria vinculada a la Atención Primaria de la Salud legitimada en la Conferencia de Alma Ata en 1978 ha generado diversas experiencias, con diferentes concepciones acerca de qué implican los procesos participativos, desde proyectos caracterizados por intervenciones de tipo informativo en la comunidad, hasta procesos donde se generaron espacios de participación genuinos en cuanto a

la toma de decisiones”

(En: <http://www.laplata.gov.ar/nuevo/gobierno/institucional/salud/saludcomuni.shtm//04/2009>)

Bajo este lineamiento general se propone la estrategia de “Formación de Promotores”. Justamente una de las actividades que se iniciaron en el año 2008 es la creación de las Escuelas de Promotores de Salud con el objetivo explícito de fortalecer la red social comunitaria para que la propia comunidad adquiriera herramientas para su auto-cuidado y protección. Se preveía además que los promotores comunitarios de salud se incorporaran a los equipos técnicos aportando saberes y conocimientos que permitieran una revisión de las prácticas de la propia comunidad y del conjunto de instituciones involucradas en el tema. Según los datos oficiales del municipio, en esta experiencia se formaron 86 promotores, de los cuales 56 desarrollan actividades en los CAPS (doce de ellos concentrados en prevención del HIV-SIDA). (14)

Entre las funciones que se asignan al promotor de salud, se incluyen: el desarrollo de estrategias de Educación popular en salud; gestionar espacios colectivos de participación barrial para el abordaje integral de las problemáticas de salud; contribuir en la construcción de un diagnóstico y planificación participativos; fomentar la realización de actividades que potencien los saberes y recursos populares y la utilización apropiada de los recursos del estado; participar en el desarrollo de acciones de prevención y promoción de la salud a nivel local y en el marco de los programas de salud; y propiciar la conformación y continuidad de redes comunitarias e intersectoriales para el cuidado de la salud. (15) Más allá de esta enumeración, se entiende que la posibilidad de desarrollar estas funciones depende en gran medida de las maneras en que se conformen los equipos de salud de los CAPS, las relaciones de poder entre los actores, las maneras en que se definan las prioridades de acción, entre otras.

Se señaló anteriormente que la atención primaria de la salud supone una diversidad de prácticas y sentidos que naturalmente implican prácticas y sentidos heterogéneos respecto de los procesos participativos.

Tomando como referencia los relatos de las personas entrevistadas, hacia la primera parte de la década de 2000, la orientación general de las acciones desarrolladas en los centros de salud quedaba acotada a decisiones particulares de los responsables de los entonces denominados Centros de Salud. La preminencia de la atención clínica y/o su combinación con actividades de promoción de la salud (sobre todo difusión de información en los centros de salud y las escuelas del barrio), variaba entre los centros de salud.

"En general, digamos no había uniformidad en el funcionamiento de cada uno de los centros o sea hay centros que tienen una visión preventiva mucho mayor, digamos más vinculada a esto de tratar de generar estrategias más acordes con el modelo de atención primaria, y otros que siguen respetando todavía este modelo de lo hospitalario, digamos, de la atención. Pero bueno, en general las tareas, dentro de las tareas específicas, bueno, todo lo que sea inmunización, prevención, se hace en los centros de salud, ese tipo de tareas se hacen muy vinculadas a las escuelas, sobre todo las escuelas de la zona (...)" (Entrevista Nº 21-2005. Funcionario del área de Salud del municipio).

No se trataba sólo de acciones disímiles entre los distintos centros de salud, sino que involucra a sujetos concretos (particularmente los responsables de los centros de salud) desarrollándolas en ese marco lúbil. Diríase que las actividades no vinculadas a la atención clínica dependían fuertemente de las apuestas personales de los profesionales con mayores posiciones de poder de tal manera que no sólo podían proyectar acciones sino también llevarlas a cabo.

"Acá hace unos años, una doctora, pediatra, les daba clase a un grupo de gente de cada barrio, como para que entre ellos, por cualquier cosa, antes de llegar acá o a un hospital, estaban preparados, ella les daba los primeros auxilios, y bien, funcionó bien, pero después cambió la política y la bajaron de un hondazo, así que quedó ahí. Incluso se había hecho trabajo en los barrios, limpiar el arroyo, analizar el agua, desparasitar a los chicos, qué hacer si alguien se descomponía por el tema de la presión. Eso ella lo hacía en los barrios (...)" (Entrevista Nº 8-2004. Enfermera)

Previo a 2008, año a partir del cual podemos identificar explícitamente una política municipal que pretende fortalecer la participación comunitaria en APS y la incorporación de promotores de salud, y considerando los testimonios de las personas entrevistadas, emergían opiniones diversas respecto de los espacios de participación comunitaria. Hay que aclarar que la mayor parte de los entrevistados definían la APS y la participación comunitaria en consonancia con los documentos de OPS/OMS, sin embargo en la identificación de actividades o espacios participativos surgieron ejemplos en los que existen distintos grados de participación. (16)

Si consideramos el testimonio de los agentes de salud entrevistados en 2003-2004, las experiencias participativas desde el retorno de la democracia, pueden describirse como prácticas participativas restringidas tomando como referencia el modelo de la atención primaria integral (Menéndez, 1990) o el promovido por los SILOS (en OPS/OMS, 1990).

En esta etapa del relevamiento surgía que las principales actividades de los centros de salud consistían en la atención médica, y actividades preventivas asociadas a vacunación y prestaciones de distintos programas. Los principales ejemplos de experiencias en las que la comunidad participaba referían a las cooperadoras y a las actividades vinculadas a la educación para la salud. Las experiencias de las cooperadoras eran en general caracterizadas en términos negativos (excepto en los casos en que permitieron la obtención de recursos o la mejora en la estructura edilicia del centro de salud) aludiendo a personas que introducían demandas o cuestionaban las decisiones tomadas por los responsables del centro de salud. Por su parte las actividades de educación para la salud se caracterizaban por ser mayormente esporádicas y hallarse en una posición subordinada respecto de las tareas de atención médica.

La educación para la salud y el autocuidado junto a las necesidades del propio funcionamiento del sistema de salud en un contexto de déficit de recursos (humanos y materiales) aparecían como los principales argumentos que justificaban la reducción del contenido de la participación en términos comparativos con las definiciones de la OPS/OMS de 1990, funcionales a la reproducción de un sistema con prioridad en la atención médica y en combinación con algunas medidas de carácter preventivo.

Es importante destacar esta identificación porque forma parte de lo que se ha construido como contenido de las experiencias en las que se considera que ha habido participación de la comunidad y actúan por tanto como parte del acervo para interpretar, rechazar u apoyar nuevas iniciativas en el tema. Asimismo, al formar parte de las experiencias de los sujetos, en el relevamiento de 2010 se reactualizaban en los discursos de las personas entrevistadas.

“Mira, acá desde el año que asumió esta gestión, o sea en el 2007... en el 2008 empieza a haber promotores, 1, 2, y está muy bueno. Anteriormente, en la gestión de Delprete en salud, había también promotores. Yo particularmente estuve a cargo de los promotores de “XX”, así que te puedo contar la experiencia esa. Eran 17 promotores, pero tenían también un perfil muy sanitario, era gente muy mal paga, por que eran planes trabajar o planes jefes de hogar de 150 pesos que a contra prestación del plan hacían el trabajo de promotor (...) Se pretendía mucho de gente que relámete estaba muy mal paga, se necesitaba mayor formación, mayor respaldo y había un momento que no podíamos seguir sosteniéndolo.” (Entrevista N ° 17-2010. Trabajadora Social)

En relación a este panorama general, confluyentes apreciaciones se reportan en otros estudios sobre los sistemas locales de salud. En referencia a nuestro país, Ase (2006) indica que en Córdoba las políticas de descentralización de servicios de salud, consolidaron a nivel local y del sistema prestador, modelos de trabajo que operan sobre la demanda de atención médica con escaso trabajo comunitario. La promoción de la salud o la prevención prácticamente se limita a la difusión de información (a través de medios de comunicación, mediante el trabajo con instituciones barriales o en la propia consulta médica).

Asimismo, considerando la primera etapa del relevamiento realizado en el municipio de La Plata, fue posible distinguir una gama de experiencias autogeneradas por el propio personal de los centros de salud, algunas de las cuales recuperaban las incipientes directrices (que podemos ubicar aproximadamente hacia la segunda mitad del año 2004) de una política de formación de promotores de salud que se consolida formalmente en 2008. Estas experiencias hablan de posibilidades y de procesos sociales que se encolumnan en el hoy valorado proceso de democratización de la salud y de cuestionamiento de la reducción de los problemas de la salud colectiva al sistema prestacional.

Entre las experiencias que denominamos "autogeneradas" encontramos algunas organizadas por personal de los centros de salud convocando a beneficiarios de planes sociales. En algunos casos sus actividades involucraron el relevamiento de información sobre los usuarios (habituales o potenciales) del centro de salud, y en otros casos, tareas de difusión de información acerca de problemas de salud.

"Sí, lo que te comentaba de los Jefes y Jefas de hogar. Las chicas realizan encuestas, casa por casa, hacen un registro de usuarios, se llama, donde recaban datos de la gente, de la vivienda, si están documentados o no, el nivel de instrucción, el número de convivientes, si conocen el centro de salud, si se atienden en el centro de salud, si están mutualizados o no, más que nada como para tratar de conocer el perfil de la población que le tocaría asistir a este centro de salud. (...) la idea es que durante una semana puedan recabar por lo menos 5 ó 6 encuestas o 10, o lo que le demos en ese momento y a la semana devolver las encuestas completas; en el horario en que ellas puedan y quieran hacerlas, todas juntas un día o cuando tienen tiempo libre, o cuando, viste, van acomodando a su necesidad..." (Entr. Nº 11(2003-05), Médica Generalista, Jefa Centro de Salud)

Encontramos también, experiencias organizadas por el personal de los centros de salud que incluyen la capacitación de personas que, en forma voluntaria y sin percibir sueldo ni contar con un reconocimiento formal por parte del sistema, desarrollaron actividades de promoción

de la salud, sobre todo de difusión de información (principalmente de charlas informativas a cargo del personal médico) y seguimiento de la realización de los controles de salud de niños. En este sentido se detectó un caso en el que se consolidó un grupo autodenominado de promotoras de salud (por fuera de los lineamientos particulares del municipio) que desarrollaron actividades en un barrio aun antes de que este contara con su centro de salud, y antes de la puesta en marcha de la política municipal sobre los promotores de salud.

“Son diez mujeres del barrio que se capacitaron primero con un grupo de la UMA, Unión de Mujeres Argentinas, porque ellos tenían un programa de emergencia laboral y estaban capacitadas por esta gente, y nos invitaron a dar algunas charlas en ese proceso de capacitación y ahí me conecté con todo el grupo; se terminó el proyecto este de trabajo, quedaron sin trabajo las promotoras y algunas siguieron viniendo al centro de salud, ad honorem, para seguir trabajando en el barrio, y cuando pasa esto presenté un proyecto en el municipio para incorporarlas con el Plan Jefes y Jefas para trabajar en salud (...) así que trabajan con nosotros (...) Siguen su capacitación una vez por semana, hacen el relevamiento con nosotros, el relevamiento es ir casa por casa (...). Es un censo poblacional para saber cuanta gente tenemos, cómo es la composición de cada familia, tenemos hecho un mapeo de todo el barrio con cada una de las manzanas y cada una de las manzanas están los nombres de cada familia y ya sabemos quiénes viven, quiénes están, la composición familiar, los problemas de salud prevalentes; y los miércoles a la tarde nos reunimos con la comunidad para tratar diferentes problemas de salud y ver cómo lo solucionamos.” (Entrevista Nº 14-2003. Jefa Centro de Salud)

En otro artículo se ha señalado (Pagnamento, 2014) que, considerando las acciones desarrolladas por los promotores en los equipos de salud de los CAPS identificadas a partir del relevamiento empírico realizado en 2010, las formas de participación nuevamente se pueden catalogar de diversas y heterogéneas. Algunas las describimos como situaciones en las que la participación es “restringida” (coincidente con prácticas que se concentran en la atención médica y en la difusión de información). Si bien no se desarrollarán mayores precisiones en este artículo, partiendo de las apreciaciones de los sujetos entrevistados, los principales ejemplos de experiencias participativas refieren a actividades de educación para la salud (dentro y fuera de los CAPS). Cabe mencionar que si bien se aludían en la primera etapa del relevamiento, en la segunda etapa se refieren con mayor asiduidad. Este cambio podría poner en evidencia que la política local en el último tiempo ha fortalecido las actividades de difusión de información comparativamente con el período inicial de la década de 2000.

Se identificaron además, situaciones contrapuestas (y no necesariamente excluyentes) en las que se construyen procesos participativos más amplios. Entre estas últimas fue posible reconocer la conformación de equipos en los que confluyen intereses individuales, personales, valorativos y posiciones políticas e ideológicas de los principales actores, que se plasman en el desarrollo de líneas de acción proclives a construir espacios participativos que superan las formas de participación instrumentales al desarrollo de la práctica médica en su sentido más técnico. Las actividades en estos casos implican reuniones con referentes comunitarios para tratar diversos temas relativos a problemas del barrio y sus habitantes u organizar y diagramar actividades en las que los profesionales de la salud aportan herramientas o recursos, algunos de los cuales han contribuido a dar legitimidad a las acciones o reclamos.

“Nos reunimos acá en el centro de salud y lo que hacemos es eso, la lluvia de ideas al principio, eso originariamente decimos bueno pum pum pum; priorizamos, sacamos qué es lo más importante ahora, más urgente: el agua; bueno, qué podemos hacer nosotros para resolver eso? Nosotros como ciudadanos, como personas. “Mire, yo no puedo cambiar el agua” obviamente, “lo que podemos hacer es: por un lado, llenar las botellas vacías a la noche con agua, ponerle dos gotitas de lavandina” (...) Ahora, nosotros no podemos poner el agua. Entonces, como vecinos qué hacemos? Bueno, algunos de nosotros hace una nota; nos ofrecemos a redactar una nota y luego la presentamos a los organismos que corresponden a la delegación municipal, a aguas sanitarias, a lo que sea, pidiendo. Hay cosas que le corresponden al Estado, y hay cosas que nos corresponden a nosotros de cuidar nuestra salud; pero, hay cosas que le corresponden al Estado.” (Entrevista N° 4-2010. Jefa CAPS. Médica generalista)

Como balance general puede señalarse que en el caso particular que se ha analizado, se ha encontrado que:

- La política municipal en la primera parte de la década de 2000, en lo que refiere a los procesos participativos en APS, puede calificarse como heterogénea. Si bien con el retorno de la democracia la APS cobra relevancia, en los hechos se construyeron acciones con escasos espacios de participación comunitaria, un marcado énfasis en la atención clínica y experiencias que en ciertos casos incluía prácticas de difusión de información. Sin embargo quedaba abierta la posibilidad de realizar actividades con mayores grados de participación de la comunidad que dieron lugar al desarrollo de experiencias autoorganizadas que funcionaron en los intersticios de un sistema

que si bien no las promovía o alentaba sistemáticamente, tampoco las obstaculizaba seriamente.

- En los últimos años (a partir de 2008), sobre todo con la incorporación de los promotores de salud a los CAPS, la política de salud a nivel municipal si bien ubicó a la APS como un eje importante, en lo que a participación comunitaria refiere no se logró la expansión de experiencias participativas amplias (tomando como referencia los modelos propuestos por OPS/OMS) ni alterar la preeminencia de la atención médica como tarea principal de los CAPS (que por otra parte es identificada como la principal demanda de la población que concurre). Por otra parte, y en términos muy generales, hay que recordar que no en pocas oportunidades se ha denunciado la ambivalencia entre la exaltación de la APS y la asignación de recursos, a todas luces escasos, necesarios para su desarrollo.
- De lo anterior se desprende que las principales actividades de los centros de salud consisten en la atención médica y actividades preventivas como la vacunación, prestaciones de programas y difusión de información (tanto en el ámbito de los CAPS como en articulación con otras instituciones). No hay que olvidar que se trata de actividades primordiales de los centros de atención y que forman parte de las actividades de APS, pero la APS también reivindica para sí escenarios participativos para y con la comunidad. En especial en el último tiempo se han abierto experiencias con mayores grados de participación de la comunidad, mediadas por las actividades de los promotores de salud y los encargados de gestionar algunos de los CAPS (aunque no han sido las únicas a los largo de los últimos 10 años).

Al respecto se ha inaugurado un escenario compuesto por experiencias con distintos grados de participación: a la vez que se reproduce una APS con formas de participación restringidas y un marcado componente técnico-médico, se abre potencialmente un escenario de discusión, no ya técnico médica, sino política, con resultados abiertos tanto en contenidos como en el tipo de acciones y actores involucrados. Así como encontramos situaciones que obturan cualquier disidencia respecto de las formas más clásicas de prestación del servicio médico y la difusión de información, en otros casos es posible identificar CAPS en los que se desarrollan acciones que dan cabida a formas de participación más abarcadoras. (17)

Notas

(1) Esta línea de investigación forma parte de un proyecto general sobre "Género y edad en estudios de caso sobre pobreza y políticas sociales en el Gran La Plata", dirigido por Susana Ortale y Amalia Eguía, radicado en el CIMeCS, unidad de investigación del IdIHCS

(UNLP/CONICET) de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la UNLP, incorporado al Programa de Incentivos a la Investigación del Ministerio de Educación de la Nación (código H633) y apoyado por el CONICET (PIP 0443).

(2) Esta línea de investigación forma parte de un proyecto general sobre "Género y edad en estudios de caso sobre pobreza y políticas sociales en el Gran La Plata", dirigido por Susana Ortale y Amalia Eguía, radicado en el CIMeCS, unidad de investigación del IdIHCS (UNLP/CONICET) de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la UNLP, incorporado al Programa de Incentivos a la Investigación del Ministerio de Educación de la Nación (código H633) y apoyado por el CONICET (PIP 0443).

(3) Para ordenar la indagación se partió de la categoría de proceso de trabajo (Pagnamento, 2014)

(4) Se entiende que en el caso que analizamos no sólo es importante reflexionar sobre la definición y el proceso de implementación de la política pública (al respecto ver Aguilar Villanueva, 1992) sino que el problema del "objeto" (los padecimientos, las enfermedades, las formas de atenderlas, los sujetos y las instituciones que intervienen, etc.) es insoslayable.

(5) Para caracterizar el sistema de salud en Argentina ver por ejemplo Belmartino, Bloch y Bascolo (2003)

(6) Las transformaciones de las últimas décadas del siglo pasado en nuestra sociedad implicaron, necesariamente, un conjunto de modificaciones a nivel de las políticas en salud y del propio funcionamiento del sistema de salud cuyas consecuencias aún persisten, aún cuando las acciones emprendidas por el Estado desde la primera década del 2000 muestren intentos de transformación (el Programa Remediar que surgió en 2002 como respuesta a la crisis sanitaria y que se sigue implementando o el Plan Nacer puesto en marcha desde 2005).

(7) Según datos de la OMS para 2009, el gasto per cápita en Argentina era de 1205 dólares (Golbert, 2012).

(8) En 2003, la OMS y la OPS conmemoraron el 25º aniversario de la Declaración de Alma Ata, y esa oportunidad se destacó la existencia de tres conceptos clave que aún hoy contarían con dificultades en su interpretación: la salud definida como el estado de completo bienestar físico, mental y social; la salud entendida como un derecho humano fundamental y la estrategia de atención primaria de la salud par alcanzar la meta de "Salud para Todos". Se evaluaba que las dificultades de interpretación radican en la persistencia de la concepción de salud como ausencia de enfermedad, en que los Estados no garantizan la protección de la salud, y/o que la atención primaria se ha entendido como atención básica y primitiva (www.ops.org.ar)

(9) Sobre el enfoque de la OPS/OMS respecto de la Atención Primaria de la Salud (APS) ver Pagnamento (2010).

(10) Se incluyen aquí a una parte de los sujetos entrevistados, excluyendo a los promotores de salud (cuyas visiones se han analizado en otros trabajos).

(11) Información disponible en: <http://www.salud.laplata.gov.ar/programasdesalud>. Consulta: 02-09-2013

(12) Como señala Menéndez (2006:99) "... los promotores de salud... constituyen uno de los principales actores a través de los cuales el sector salud y las ONG trataron de impulsar la participación social y la organización comunitaria".

(13) Por ejemplo en junio de 2004 se presentó el Programa de Formación y Capacitación de Promotores Comunitarios de Salud (integrado al Programa "Salud en Movimiento"). Información disponible en: www.aninoticias.com/noticias (ingreso 13/11/2007)

(14) www.salud.laplata.gov.ar (ingreso 02-09-2013)

(15) Fuente: www.salud.laplata.gov.ar (ingreso 02-09-2013)

(16) Conviene distinguir las apreciaciones sobre la participación comunitaria y las prácticas concretas en las que se desarrolla. Es posible señalar que se construye una imagen modélica centrada en la *atención primaria integral* y en cierta forma cercana a los intentos de desarrollo y consolidación de los SILOS y las recomendaciones de OPS/OMS. La meta a alcanzar, o el *deber ser*, dista sin embargo de la atención primaria médica que domina en la práctica concreta, que combina más bien atención médica y algunas acciones en materia de prevención.

(17) Para mayores precisiones incluida la visión de los promotores de salud municipales, ver Pagnamento (s/f) "Mujeres atendiendo mujeres: el trabajo de las promotoras de salud en el municipio de La Plata".

Bibliografía

Aguilar Villanueva, L. (1992) *El estudio de las políticas públicas*. México. M.A. Porrúa

Ase, I. (2006) "La descentralización de Servicios de Salud en Córdoba (Argentina): entre la confianza democrática y el desencanto neoliberal". En *Salud Colectiva*. Vol 2 N° 2. Bs As: UNLa.

Belmartino, S, Bloch, C y Bascolo, E. (2003) *Reforma de la atención médica en escenarios locales*. Bs As.: Edit. Lugar.

Czeresnia, D. (2006) "El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción". En: Czeresnia, D. y Machado de Freitas, C. *Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*. Edit Lugar, Bs.As.

Conrad, P. (1982) "Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social". En: *Psiquiatría Crítica. La política de salud mental*. Edit. Crítica, Barcelona.

Chiara, M. y Di Virgilio, MM. (2009) *Gestión de la política social. Conceptos y Herramientas*. Bs As:Edit. Prometeo-UNGS

Danani, C. (1996) "Algunas precisiones sobre la política social como campo de estudio y la noción de población objeto"; en: Hintze, S. *Políticas sociales: contribuciones al debate teórico-metodológico*. Bs.As .CEA-CBC.,

Danani, C. (2009) "La gestión de la política socia: un intento de aportar a su problematización". En: *Gestión de la política social. Conceptos y Herramientas*. BsAs: Edit. Prometeo-UNGS

FaHCE/UNLP (2004). Informe sobre Programas Sociales, proyecto "Evaluación de programas sociales en curso en barrios pobres del Gran La Plata"; Programa de Incentivos UNLP (Código 11/H353).

Fassler, C. "Transformación social y planificación de salud en América Latina"; Rev. Centroamericana de Ciencias de la Salud, Nº 13, mayo-agosto 1979

Fleury, S. (1999) "Política social, exclusión y equidad en América Latina en los años noventa". *Documentos/15*. Centro de documentación en políticas sociales. Bs. As.

Golbert, Laura (2012) Posibilidades y restricciones de las políticas públicas: el caso del sistema de salud argentino". En: Carlos Fidel y Enrique Valencia Lomelí (Coordinadores) *(Des)Encuentro entre reformas sociales, salud, pobreza y desigualdad en América Latina*. FLACSO, Bernal, UNQ y Centro de Desarrollo Territorial de la UNQ.

Iriart, C., Leone, F. Y Testa, M., (1995) "Las políticas de salud en el marco del ajuste"; Cuadernos Médico Sociales Nº 71.

Jelin, E. (1996) "¿Ciudadanía emergente o exclusión?. Movimientos sociales y ONG en América Latina en los años 90". *Sociedad*, Nº 8. Argentina

Menéndez, E. (1990) *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México: Edit. Alianza.

Menéndez, E. (1995) "Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social". En: *Dimensión Antropológica*, año 2, vol. 5, México.

Menéndez, E. (2006) "Participación social en salud: las representaciones y las prácticas". En: E. Menéndez y H. Spinelli Coords., *Participación Social ¿para qué?*. Bs. As.:Ed. Lugar

OPS/OMS (1990) *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. La participación social*.

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

Pagnamento, L. (2010) "Políticas participativas en salud: ideales y realidades. El caso de los promotores de salud en el Municipio de La Plata". *VI Jornadas de Sociología de la UNLP*. La Plata, 9 y 10 de diciembre. ISBN 978-950-34-0693-9

Pagnamento, L. (2012) "El trabajo de las Promotoras de salud municipales y la participación social. Análisis de caso". *VII Jornadas de Sociología de la UNLP*. La Plata 5 al 7 de diciembre. ISSN 2250-8465.

Pagnamento, L. (2014) "Mujeres atendiendo mujeres: el trabajo de las Promotoras de Salud en el Municipio de La Plata" (en prensa). En: Género, trabajo y políticas sociales : estudios de caso en el gran La Plata, Argentina. María Susana Ortale, Amalia Eguía y Juan Piovani (Comp) - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO. ISBN 978-987-722-021-6

Ugalde y Homedes (2002) "Qué ha fallado en las reformas de salud en América Latina?"; ponencia presentada en el VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. 8 al 11 de octubre. Lisboa, Portugal.

Ugalde, A. (1985) "Las dimensiones ideológicas de la participación en los programas de salud en Latinoamérica". Cuadernos Médico Sociales, N° 41. Rosario, Argentina.

Recibido: 22 de octubre de 2013

Aceptado: 15 de agosto de 2014

Publicado: 26 de noviembre de 2014