



Debates y controversias sobre el concepto de participación comunitaria en salud: una revisión histórica

Claudia Bang

Facultad de Psicología – Universidad de Buenos Aires (UBA)
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (CONICET)
claudiabang@yahoo.com.ar

Resumen:

El presente artículo realiza un abordaje histórico de los diferentes sentidos que ha adquirido el concepto de *participación comunitaria* en la formulación de políticas de salud para América Latina desde la declaración de Alma-Ata en el año 1978. Dicho concepto ha supuesto históricamente un consenso sobre su sentido que oculta una gran polisemia real. Su vaguedad conceptual ha permitido que bajo su nombre se agrupen acriticamente fenómenos muy heterogéneos. La revisión crítica de los principales debates y controversias en torno a dicha problemática constituye un aporte necesario de esclarecimiento e insumo para futuras investigaciones e implementación de prácticas participativas.

Se utilizan metodológicamente dos modelos: la investigación histórico-social y el análisis político. Se realiza un rastreo documental de fuentes bibliográficas a partir de la delimitación de actores y procesos implicados.

Se concluye que en cada contexto histórico se ha redefinido el concepto *participación comunitaria* de acuerdo a los intereses de los actores implicados. Nuevos sentidos se han superpuesto acriticamente a los tradicionales, sumando confusión y legitimando las prácticas más dispares. La relación entre participación y poder es invisibilizada en la retórica participativa oficial, siendo

un núcleo de discusión que aborda esta problemática en su complejidad y realiza un aporte central hacia una redimensión conceptual.

Palabras claves: comunidad, participación, políticas, salud

Abstract:

Debates and controversies on the concept of community participation in health: a historical review

This article presents a historical approach to the different meanings that the concept of *community participation* has acquired in the formulation of health policies for Latin America since the Declaration of Alma-Ata in 1978. Historically this concept has assumed a consensus on its meaning that hides a real polysemy. Its conceptual vagueness has allowed very heterogeneous phenomena to be uncritically grouped. The critical review of the principal debates and controversies concerning this issue is a necessary contribution for clarification and input for future research and implementation of participative practices.

Methodologically two models are used: the historical-social investigation and political analysis. A documentary research of bibliographical sources has been held based on the delimitation of actors and processes involved.

We conclude that in each historical context the concept of *community participation* has been redefined according to the interests of the actors involved. New meanings have been uncritically superimposed to traditional ones, adding confusion and legitimizing different practices. The relation between participation and power, invisible in the official rhetoric of participation, is a core of discussion that approaches this issue in its complexity and contributes to a conceptual resizing.

Keywords: community, participation, policies, health

Fecha de recepción: octubre 2010.

Versión final: marzo 2011.



Introducción

El presente trabajo se enmarca en el Proyecto de investigación UBACyT: Accesibilidad y dignidad en la atención en servicios de salud mental de Ciudad de Buenos Aires y conurbano bonaerense en el periodo 2002-2010: subjetividad, representaciones de derechos y sistemas de atención, dirigido por Alicia Stolkiner. Se expone parte del marco teórico de una investigación doctoral en curso realizada con beca doctoral CONICET, que continua y profundiza una investigación anterior (Bang, 2004) presentada como Tesis de Maestría en Salud Pública Internacional, financiada por la Agencia Española de Cooperación Internacional.

Este escrito realiza un abordaje histórico del concepto de *participación comunitaria* en el diseño e implementación de políticas de salud para América Latina desde la declaración de Alma Ata en 1978. Dentro de las políticas públicas de salud diseñadas para la región durante los últimos decenios, uno de los desarrollos clave ha sido el de la participación de la comunidad como estrategia central de implementación de la atención primaria de salud (APS). Esta idea nació basada en conceptos que han despertado controversias y amplios debates en diferentes espacios científicos y de prácticas, principalmente durante la década posterior a la declaración de Alma Ata.

Estos debates surgen a partir de un consenso presente en la literatura científica sobre las ideas de comunidad y *participación comunitaria*. Se afirma que las mismas se han encontrado tan difundidas como distintas han sido las formas de contemplarlas en lo que se refiere a políticas de salud pública en la historia reciente de América Latina. Desde el origen de dicho concepto los organismos internacionales lo han definido de forma vaga y confusa, admitiendo una polisemia que ha permitido que bajo el rótulo de *participación comunitaria* se realicen las actividades más dispares en los contextos más diversos (Rifkin, 1986). Numerosos estudios de evaluación de la participación comunitaria en experiencias concretas marcan como un obstáculo central en la implementación de acciones participativas a su propia formulación conceptual (Woelk, 1992).

El concepto de *participación comunitaria* incluido en la formulación de políticas de salud ha sufrido modificaciones, hecho que se ve reflejado en las diferentes orientaciones que han adoptado las políticas generales en materia de salud para América Latina impulsadas por organismos internacionales desde los años '60 hasta nuestros días. En esta evolución conceptual se ha multiplicado la polisemia mencionada, la que se manifiesta en una proliferación de sentidos heterogéneos e inconexos de múltiples actores definidos para tal participación y de diferentes objetivos en su implementación. Se opera así una confusión conceptual bajo la que muchas veces se legitiman políticas contrarias al espíritu de atención primaria de salud.



Siguiendo este planteo, surgen los siguientes interrogantes que guían la producción de este artículo: ¿Cuáles han sido las formas de contemplar el concepto de *participación comunitaria* en el diseño e implementación de políticas de salud pública en la historia reciente de América Latina? ¿Cómo se han construido socio-históricamente los diversos sentidos que han conformado la retórica participativa en salud? ¿Qué significaciones han aportado los diversos actores implicados de acuerdo a sus intereses y contexto en cada momento socio-histórico abordado? ¿Cómo pensar críticamente algunas implicancias de este complejo proceso en la aplicación de políticas de salud que contemplan la idea de participación en contextos locales? A partir de dicho análisis, ¿qué aportes se podrían realizar en la vía de una redimensión conceptual?

El objetivo del presente trabajo es abordar la problemática de definición del concepto de *participación comunitaria*, indagando los diferentes sentidos que éste ha adquirido históricamente en el diseño e implementación de políticas de salud para América Latina desde la declaración de Alma-Ata. Estos sentidos han sido otorgados por múltiples actores implicados en diversos contextos. Una revisión histórica y analítica de los principales debates y controversias existentes a partir del origen y desarrollo de esta idea nos permitirá comprender el proceso socio-histórico de construcción y desarrollo conceptual, lo que significa un aporte al abordaje de la problemática de polisemia y vaguedad semántica que admiten dichas formulaciones conceptuales, reflejando sus dificultades y limitaciones.

No se pretende aquí hacer una recopilación exhaustiva de todos los significados relevados, ni de todas las políticas y aplicaciones que han tenido como centro a la participación comunitaria en salud en la región. Se privilegiarán aquellos sentidos que han sido objeto de debates y controversias, aquellos que nos puedan permitir un acercamiento a comprender la compleja problemática de significación de este concepto en su proceso histórico.

Diferentes formas de contemplar las ideas de comunidad y participación comunitaria contribuyen a la legitimación de diversas políticas de salud, estos conceptos y su aplicación en América Latina son resultante de la intervención de múltiples actores en diferentes niveles. Al articularse, esta compleja dinámica orienta acciones dirigidas a la comunidad con lineamientos específicos, otorgándole sentido a los mismos conceptos que los actores delimitan. El presente análisis pretende contribuir a la comprensión de las políticas de salud dirigidas a la comunidad en América Latina como producto histórico-social, imprescindible para poder actuar sobre la realidad de la región.

La importancia y vigencia del presente análisis está dado por la vuelta a los postulados de la Atención Primaria de Salud en el inicio del siglo XXI (Organización Mundial de la Salud [OMS]/Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2005), dado que algunos de sus conceptos integrales son los de participación y promoción de mecanismos de participación



activa (OPS, 2005). Esta vuelta a los enunciados de participación comunitaria en salud, actualiza los debates y controversias objeto del presente trabajo, siendo su revisión histórica un aporte fundamental de esclarecimiento e insumo para posteriores investigaciones sobre esta temática, desde una perspectiva actual.

Metodología

Metodológicamente se utilizaron dos modelos de investigación: la investigación histórico-social y el análisis político. El modelo de investigación histórico-social (Valles, 2000) comprende el estudio del desarrollo histórico de un hecho o concepto determinado, situándolo en su contexto social a partir del análisis de los actores y procesos implicados. El análisis político (Anduiza Perea, Crespo y Méndez Lago, 1999) permite abordar dicho hecho o concepto en el marco de la formulación e implementación de las políticas correspondientes (análisis político con orientación en políticas). Teniendo en cuenta la naturaleza conceptual del objeto de estudio (concepto de participación comunitaria) se ha privilegiado el análisis de significaciones en el enunciado de las políticas antes mencionadas, correspondiente al análisis político con orientación en semántica (Dahl, 1983).

Se utilizó como técnica fundamental un rastreo documental de fuentes bibliográficas primarias (documentos oficiales e informes publicados por organismos internacionales relativos a políticas públicas de salud para América Latina) y secundarias (publicaciones científicas periódicas de excelencia y reconocimiento internacional que han abordado esta problemática).

En las fuentes bibliográficas primarias se rastreó el origen histórico del concepto estudiado y se situaron las sucesivas definiciones y caracterizaciones desde su origen, delimitando el período histórico de estudio. En las fuentes bibliográficas secundarias se rastrearon textos que abordaran analíticamente dicho concepto desde una perspectiva histórica, lo que pusiera de manifiesto debates presentes a lo largo del período histórico analizado. Se articuló el material de ambas fuentes bibliográficas marcando consensos y posibles controversias sobre su significación.

Para la articulación y análisis de las fuentes estudiadas se situaron diferentes momentos históricos en el contexto de las políticas de salud para la región, delimitados según el predominio de ciertos paradigmas hegemónicos y sus prácticas durante períodos históricos de paulatina conformación. Se delimitaron actores implicados en el desarrollo de políticas de salud para América Latina, tomando como referencia su dinámica de conformación en articulación con los contextos históricos delimitados. Desde una perspectiva crítica se abordaron los discursos de actores multilaterales, regionales y locales sobre la participación comunitaria en



salud, indagando relaciones posibles entre la lógica de algunos actores implicados en el diseño e implementación de políticas de salud y la retórica sostenida sobre el concepto estudiado.

La incorporación del concepto en las políticas de salud

La idea de *participación comunitaria* surge en América Latina en la década del '50 como estrategia de promoción rural para poblaciones originarias y recibe difusión en los '60 con los programas de la Alianza para el Progreso. En el ámbito específico de salud este concepto ha tomado extraordinaria fuerza a partir de la declaración de Alma-Ata en 1978, momento en el que se centra la atención en la comunidad y su participación como componente fundamental de la estrategia de Atención Primaria de la Salud. Surge una primera definición formal del concepto de participación comunitaria como

“el proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y los de la colectividad, y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y comunitario. Llegan a conocer mejor su propia situación y a encontrar incentivo para resolver sus problemas comunes. Esto les permite ser agentes de su propio desarrollo, en vez de beneficiarios pasivos de la ayuda al desarrollo.” (OMS-UNICEF, 1978, p.7)

En este contexto, la estrategia de APS no sólo planteaba el desafío de superar la falta de recursos, sino que una gran preocupación fue afrontar diferencias culturales que se pensaban como obstáculo adicional al acceso a los servicios (OPS, 1981).

En esta necesidad de franquear esta barrera cultural surgen los dos mecanismos más utilizados de participación comunitaria en APS: el promotor de salud y el comité de salud (Stone, 1992). El primer modelo se encuentra entre los programas que centran la participación en los recursos humanos no convencionales. Esta modalidad contempla dos opciones en la elección de promotores de salud: que los promotores sean elegidos por la comunidad o que sean designados por los responsables del proyecto. El segundo modelo se organiza en base a que los miembros de las comunidades realicen acciones grupales a través de organizaciones, que puedan crear nuevas instancias por y para el programa de salud, o puedan apoyarse en instituciones existentes en la comunidad. Ambos modelos se basan en experiencias ya desarrolladas en el continente en las dos décadas anteriores de trabajo y formación de líderes comunitarios y consejos de salud como parte de las políticas desarrollistas.

En este surgimiento de las primeras definiciones elaboradas por organismos internacionales, la participación comunitaria tenía como sujeto a una población rural, mayoritariamente indígena. La participación de campesinos indígenas en los programas de salud fue pensada en parte para poder incorporar valores occidentales que facilitarían la consecución de dichos programas (Ugalde, 1985). Asimismo, la crisis de accesibilidad a los servicios que enmarcó el surgimiento de la participación comunitaria como estrategia de APS se encuentra dentro de esta coyuntura rural, campesina e indígena, lo que explica en parte la idea de comunidad difundida de aquí en más en Salud Pública:

“Una comunidad se compone de personas que viven juntas, en una u otra forma de organización y cohesión sociales. Sus miembros comparten, en distintos grados, características políticas, económicas, sociales y culturales, así como intereses y aspiraciones, incluida la salud. Las comunidades varían mucho en cuanto a su magnitud y perfil socioeconómico, y pueden habitar en caseríos aislados o en aldeas más organizadas, en pueblos o en ciudades.” (OMS-UNICEF, 1978, p.14).

Esta necesidad de incorporar la participación como mediación entre el sistema de salud y la comunidad rural ha sesgado el propio concepto de comunidad, el que a lo largo de este período se extendió acríticamente a otras realidades y contextos urbanos que presentaban otras características y composición, concibiendo al sujeto de la participación de una forma inadecuada e irreal.

Si bien las definiciones originales de comunidad y participación comunitaria en el ámbito de la Salud ya reflejan visiones idealizadas, éstos conceptos fueron pensados para caracterizar un contexto diferente al que efectivamente tuvo lugar durante las décadas de los setenta y ochenta. El sentido de la participación en salud fue concebido como estrategia para hacer frente a esta crisis de accesibilidad a los servicios en un contexto de Estado Benefactor, muy diferente al que tuvo lugar efectivamente a partir de los procesos de ajuste estructural y reducción del papel del Estado. Por otro lado, durante gran parte de este período la mayoría de los países de la región se encontraban bajo gobiernos de facto, donde el terrorismo de estado tornó insostenible la implementación concreta de prácticas participativas. Sin embargo, en ámbitos de decisión internacional se sostuvo una retórica que incluía las mismas ideas que serían perseguidas y silenciadas hacia el interior de cada país. Estos complejos procesos han influido en la forma que ha adoptado la retórica participativa en salud.

La declaración de Alma-Ata se firmó a finales de la década de 1970 y en ella, los países firmantes se comprometieron a hacer cambios profundos en sus sistemas de salud a partir de la participación de los niveles locales y de la población. Alma-Ata llamaba a implementar procesos

democráticos de participación en sociedades que, como las de América Latina, estaban en medio de procesos de dictaduras militares y de represión política. Durante la década de 1970, catorce de los dieciocho países de la región tuvieron gobiernos basados en una dictadura y para la década de 1980, diez países aún las tenían. Estos gobiernos totalitarios se caracterizaron por tener niveles de represión que eliminaban la posibilidad de participación de los ciudadanos en todas las actividades del Estado (Flores y Ruano, 2009).

Conceptualmente los gobiernos militares entendían la participación como mecanismo de subversión basado en ideas con raíces comunistas, supuestamente relacionadas con los movimientos guerrilleros, y perseguidos por tal motivo. Briceño-León (1998) afirma que en su gran mayoría, se trataba en realidad de mecanismos de acción popular que, al no encajar en los esquemas simplistas y maniqueos de la guerra fría, eran satanizados y convertidos en subversivos. Hablar de participación en ese contexto resultaba sospechoso, pues así se tratase de salud, significaban una respuesta democrática que los militares repudiaban de cualquier manera. El uso de técnicas de tortura, de desapariciones forzadas, asesinatos y otras formas de violencia y represión se aplicaron para perseguir las mismas prácticas participativas que se supuso defender a nivel discursivo en Alma-Ata.

Debates y controversias durante la década de los '80

En la literatura científica consultada existe un consenso general sobre la raíz de la problemática que plantea la polisemia del concepto de participación comunitaria en su misma enunciación formal. Ciertos autores han llegado a calificarla como inviable desde su propia retórica. Susan Rifkin (1986) argumenta que en la declaración de Alma-Ata intencionalmente se ha definido el término de participación comunitaria vaga y flexiblemente para permitir su adecuación a los distintos contextos nacionales. Como resultado, el concepto significó diferentes cosas para diferentes actores implicados, siendo difícil llegar a definiciones realmente consensuadas, menos aún a objetivos y estrategias claras.

Woelk (1992) encuentra en el término comunidad una de las dificultades conceptuales y prácticas más importantes en el intento de definir e interpretar la participación comunitaria. Y es que el mismo concepto de comunidad es uno de los núcleos a analizar cuando abordamos esta problemática. En el origen de este concepto, la comunidad campesina, rural e indígena es vista como un conglomerado de costumbres, creencias y prácticas diferentes a las occidentales, que conformarían un bloque homogéneo. Se ha extendido esta visión de comunidad como unidad diferenciada, con intereses comunes, organizada unidimensionalmente y capaz de generar estructuras permanentes de representación nucleadas en torno a líderes (Irigoyen,



1994). Liliana Fracasso (2000) afirma que la comunidad a largo de las décadas se ha manifestado cada vez más de forma múltiple y heterogénea, inconstante y con alcances no necesariamente locales. Consecuentemente, las definiciones de comunidad pensadas para realidades rurales e indígenas en el campo de la salud pública, han resultado inadecuadas al hacer de esta idea la forma de organización universal, con definiciones plagadas de referencias como proximidad física, relación directa y personal, apoyo social, consenso, cooperación, creencias comunes, sentido de pertenencia, frecuencia de interacción, etc.

Cuando se ha caracterizado a la comunidad en relación a la participación surge el cuestionamiento sobre la naturaleza participativa o no de las comunidades. Aquí encontramos dos posturas: algunos autores como Ugalde caracterizan a la comunidad como un grupo cohesionado con gran capacidad de organización propia para intervenir en las problemáticas a resolver (Ugalde, 1985). Este autor cuestiona los programas que pretenden fomentar la participación por no haber tomado en cuenta esta capacidad de organización y haber intentado organizar a la comunidad. Por otro lado, autores como Irigoyen caracterizan a la comunidad como el nivel más disperso y débil de la organización social, entendiéndola como la base de un sistema social fragmentado y por lo tanto, nivel menos pertinente desde donde participar (Irigoyen, 1994). Aquí se cuestiona la definición tradicional de participación comunitaria por eludir este aspecto. Estas dos posturas que a primera vista parecen contradecirse, pueden surgir de la misma ambigüedad de las definiciones formales de estos conceptos, que al no decir nada sobre estos aspectos, dejan la puerta abierta para hacer múltiples interpretaciones a partir de la aplicación en contextos diferentes.

El término *participación* ya es por sí mismo problemático, ya que también conlleva una gran polisemia. Un estudio de la Organización Mundial de la Salud afirma que este término es interpretado de tres maneras diferentes: como contribución (en el que la comunidad aporta trabajo o materiales), como organización (a través de estructuras que faciliten la interacción) o como empoderamiento (a través de grupos generalmente marginados organizados para el control de los programas) (OMS, 1991). Autores como Woelk (1992) u Olico-Okui (2003) afirman que a diferentes niveles y según los actores implicados el concepto de participación ha sido entendido diferencialmente durante la década que nos ocupa. Planificadores han entendido a la participación como contribución, mientras que promotores sociales lo han hecho desde una perspectiva de empoderamiento.

La vaguedad de la retórica participativa con la que los organismos internacionales han definido el término de participación comunitaria aporta aún más a la polisemia planteada. Bronfman y Gleizer (1994) realizan una revisión rescatando las diferentes formas en que se ha entendido esta idea, ellos mismos la definen como la incorporación de la población o de sectores de ella, en grados y formas variables, a alguna actividad específica relacionada con la



salud. Estos autores encuentran que bajo el mismo nombre se han incluido distintas concepciones sobre el sentido de la incorporación de la comunidad en el diseño y desarrollo de programas de salud, las que han influido posteriormente en la decisión de incluir o no esta dimensión dentro de los programas. Dentro de la posición favorable a la inclusión de la participación comunitaria encontramos concepciones diversas: algunas ven en su implementación un medio para mayores posibilidades de éxito de los programas, otras ven en la participación un fin en sí mismo, acentuando sus efectos democratizadores sobre la sociedad (Winch, 1991).

Aquellos que rechazan la implementación de prácticas de participación comunitaria cuestionan la inclusión de esta estrategia en los programas de salud por sus supuestos efectos negativos sobre la comunidad. Argumentan que la participación comunitaria sería sólo un instrumento para legitimar al poder, ejercer control político y beneficiar intereses ajenos a los de la población.

Resulta interesante abordar cómo algunos autores incluyen a la propia posición de la OMS expresada en la declaración de Alma Ata dentro de la concepción que toma a la participación como un medio que brinda mayores posibilidades de éxito a los programas. Así concebida, la participación comunitaria deviene en una estrategia para maximizar la accesibilidad y disponibilidad de los servicios. Esta concepción de la participación comunitaria como herramienta se piensa a sí misma como social y políticamente neutra. Los autores afirman que al dar todo el peso a la dimensión sanitaria, no se toma en cuenta los efectos del programa sobre las dimensiones políticas y sociales relevantes para la comunidad (Bronfman y Gleizer, 1994). Estas concepciones que parecen formalmente neutras, presentan consecuencias sociales y políticas en la distribución de poder dentro de la comunidad, lo que nos lleva a plantearnos un núcleo central de discusión.

La relación invisibilizada entre participación y poder

Desde una perspectiva foucaultiana, se puede afirmar que el mismo concepto de comunidad como masa compacta y homogénea de intereses e inquietudes compartidas no deja ver que dentro de todo grupo humano existen focos de poder que se expresan en diversos modos de relación, conformando una compleja trama de poder microscópico y capilar (Foucault, 1980). Esta compleja trama es la que caracteriza más fielmente la realidad comunitaria que se pone en juego en las acciones participativas concretas, invisibilizada en los enunciados formales.



Desde otra perspectiva, Bronfman y Gleizer (1994) afirman que la participación nunca es absolutamente neutra, ni puede ser abstraída del contexto en el que tiene lugar; siempre tiene algún efecto sobre la estructura social de la comunidad, su organización y su capacidad de acción. Por otro lado, Irigoyen (1994) afirma que todo proceso de participación modifica la distribución de poder político existente, aspecto crucial que no aparece contemplado en la formulación teórica de estrategias, y luego se lo concibe como un obstáculo a la hora de su aplicación. Aún tomando diferentes concepciones teóricas, los autores consultados sobre este tema concuerdan en que desde las primeras formulaciones no se ha tomado en cuenta que la participación comunitaria está íntimamente ligada a las ideas de poder, autoridad y legitimidad. Las definiciones tradicionales eluden estos importantes aspectos, quedando en la mayoría de las ocasiones ocultos los intereses y objetivos propios de los actores implicados, además de los conflictos y luchas de focos de poder internos a la propia configuración de la trama de poder comunitaria (Foucault, 1980).

Brownlea (1987) advierte que es imprescindible tomar en cuenta en estas conceptualizaciones a los actores implicados, sus características y qué intereses están en juego. Esto nos dirige al problema de la existencia de una gran inequidad en la posibilidad de participación efectiva, contraria al espíritu de APS que propone un acceso más equitativo a los servicios de salud a través de la participación. La retórica participativa oficial no toma en cuenta que no todos los grupos dentro de una comunidad están posicionados de forma similar ante la posibilidad de participación. Brownlea afirma que siempre se encuentran grupos no consultados ni movidos a la participación, y que esto se debe más a razones ideológicas y de intereses políticos que a impedimentos técnicos. Paradójicamente, muchas veces la implementación de la estrategia participativa en salud termina reproduciendo y hasta acentuando las desigualdades existentes, paradoja que parte de la idealización teórica de esta estrategia. Stone por su parte, afirma que las diferentes formas de interpretar el significado de la participación comunitaria muchas veces representa los puntos de vista de diferentes grupos implicados, los que surgen debido a un acceso diferencial de poder y estatus entre estos grupos, reflejando intereses estructurales de poder a tener en cuenta (Stone, 1992). La falta de abordaje de esta importante dimensión por parte de los organismos que han dado a luz los conceptos aquí tratados nos sitúa ante nuevas evidencias del distanciamiento entre la retórica participativa sostenida en las formulaciones de políticas de salud y la compleja trama de poder que caracteriza a la realidad objeto de participación.



La participación en la década de los '90: nuevos sentidos

La participación según el Banco Mundial

Es el *Informe sobre Desarrollo Mundial 1993: Invertir en Salud* elaborado por el Banco Mundial (1993) el que signará un hito que legitimará su ubicación en el centro de la escena en lo que a políticas de salud para los países receptores de ayuda económica se refiere: América Latina casi en su conjunto (Laurel, 1995).

El fuerte proceso de reforma del sector salud, los programas de ajuste estructurales y la necesidad de legitimar la inclusión de actores del sector privado en la escena de las políticas de salud pública impulsada por el Banco Mundial, tal vez sean los aspectos que más han influido en los intentos de repensar los términos aquí tratados. Desde un nuevo paradigma que reduce el papel de Estado en la escena de las políticas públicas, se reconceptualiza el término participación en salud, dándole un nuevo sentido. El objetivo es legitimar la inclusión de poderosos actores del sector privado en la toma de decisiones en salud, muy distante al sentido de participación de la comunidad. Aquí se define a la participación como:

“El proceso mediante el cual *partes implicadas* (stakeholders) influyen y comparten el control sobre iniciativas de desarrollo, decisiones y recursos que los afectan” (Banco Mundial, 1996).

Lynn Morgan (2001) explica cómo el Banco Mundial se apropia del término participación, dejando en claro que no se trata de una participación popular sino de *partes implicadas*, actores con poder, quienes podrían potencialmente oponerse u obstaculizar la viabilidad de proyectos, si es que éstos no los incluyen de alguna manera.

De esta forma, se desplaza el acento fuertemente ubicado durante la década anterior en la necesidad de participación de la comunidad, a la necesidad de Participación de *stakeholders*. Elisabeth Jelin (1998) plantea que lo más evidente pero menos explícito aquí es que esta formulación legitima relaciones de poder, que según este modelo quedan en manos de las organizaciones con poder previo dentro de la comunidad.

Sorprendentemente, el discurso participativo que acompaña estas formulaciones conserva la definición de comunidad del período anterior, concibiéndola como un grupo que comparte necesidades sentidas e intereses comunes (Banco Mundial, 1995a).



Nuevos sentidos otorgados

Con la llegada de los programas de ajuste a la región, la idea de participación comunitaria pasó a constituir una suerte de panacea de los programas de salud. Todo programa comenzó a incluir el término participación, sin encontrar una unidad de sentido. La participación comunitaria en este caso se ubica en el contexto de las transformaciones del Estado, en particular en relación a su proceso de reducción y cambio de las responsabilidades del mismo.

Según la bibliografía consultada, en este contexto la participación es utilizada muchas veces como legitimador de privatización (Briceño-León, 1998). De Soto (1987) caracteriza todo un proceso de participación que, en la práctica, ha sido un proceso de privatización de los servicios de salud, con la injerencia de la empresa privada o de organizaciones no-gubernamentales para gestionar y ejecutar tareas que antes eran asunto exclusivo del Estado y la inclusión de la comunidad a través de ellas. La manera de realizarlo es completamente distinta cuando se trata de una ONG o de una empresa privada, pero el procedimiento implica un proceso de privatización similar de las responsabilidades y ejecuciones y, en ambos casos, se considera que existe participación de la comunidad.

A estos nuevos sentidos en la década de los '90 se le agregaría uno, al que Chambers describe como el *valor cosmético* de la participación, el que permitiría a través del uso del término participación comunitaria, que cualquier propuesta se vea bien (Chambers, 1995). Esto ha provocado que la participación se convierta en un personaje regular del discurso internacional en salud, como elemento esencial de diferentes programas financiados internacionalmente. Por otro lado, la participación de la comunidad ha sido un slogan de los procesos de democratización crecientes que han tenido lugar en todo el continente a lo largo de este período.

Incorporación de nuevos términos e ideas

A partir de este nuevo contexto y en un intento de reducir la ambigüedad conceptual, se introducen nuevos términos para referirse a la participación de la comunidad en las políticas de salud, los que pretenden complementar o reemplazar a los clásicos términos sin lograrlo, ya que nuevos y viejos conceptos terminan por usarse indistintamente. Por otro lado, la legitimación de la incorporación de actores privados en el ámbito de la salud pública obliga a redimensionar el discurso participativo, sus componentes y mecanismos de acción. De esta



forma se crea una nueva retórica que en algunos puntos se superpone al discurso de *Salud para Todos* originado en Alma Ata.

En respuesta a esta problemática, tanto OMS como OPS han intentado introducir nuevos conceptos. Zacus, en una revisión terminológica que comprende la década de los noventa, afirma que no sólo se han incluido los términos de participación social (aportado por OPS) e intervención de la comunidad en salud (aportado por OMS), sino que se habla de participación pública, participación ciudadana, participación de los pobres, etc. (Zacus y Lysack, 1998). Por otro lado, los pequeños y medianos proyectos rurales, ahora sostenidos muchas veces por ONGs, siguen perpetuando el sentido primigenio de participación y comunidad (Banco Mundial, 1995b), quedando irresueltas las dificultades intrínsecas a estas definiciones puestas de manifiesto a lo largo de la década anterior.

Generalmente dentro de los programas de ONGs pensados para poblaciones rurales, indígenas o sectores específicos desfavorecidos de poblaciones urbanas, se contempla a la comunidad todavía como masa homogénea de intereses compartidos asentados en una zona geográfica determinada, también se introduce a la participación tal como fue pensada en la propuesta de Atención Primaria de Salud. Sin embargo y como se menciona anteriormente, la propia inclusión de las ONGs como actores en salud pública responde a otro paradigma sustentado por otro discurso, que incluye la participación de estas organizaciones y la intervención de la comunidad a partir de ellas. Esta forma de concebir a la participación convive con los nuevos términos que se corresponden a la complejización de la vida urbana, creándose en el uso de la terminología una doble retórica rural-urbano, sin referencias claras y límites precisos, manteniendo y multiplicando la ambigüedad de esta polisemia.

Desarrollos conceptuales y controversias en el nuevo milenio

Con la cumbre del Milenio (Naciones Unidas, 2000) se inaugura un nuevo contexto de alianzas entre organismos internacionales de salud y financiadores, junto a informes macro que articulan economía y salud. Varias son las nuevas tendencias en lo que al discurso participativo en salud se refiere. Si bien el término participación se encuentra cada vez más difundido, desarrollado y redimensionado; el concepto de comunidad ha dejado de utilizarse en tanto concepto útil y operativo, aunque muchas veces se lo mencione. El enfoque tecnocrático-selectivo imperante, traslada el acento desde estrategias de *Salud para Todos* cuyo objeto era la comunidad en su conjunto a estrategias costo-efectivas puntuales cuyo objeto son segmentos específicos de la población.



Dos son las nuevas líneas de desarrollo conceptual en lo que a participación se refiere, desarrolladas principalmente por el Banco Mundial, pero consensuadas por las otras agencias implicadas:

Por un lado, nos encontramos con la participación de los pobres y desaventajados entendida como:

“Proceso mediante el cual los segmentos más pobres de la población son escuchados y consultados, aumentando su capacidad de influir en la toma de decisiones y de ejercer control sobre la distribución equitativa de los servicios de salud.” (Banco Mundial, 2000)

Partiendo de la idea de empoderamiento de los sectores más desaventajados de la población como una estrategia esencial para reducir la pobreza, se incluye a la participación como uno de sus elementos. Se afirma que desde esta perspectiva se concibe a los pobres (como son llamados por el discurso bancomundialista) como co-productores con autoridad y control sobre decisiones políticas y recursos financieros. Esto formaría parte de una política focalizada, donde ya no se toma a la comunidad como sujeto de participación desde una perspectiva integral, sino a sectores de la misma con objetivos específicos.

Zeledón y Noé (2000) hacen mención a los obstáculos para el desarrollo de la participación en el sector de la salud, entre los que incluyen a la precariedad con que los mecanismos de control existentes reconocen la diversidad social y recogen la opinión de las minorías o de los sectores más marginados. Los países de América Latina y el Caribe se caracterizan por ser sociedades segmentadas, en las cuales un amplio porcentaje de la población cuenta con escasos recursos, poca información y poca capacidad de elección. Poco se dice de las formas en que se podría lograr la participación de los pobres, omisión que recrea este discurso cosmético y desresponsabiliza a las políticas y acciones que sostienen dicha pobreza. Parecería poco viable y ético el pedir a los pobres (si es que tal categoría fuera válida) que controlen la distribución equitativa de servicios de salud mientras se vulneran muchos de sus derechos básicos. Por otro lado, con la participación real de estos sectores de la población se operaría una transformación en las relaciones de poder antes planteadas, algo no explicitado en la formulación de políticas.

En la segunda línea de desarrollo conceptual nos encontramos con la idea de *participación ciudadana*, concepto totalmente renovado que afirma que una sociedad democrática la ciudadanía consiste en el derecho de las personas a definir las reglas del juego, los derechos y las obligaciones y a contar con mecanismos que garanticen que estos derechos se hagan efectivos (Zeledón y Noé, 2000). Conceptualmente cambia el abordaje que se hace de la idea de participación, entendiéndola como mecanismo de control ante el sistema de salud.



A partir del concepto de ciudadanía, se modifica la idea de participación de la población en las políticas de salud, asociándose frecuentemente a la representatividad a través de organizaciones o partidos políticos (Labra, 2002). Se asocia participación a la ejecución de acciones de control por parte de los ciudadanos sobre la administración y gestión estatal, se espera que la voz de la gente sea escuchada y respondida. Ya no se piensa a la participación como la posibilidad de realizar un proceso conjunto, interviniendo en las diferentes instancias de decisión y ejecución de programas y políticas. De lo que se trata aquí es de generar la idea de un control ciudadano sobre los servicios del Estado ejercido desde mecanismos participativos. En muchos casos se hace referencia a la necesidad de esta participación para enfrentar supuestos problemas de corrupción que presentan los servicios públicos en los países pobres (Figueroa Pedraza, 2002).

Por otro lado, el *valor cosmético* del concepto de participación comunitaria al que hacía referencia Chambers en la década de los noventa, se ha multiplicado en los últimos años. Curiosamente, a pesar del cambio conceptual operado en el discurso participativo oficial, Jean-Philippe Platteau (2002) afirma que organizaciones, agencias financiadoras y otras instituciones implicadas en la consecución de proyectos de salud han adoptado rápidamente el discurso participativo mezclando definiciones, visiones modernas y clásicas de comunidad, ciudadanía, etc. Así se da por supuesto un consenso terminológico inexistente en la práctica, lo que provoca que en cada programa se justifiquen acciones diversas en pro de una supuesta participación de la comunidad. Esta confusión también es propiciada por los mismos organismos financiadores, que abogan por una retórica participativa cada vez más confusa, lo que se complejiza más en ámbitos rurales en los que se perpetúa la idea de comunidad como unidad culturalmente homogénea y diferenciada (Stone, 1992). Se profundiza así una falta de concordancia entre la forma de concebir a la comunidad y su participación y las características concretas de la realidad comunitaria.

Nuevos movimientos sociales como actores de la participación

Durante los últimos años en América Latina la participación ha emergido como movilización popular espontánea cuando la sociedad no se siente escuchada o representada. Muller (2001) afirma que se ha generado una nueva forma de participación, no como iniciativa del gobierno o de ONGs, sino como reacción local a las condiciones de vida desesperantes, una estrategia de supervivencia que encuentra expresiones en ollas populares, programas de copa de leche, grupos de madres, asambleas barriales, como manifestaciones específicas de oposición a las inequidades sociales. Resulta interesante observar que, mientras los grandes



organismos internacionales discuten y se replantean sobre los conceptos, métodos y mecanismos para lograr la inclusión de la comunidad en programas y proyectos de Salud, parte de la población no encuentra estos medios de participación y generan sus propios movimientos. Aquí se visualiza hasta qué punto se mantiene una desarticulación entre retórica participativa oficial y realidad concreta. Por otro lado, en estos movimientos se evidencia un potencial organizativo que posee la propia comunidad y que, si fuera incluido y repensado en las conceptualizaciones, podría ser vehiculado hacia otros canales de participación.

Conclusiones

La revisión de la literatura sobre el concepto de participación comunitaria en salud nos permite concluir que bajo el mismo nombre se agrupan fenómenos muy heterogéneos, los que van desde la formación de líderes comunitarios como estrategia de una política de accesibilidad, hasta la participación de poderosos actores privados en el diseño de políticas.

En el devenir histórico de la retórica participativa se sostiene una vaguedad conceptual propiciada por formulaciones globales, presentadas como principios abstractos, que han permitido que históricamente bajo el rótulo de la participación comunitaria se legitimen las políticas más diversas y se realicen las actividades más dispares en múltiples contextos. Esto muestra que el supuesto consenso implícito en los enunciados de políticas y programas sobre las significaciones de la participación en salud es inexistente en la práctica.

La polisemia del concepto estudiado se expresa de formas diferentes según los diversos momentos históricos, sosteniendo una retórica cada vez más desajustada a las realidades locales. Sin embargo, el discurso participativo ha sido bien recibido y ampliamente difundido desde sus orígenes, ya que la enunciación de su aplicación por parte de los actores locales permitía obtener recursos adicionales y sostener un discurso pseudo democratizante, lo que se ha dado en llamar el sentido cosmético de la participación. Este sentido ha sido útil también en la legitimación de políticas de ajuste en contextos de fuerte crisis económica en toda la región.

Con la creación de una nueva retórica participativa que tiene lugar en los más generales documentos oficiales de las organizaciones internacionales implicadas en el direccionamiento de las políticas públicas en salud a partir de la década de los '90, se opera una confusión conceptual caracterizada por:

1. Se perpetúa el discurso participativo original tomado de APS, con las definiciones de comunidad y participación comunitaria de fines de los años setenta.



2. Se intenta incorporar los conceptos e ideas supuestamente más modernas (impulsados por el Banco Mundial) que serían más acordes a sociedades en procesos acelerado de modernización y desarrollo.
3. Se superponen o mezclan ambos discursos, utilizándolos indistintamente, suponiendo un consenso sobre el sentido de los términos implicados, el cual es inexistente en la práctica.
4. Se opera una división conceptual urbano-rural implícita, adoptando el discurso participativo moderno en contextos urbanos y aquel impulsado en Alma Ata para realidades rurales o marginales.

Aquí podemos observar cómo los conceptos de comunidad y participación comunitaria quedan vinculados al sentido que se le pretendió otorgar como estrategia de *Salud para Todos* durante la década de los setenta, y cómo a través de los años se van mezclando y confundiendo con otros conceptos que el discurso participativo oficial pretende imponer desde otros paradigmas. En diferentes ámbitos se siguen utilizando los mismos conceptos de forma acrítica y sin llegar a un consenso real sobre su significación, lo que es un obstáculo en sí mismo a la posibilidad de generar prácticas participativas.

Un núcleo de discusión central que se evidencia en este recorrido histórico es el referente al poder. En las formulaciones conceptuales presentes en el diseño de políticas de salud se invisibiliza la relación entre participación y poder. Como se dijo anteriormente, la participación comunitaria no es un concepto neutro en este sentido, sino que está íntimamente ligado a las ideas de poder, autoridad y legitimidad en una compleja y dinámica trama social, con múltiples actores que representan intereses y objetivos diversos. Esta omisión presente en los documentos oficiales no parece ser inocente ni neutra ya que, muchas veces representa intereses de algunos de los actores implicados, y muchas veces la implementación de la estrategia participativa en salud termina reproduciendo y hasta acentuando las desigualdades existentes.

A partir de este análisis, considero que la vía más apropiada en la resolución de esta compleja problemática no consiste en desechar los términos de comunidad y participación comunitaria por su polisemia y reemplazarlos por otros términos con las mismas características, sino redimensionar estos términos conceptual y éticamente, tanto en su formulación como en su aplicación, contemplando características más realistas y concretas en sus definiciones. No es el objetivo de este trabajo redefinir estos conceptos, pero sí realizar un primer aporte en esa dirección

En perspectiva hacia investigaciones futuras, sería necesario partir de la premisa de que la comunidad es una idea compleja, difícil de definir y aprehender en sí misma. Representa un



colectivo humano con múltiples interacciones, con diversidad de intereses y relaciones de poder, reproduciendo asimetrías. Al ser heterogénea, sus características pueden diferir en cada caso, dependiendo de múltiples factores. Resulta imprescindible emprender investigaciones que delimiten estos factores y características, y cómo repercuten en los procesos participativos en salud.

Es necesaria una redimensión ética de la participación comunitaria, que permita situarla como estrategia de acciones concretas, correspondiente a una voluntad política real de transformación, dejando de ser una mera retórica democrática. Resulta necesario desarrollar aproximaciones conceptuales que puedan relacionarse con contextos sociales específicos y abordarlas concretamente a la hora de diseñar los lineamientos que estas políticas deberán seguir en lo que a participación comunitaria en salud se refiere.



Bibliografía

- Anduiza Perea, E; Crespo, I; Mendez Lago, M. (1999). Metodología de la Ciencia política. *Cuadernos Metodológicos n° 28*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Banco Mundial (1993). *Informe sobre desarrollo mundial: Invertir en Salud*. Nueva York: Oxford University Press.
- Banco Mundial (1995a). Designing Community based Development. *Social Development Papers* (7). Obtenida en mayo 2004 de <http://www-esd.worldbank.org/html/esd/env/publicat/dpapers/dp296.htm>
- Banco Mundial (1995b). Participation and Indigenous People. *Social Development Notes* (8). Obtenida en mayo 2004 de: <http://www-esd.worldbank.org/html/esd/env/publicat/dnotes/dn4000.htm>
- Banco Mundial (1996). *Reflections from the Participatory Sourcebook*. Obtenida en mayo 2004 de <http://www-esd.worldbank.org/html/esd/env/pub.htm>
- Banco Mundial (2000). *The World Bank Participation Sourcebook*. Obtenida en mayo 2004 de <http://www-esd.worldbank.org>
- Bang, C. (2004). *Las ideas de Comunidad y Participación Comunitaria en las Políticas Públicas de Salud para América Latina: perspectiva histórica de actores y procesos implicados a partir de la necesidad actual de una redimensión conceptual*. Tesis de Maestría en Salud Pública Internacional. Madrid: Instituto de Salud Carlos III.
- Briceño-León R. (1998). El contexto político de la participación comunitaria en América Latina. *Cadernos de Saúde Pública*, 14 (Suppl 2), 141-147.
- Bronfman M. y Gleizer M. (1994). Participación Comunitaria: ¿necesidad, excusa o estrategia? O de qué hablamos cuando hablamos de Participación Comunitaria. *Cadernos de Saúde Pública*, 10 (1), 111-122.
- Brownlea, A. (1987). Participation: Myths, Realities and Prognosis. *Social Science and Medicine*, 25 (6), 605-14.
- Chambers, R. (1995). *Paradigm shifts and the practice of participatory research and development: theory and practice*. London: Intermediate Technology Publications.
- Dahl, R. (1983). *Análisis Político Actual*. Buenos Aires: Eudeba.



- De Soto, H. (1987). *El otro Sendero*. Bogotá: Editorial Oveja Negra.
- Figueroa Pedraza, D. (2002). Participación Comunitaria y Salud. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 3 (2), 54-9.
- Flores W, Ruano A. (2009). *Atención Primaria en Salud y Participación Social: Análisis del contexto histórico en América Latina, de los desafíos actuales y las oportunidades existentes*. Documentos de Discusión del CEGSS No.2 Guatemala: Centro de Estudios para la Equidad y Gobernanza en los Sistemas de Salud.
- Foucault, M. (1980). *La verdad y las formas jurídicas*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Fracasso, L. (2000). Planificación Comunitaria y Participación en los procesos de decisión: Categorías de Análisis y argumentos. *Revista Bibliográfica de Geografía y Ciencias Sociales*, Vol. 5 (216), 1138-1145.
- Irigoyen, J. (1994). *Nuevas Perspectivas en APS, revisión de la aplicación de los principios de Alma-Ata*. Madrid: Ediciones Días de Santos.
- Jelín, E. (1998). Tras una cultura de Participación: desafío para una sociedad más equitativa. En: S. Alvarez, E. Dagnino, A. Escobar (Eds.), *Cultures of politics, politics of cultures* (pp. 405-414). Boulder: Westview Press.
- Labra, M. (2002). Capital Social y consejos de Salud en Brasil. ¿Un círculo virtuoso? *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (Suplemento), 47-55.
- Laurell, A. C. (1995). La Salud: de Derecho Social a Mercancía. En A. C. Laurell, *Nuevas Tendencias y alternativas en el sector salud* (pp. 9-31). México: Fundación Friedrich Ebert.
- Morgan, L. (2001). Community participation in Health: perpetual allure, persistent challenge. *Health Policy and Planning*, 16 (3), 221-230.
- Naciones Unidas. (2000). *Declaración del milenio*. Nueva York: Editor.
- Muller, F. (2001). *Pobreza, participación y salud: casos latinoamericanos*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.
- Organización Mundial de la Salud [OMS], (1991). Community involvement in health development: Challenging Health Services. *Technical report series*, (809). Ginebra: OMS.



- Organización Mundial de la salud [OMS] y Organización Panamericana de Salud [OPS], (2005). *Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas*. Washington: OMS/OPS.
- Organización Mundial de la salud [OMS] y UNICEF. (1978). Alma-Ata 1978: Atención primaria de salud. *Salud para Todos* (1). Ginebra: OMS/UNICEF.
- Olico Okui, L. (2003). *Community participation: an abused concept?* Uganda: Makerere University_Institute of Public Health.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS], (1981). *Informe cuatrienal 1978-81 y anual 1981*. Washington DC: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS], (2005) *Atención Comunitaria a Personas con Trastornos Psicóticos*. Washington: OPS.
- Platteau, J. (2002). *Rushing to Help the Poor Through Participation May Be Self-Defeating*. Bélgica: Centre for Research on the Economics of Development (CRED).
- Rifkin, S. (1986). Lessons from community participation in Health programmes. *Health Policy and Planning*, 1 (3), 240-9.
- Stone, L. (1992). Cultural Influences in Community Participation in Health. *Social Science and Medicine*, 35 (4), 409-17.
- Ugalde, A. (1985). Ideological dimensions of Community Participation in Latin American Health Programs. *Social Science and Medicine*, 21 (1), 41-53.
- Valles, M. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Winch, P. (1991). *Community Participation in the Control of vector-Borne Diseases in Latin America*. Trabajo presentado en el Annual Meeting of the American Mosquito Control Association, Louisiana. 16 al 21 de marzo, 1991.
- Woelk, G. (1992). Cultural and Structural Influences in the Creation of and Participation in Community Health Programmes. *Social Science and Medicine*, 35(4), 419-24.
- Zacus D, Lysack C. (1998). Revisiting Community Participation. *Health Policy and Planning*, 13(1), 1-12.
- Zeledón C, Noé M. (2000). Reformas del sector salud y participación social. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8(1/2), 99-104.



Notas

El presente trabajo se enmarca en el proyecto de investigación UBACyT: "Accesibilidad y dignidad en la atención en servicios de salud mental de Ciudad de Buenos Aires y conurbano bonaerense en el periodo 2002-2010: subjetividad, representaciones de derechos y sistemas de atención" perteneciente al departamento de Investigaciones de la facultad de Psicología UBA dirigido por Alicia Stolkiner. Se cuenta con el consentimiento de la directora del proyecto para la publicación del presente artículo.

La investigación presentada en este artículo ha sido parte de una investigación anterior de la autora presentada como Tesis de Maestría en Salud Pública Internacional, financiada con una beca MAE-AECI de la Agencia Española de Cooperación Internacional. Se expone parte del marco teórico de una investigación doctoral en curso financiada con una Beca Doctoral Tipo I otorgada por el CONICET.

A partir de lo anteriormente formulado, se declara la inexistencia de potenciales conflictos de interés.