

Participación social ¿para qué?



Eduardo L. Menéndez
Hugo Spinelli
(coordinadores)

SERIE SALUD COLECTIVA

El médico y la medicina: autonomía y vínculos de confianza en la práctica profesional del siglo XX
Lilia Blima Schraiber, 2019

Gobernantes y gestores: las capacidades de gobierno a través de narrativas, puntos de vista y representaciones
Hugo Spinelli, Jorge Arakaki, Leonardo Federico, 2019

Morir de alcohol: saber y hegemonía médica
Eduardo L. Menéndez, 2020

Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias
Patrizia Quattrocchi, Natalia Magnone (comp.), 2020

Pensar en salud
Matio Testa, 2020

Adiós, señor presidente
Carlos Matus, 2020

Método Paideia: análisis y gestión de colectivos
Castão Wagner de Sousa Campos, 2021

Gestión en salud: en defensa de la vida
Castão Wagner de Sousa Campos, 2021

Desafíos para la salud colectiva en el siglo XXI
Jairnilson Silva Paim, 2021

Estado sin ciudadanos: seguridad social en América Latina
Sonia Fleury, 2021

Teoría del juego social
Carlos Matus, 2021

La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad
Luis David Castiel, Carlos Álvarez-Dardet, 2021

Salud: cartografía del trabajo vivo
Emerson Elías Merhy, 2021

Sentir, jugar, hacer pensar: la acción en el campo de la salud
Hugo Spinelli, 2022

Saber en salud: La construcción del conocimiento
Matio Testa, 2022

El líder sin estado mayor: la oficina del gobernante
Carlos Matus, 2022

La historia de la salud y la enfermedad interpelada: Latinoamérica y España (siglos XIX-XXI)

Gustavo Vallejo, Marisa Miranda, Adriana Álvarez, Adrián Carbonetti, María Silvia Di Liscia, 2022

Precariedades del exceso: Información y comunicación en salud colectiva
Luis David Castiel, Paulo Roberto Vasconcellos-Silva, 2022

Estrategias de consumo: qué comen los argentinos que comen
Patricia Aguirre, 2023

La planificación en el laberinto: un viaje hermenéutico
Rosana Onocko Campos, 2023

El recreo de la infancia: Argumentos para otro comienzo
Eduardo Bustelo, 2023

De hierro y flexibles: Marcas del Estado empresario y consecuencias de la privatización en la subjetividad obrera
María Cecilia de Souza Minayo, 2023

Dispositivos institucionales: Democracia y autoritarismo en los problemas institucionales
Gregorio Kaminsky, 2023

Pensamiento estratégico y lógica de programación: El caso salud
Matio Testa, 2023

Epidemiología en la pospandemia: De una ciencia tímida a una ciencia emergente
Naomar de Almeida Filho, 2023

Trabajo, producción de cuidado y subjetividad en salud
Túlio Batista Franco, Emerson Elías Merhy, 2023

Teoría social y salud
Roberto Castro, 2023

SERIE CLÁSICOS

Política sanitaria argentina
Ramón Carrillo, 2018

Medicina del trabajo al servicio de los trabajadores
Instituto de Medicina del Trabajo, 2019

Geopolítica del hambre: Ensayo sobre los problemas de la alimentación y la población del mundo
Josué de Castro, 2019

La salud mental en China
Gregorio Bermann, 2020

La enfermedad: Sufrimiento, diferencia, peligro, señal, estímulo
Giovanni Berlinguer, 2022

Natural, racional, social: razón médica y racionalidad científica moderna
Madel T. Luz, 2022

Hospitalismo
Florencio Escardó, Eva Giberti, 2022

SERIE TRAYECTORIAS

Vida de sanitarista
Mario Hamilton, 2021

SERIE DIDÁCTICA

Teorías dominantes y alternativas en epidemiología
Marcelo Luis Urquía, 2019

Método Altadir de planificación popular
Carlos Matus, 2021

Búsqueda bibliográfica: Cómo repensar las formas de buscar, recopilar y analizar la producción científica escrita
Viviana Martinovich, 2022

pensar-escribir-pensar: Apuntes para facilitar la escritura académica
Martín Domecq, 2022

Investigación social: Teoría, método y creatividad
María Cecilia de Souza Minayo (organizadora), Suely Ferreira Deslandes, Romeu Gomes, 2023

Introducción a la epidemiología
Naomar de Almeida Filho, María Zélia Rouquayrol, 2023

SERIE INFORMES TÉCNICOS

Salud en cárceles: Informe de auditoría de la situación sanitaria en el Servicio Penitenciario Bonaerense, 2013-2014
Instituto de Salud Colectiva, 2020

Participación social, ¿para qué?

*Eduardo L. Menéndez
Hugo Spinelli
(coordinadores)*



Secretaría de Investigación y Posgrado

Participación social, ¿para qué? / Eduardo L. Menéndez ... [et al.] ; Compilación de Eduardo L. Menéndez ; Hugo Spinelli. - 1a ed - Remedios de Escalada : De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2024.
Libro digital, PDF - (Cuadernos del ISCo / Hugo Spinelli ; 43)

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-987-8926-57-5

1. Estudios Sociales. 2. Sociología. 3. Antropología. I. Menéndez, Eduardo L., comp. II. Spinelli, Hugo, comp.
CDD 303.4

Colección *Cuadernos del ISCo* Serie *Salud Colectiva*

Dirección científica: *Hugo Spinelli*
Dirección editorial: *Viviana Martinovich*
Edición ejecutiva: *Jorge Arakaki, Ignacio Yannone*
Coordinación editorial de esta obra: *Carina Pérez*
Ilustración de tapa e interiores: *Komarova Anastasiia*
Digitalización del texto: *Guillermo Eisenacht*
Corrección de estilo: *Santiago Basso*
Diagramación: *Martina Florio*

Primera edición en español: *Lugar Editorial, 2006*

© 2024, Eduardo L. Menéndez, Hugo Spinelli
© 2024, EDUNLa Cooperativa

ISBN 978-987-8926-57-5
DOI: [10.18294/9789878926575](https://doi.org/10.18294/9789878926575)

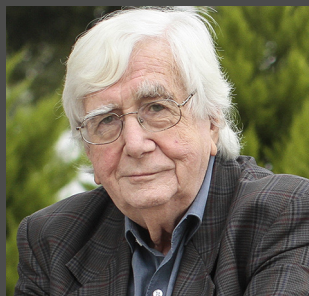
EDUNLa Cooperativa
Edificio "José Hernández", 29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada, Buenos Aires, Argentina
Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5727
edunla@unla.edu.ar

Instituto de Salud Colectiva
Edificio "Leonardo Wertheim", 29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada, Buenos Aires, Argentina
Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5958
<http://cuadernosdelisco.unla.edu.ar>



Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-Compartir Igual 4.0. Las autoras y los autores conservan sus derechos autorales y les permiten a otras personas copiar y distribuir su obra siempre y cuando reconozcan la correspondiente autoría y no se utilice la obra con fines comerciales.





Eduardo L. Menéndez (coordinador)

Es doctor en Ciencias Antropológicas, investigador y profesor emérito del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) de México y coordinador del Seminario Permanente de Antropología Médica (SPAM). Recibió el título de Doctor Honoris Causa por la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona, España (2009); por la Universidad Nacional de Rosario (2015) y por la Universidad Nacional de Lanús (2023), ambas de Argentina. Su trayectoria de investigación se centra en la epidemiología cultural y el proceso de salud, enfermedad y atención; el desarrollo teórico de los materiales etnográficos; el alcoholismo y las relaciones con la violencia en México, así como la problemática de la antropología del siglo XX. Su prolífica producción de artículos, capítulos y libros lo consagran como uno de los principales exponentes de la antropología médica de Latinoamérica. Entre los libros publicados en Cuadernos del ISCo se encuentran: *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica* (2020) y, entre sus artículos publicados en la revista científica *Salud Colectiva*, se destacan “El modelo médico y la salud de los trabajadores” (2005); “De racismos, esterilizaciones y algunos otros olvidos de la antropología y la epidemiología mexicanas” (2009); “Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias” (2020); “Consecuencias, visibilizaciones y negaciones de una pandemia: los procesos de autoatención” (2020); “Orígenes y desarrollo de la medicina tradicional: una cuestión ideológica” (2022); “De los usos pragmáticos de la medicina tradicional por parte del sector salud a las exclusiones ideológicas de las orientaciones antropológicas: el caso mexicano (1930-2022)” (2022); “De omisiones especializadas: la biomedicina como parte intrínseca de la vida de los pueblos originarios” (2023), entre otros.



Hugo Spinelli (coordinador)

Es doctor en Salud Colectiva por la Universidad Estadual de Campinas, Brasil. Entre 1994 y 1995 residió en Nicaragua, donde trabajó como consultor internacional en diferentes programas de la Organización Panamericana de la Salud. En 1997, junto a Leonardo Werthein, creó la Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud, en la Universidad Nacional de Lanús y, años más tarde, la Carrera de Especialización en Gestión en Salud y el Doctorado en Salud Colectiva, siendo director de las tres carreras. Entre los años 1993 y 2017, dirigió la colección de libros *Salud Colectiva*, editados por Lugar Editorial, con 60 títulos publicados. Desde el año 2005, dirige la revista científica *Salud Colectiva* y, desde 2018, dirige también la colección de libros digitales Cuadernos del ISCo, con 42 títulos publicados. Es autor de más de 70 artículos en revistas científicas, 8 libros y 19 capítulos en libros. Entre sus libros más recientes, se encuentran: *Sentirjugarhacerpensar: la acción en el campo de la salud* (2022), *Gobernantes y gestores: Las capacidades de gobierno a través de narrativas, puntos de vista y representaciones* (2019), en coautoría con Jorge Arakaki y Leonardo Federico. Entre los artículos publicados en la revista científica *Salud Colectiva*, se destacan: “Las dimensiones del campo de la salud en Argentina” (2010); “El proyecto político y las capacidades de gobierno” (2012); “Volver a pensar en salud: programas y territorios” (2016); “Máquinas y arte-sanos” (2018); “Planes y juegos” (2019); “Construir una nueva hegemonía institucional en el campo de la salud” (2020); “Estudios de ecología de la atención médica: análisis comparado en dimensión histórica, 1928-2018” (2023, en coautoría con Andrés Trotta, Viviana Martinovich y Marcio Alazraqui); “El interés del desinterés en la epidemiología de servicios y sistemas de salud” (2023), entre otros.

Índice

Presentación <i>Hugo Spinelli</i>	9
Introducción <i>Eduardo L. Menéndez</i>	11
Capítulo 1 Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria en los programas de salud en Latinoamérica <i>Antonio Ugalde</i>	19
Capítulo 2 Las múltiples trayectorias de la participación social <i>Eduardo L. Menéndez</i>	53
Capítulo 3 Participación social en salud: las representaciones y las prácticas <i>Eduardo L. Menéndez</i>	85
Capítulo 4 Entre ideología y pragmatismo: ambigüedades y contradicciones de la participación comunitaria en salud <i>Didier Fassin</i>	121
Capítulo 5 Un acercamiento teórico a la participación comunitaria en salud <i>Antonio Ugalde</i>	149
Capítulo 6 Más allá de los mitos: La participación política de las mujeres de sectores populares en Ecuador <i>Didier Fassin</i>	171
Capítulo 7 Reflexión teórica e intervención aplicada, o de la necesidad de trabajar con nuestros presupuestos participativos <i>Eduardo L. Menéndez</i>	189



Antonio Ugalde

Es doctor en Sociología por la Universidad de Stanford y desde 2021 es profesor emérito del Departamento de Sociología de la Universidad de Texas, Austin. Desde 1981 al 2010 contribuyó como miembro de la junta de editores al *Handbook of Latin American Studies* de la Biblioteca del Congreso de EEUU con la sección sobre México. Fue miembro del cuerpo editorial de *Social Science and Medicine*, *Cuadernos Médicos-Sociales* (Argentina), *Journal of Health and Social Behavior*, *Canadian Journal of Development Studies*, *Medical Science Monitor*, *Clinical Trial Magnifier* (Hong Kong), *Pacific Sociological Review* y *Salud Colectiva* (Argentina). Ugalde ha sido también asesor de la OMS, PNUD, USAID, American Public Health Association, Banco Mundial y Canadian Institute for International Development and Cooperation en varios países de Asia y América Latina.

Como profesor invitado dictó clases y seminarios en las universidades de Pittsburgh, Autónoma de Barcelona, del País Vasco, del Valle de Colombia, Católica de El Salvador, del Pacífico de Perú y en la Escuela de Salud Pública de Andalucía. Es autor y compilador de una docena de libros como *Las farmacias, los farmacéuticos y el uso adecuado de medicamentos de América Latina* (2011); *Ética y ensayos clínicos en América Latina* (2013), entre otros. Ha publicado numerosos artículos y, entre los publicados en la revista científica *Salud Colectiva*, en coautoría con Núria Homedes, se destacan: “[La descentralización de los servicios de salud: de la teoría a la práctica](#)” (2008); “[Medicamentos para lucrar. La transformación de la industria farmacéutica](#)” (2009); “[Cuatro palabras sobre ensayos clínicos: ciencia/negocio, riesgo/beneficio](#)” (2011); “[Ensayos clínicos en América Latina: implicancias para la sustentabilidad y seguridad de los mercados farmacéuticos y el bienestar de los sujetos de investigación](#)” (2016); “[El ciclo de los medicamentos: su impacto en el acceso y el uso adecuado](#)” (2015); “[Desigualdad en el acceso a las vacunas: el fracaso de la respuesta mundial a la pandemia de COVID-19](#)” (2022, en coautoría con Fernando Hellmann y Núria Homedes), entre otros.



Didier Fassin

Es médico, antropólogo y sociólogo, profesor de Ciencias Sociales en el Instituto de Estudios Avanzados de la Universidad de Princeton y director de estudios en la Escuela de Altos Estudios en Ciencias Sociales de París. Máster en Epidemiología y en Salud Pública, fue docente de dichas disciplinas en la Universidad Pierre y Marie Curie de París. Desde 2010 es profesor invitado en la Universidad de Princeton y desde 2013 profesor honorario en la Universidad de Hong Kong. En 2007, recibió en Francia la Orden de las Palmas Académicas, honor reservado para académicos y personalidades por sus méritos en los campos de la cultura y la educación y en 2016 se le otorgó en Suecia la medalla de oro de la Sociedad Sueca de Antropología y de Geografía, por su contribución científica a la antropología. Fassin dedicó sus primeras investigaciones a la antropología médica en Senegal, Ecuador y Sudáfrica, en particular, a las políticas sanitarias y las desigualdades, para luego orientarse hacia los entramados políticos y morales de las sociedades contemporáneas. Participó también de diversas actividades ciudadanas, como la fundación y dirección, en 1996, de la Unidad Villermé para las enfermedades sin amparo social o residencia documentada en Francia y la administración y vicepresidencia de Médicos Sin Fronteras, entre 1999 y 2003. Colabora ocasionalmente con los periódicos *Le Monde* y *Libération*, así como con *The Nation* y la *London Review of Books*. Entre sus obras publicadas figuran: *The Empire of Trauma: An Inquiry into the Condition of Victimhood* (2009); *Humanitarian reason: A moral history of the present* (2011); *At the heart of the state: The moral world of institutions* (2015); y *Prison worlds: An ethnography of the carceral condition* (2016).

Presentación

Hugo Spinelli

Preguntas

El concepto de participación aparece, no pocas veces, en discursos y en textos como una contraseña, que es sinónimo de práctica democrática, preocupada en resolver problemas de salud. Su vigencia es tal que se la llega a decretar por ley, confundiendo legalidad con legitimidad. La participación aparece como un valor en sí. Una vez más, los medios se anteponen a los fines. La razón instrumental sigue acumulando triunfos.

Desde hace décadas, las citas a la participación resultan infaltables en documentos y/o discursos de gobiernos, organismos internacionales y/o ONG. Pero en realidad: ¿qué se entiende por participación en salud?; ¿cuál es la pregunta que se trata de responder con su instrumentalización?; ¿la participación es un medio o un fin?; ¿cómo se articula el eslogan a nivel de la realidad?; ¿en qué se piensa cuando se habla de participación?; ¿para qué sirve?; ¿a quiénes sirve?; ¿qué se produce?; ¿participación como discurso o como acción?; ¿es más que un tema infaltable en mesas redondas, libros y conferencias?; ¿qué se reproduce?; ¿hay correlación entre los desarrollos ideológicos y los niveles organizacionales que se alcanzan? Demasiadas preguntas para tan pocas respuestas. Pero este es, en general, el balance de las experiencias. Lo anterior no es casual. No pocas veces las propuestas de participación operan consciente o inconscientemente con marcos conceptuales que presuponen que los pueblos tradicionales no pueden organizarse a sí mismos y que sus valores constituyen la principal limitación para las mejoras en salud.

Es así que la participación aparece como respuesta, pero se desconoce la pregunta que motiva esa respuesta. Entonces, se busca adjetivarla, apareciendo en distintos momentos y respondiendo a diferentes intereses los adjetivos de comunitaria, popular, ciudadana o social. La moda es tal, que hasta la investigación llega a postularse como participativa.

Las experiencias en participación en salud por lo general se vinculan a modelos asistencialistas (lógica de mano de obra barata—economía de costos), basados en concepciones biomédicas y sin ninguna preocupación por la auto-sustentabilidad del proyecto. Tampoco podemos caer en la ilusión de llegar a pensarla de manera idílica como el producto de la conjunción de *almas buenas*. O suponerla producto del espontaneísmo, cual si fuera un atributo natural reprimido en el proceso civilizatorio. Por ello resulta válido interrogarse acerca de: ¿cómo sería una participación *en serio*?, ¿cómo se enfrentarían las dificultades culturales, institucionales, políticas y psicológicas?

Los textos recopilados en este libro, de autores provenientes de la Sociología y la Antropología y con amplia experiencia en el tema en países de las Américas, nos permiten volver sobre las preguntas anteriores y avanzar en rumbos que obligan a pensar este concepto que, de tan usado, se ha naturalizado, y en dicho proceso perdimos la capacidad de preguntarnos el *para qué*.

Introducción

Eduardo L. Menéndez

Oakley considera que hay dos corrientes principales en la interpretación del papel de los sujetos en la participación social: una que coloca las limitaciones de las actividades participativas en ciertas características de la población, y especialmente en su falta de información; y otra que, por el contrario, cuestiona la concepción de la población como exclusivamente receptiva y pasiva. Ambas propuestas refieren a presupuestos teóricos e ideológicos diferenciales respecto de la relación sujeto/estructura;

...sin embargo, actualmente todos los conceptos de participación social coinciden en que es preciso consultar a la gente en la toma de decisiones sobre su desarrollo, permitiéndole el acceso a los recursos y conocimientos necesarios para ese desarrollo y el disfrute de los beneficios conseguidos. (Oakley, 1990, p. 2)

Quince años después, un grupo de investigadores redescubre esta propuesta al concluir que en México

...no se le ha preguntado a los pobres su opinión sobre su condición y sus problemas de manera sistemática... Un paso imprescindible para hacer a los pobres partícipes de la política pública, y no simples receptores o beneficiarios de ella, consiste en escucharlos... En escuchar sobre todo sus propuestas para alcanzar una vida más digna para ellos y sus familias. (Székely, 2005, p. 9)

Ahora bien, ¿qué significa el uso de una concepción similar por instituciones y grupos como el Banco Mundial, organizaciones no gubernamentales críticas y no críticas, una parte del movimiento feminista, las organizaciones internacionales y regionales de salud, los programas nacionales de lucha contra la pobreza? ¿Y qué significa cuando, además, Oakley define la participación

social como un proceso de adquisición de poder, en el sentido de acceso y control sobre los recursos considerados necesarios para proteger los medios de vida, y colocando el eje de las decisiones en el saber y poder locales? Por este motivo, la población no solo debe ser consultada, sino que debe intervenir en la toma de decisiones.

La definición de participación social propuesta por Oakley me parece correcta, pero si bien las definiciones son necesarias para entender de qué estamos hablando y para orientar la acción, considero que necesitamos observar qué se hace en la práctica con esas definiciones, dada la coincidencia cada vez mayor que existe entre las diferentes instituciones y organizaciones que utilizan este concepto, pese a tener orientaciones políticas, ideológicas y hasta culturales distintas y frecuentemente antagónicas, por lo menos en sus discursos.

Y una de las principales orientaciones prácticas que observamos es que la mayoría de las instituciones y organizaciones señaladas colocan gran parte de sus esfuerzos participativos en las acciones desarrolladas a nivel local. Pero ¿cuál es el papel dado a lo local y qué articulaciones se establecen respecto de las condiciones estructurales? Como sabemos, aun en las comunidades étnicas más aisladas, las decisiones tomadas por los grupos domésticos y comunitarios respecto de determinados procesos de salud/enfermedad/atención están condicionadas por la estructuración social de la realidad y por las decisiones que toma un pequeño grupo de actores que está *fuera* no solo del control económico/político sino también del saber de los grupos locales.

La toma de decisiones económico-políticas aplicadas en la mayoría de los países de América Latina a partir de la década de 1970, y en las cuales intervino un reducido grupo de actores –decisiones por lo demás consultadas a nivel internacional también con un reducido número de actores sociales–, tuvo y tiene consecuencias en esferas tan sustantivas de la vida cotidiana como el incremento de la desocupación y de la población en situación de pobreza y extrema pobreza, y el sostenido aumento de las desigualdades socioeconómicas y de la concentración de la riqueza en escasos sujetos. Y las decisiones que generaron estas consecuencias no se tomaron a nivel comunitario o barrial; más aún, la población no fue consultada, sino solo informada y después de ser aplicadas las medidas, pese a que dichas decisiones iban a afectar profundamente las condiciones de vida en el nivel local de la mayoría de la población latinoamericana.

Ajeno a las razones por las cuales fueron tomadas estas medidas de *ajuste estructural*, lo que debe asumirse tanto por los que defienden como por los que cuestionan estas medidas, es que las mismas afectan la vida cotidiana de la población a nivel local, sin que la población intervenga en la toma de decisiones que impulsaron los ajustes estructurales. Si bien los sujetos y conjuntos

sociales participan/son parte de los procesos específicos donde ocurren la desnutrición, las violencias de diferente tipo o la extrema pobreza, y se ven obligados a actuar frente a estos problemas que son parte de sus vidas locales, dichos sujetos y grupos no suelen ser los que generaron las condiciones que dan lugar a la existencia de dichos problemas.

Más aún, gran parte de su vida consiste en tratar de vivir dentro de estas condiciones, que para la mayoría de la población aparecen como anónimas o son referidas a sujetos o procesos locales a los cuales identifican como los culpables de su situación actual, de allí que a nivel local se desarrolle toda una serie de conflictos en torno a la disminución del agua para riego en localidades rurales o en torno al mercado de narcóticos barrial, que reiteradamente se dan entre miembros de las comunidades locales y que frecuentemente concluyen en episodios de violencia.

Lo señalado hasta ahora no supone desconocer que los conjuntos sociales subalternos tienen un determinado papel en el desarrollo, mantenimiento y solución de *sus* problemas de alcoholismo, malnutrición o violencias, pero este reconocimiento no debe conducir a explicar los problemas a través de la “culpabilización de la víctima” (Ryan, 1976) ni a reducir la interpretación del “descuido materno” a las características de la cultura y sujetos locales (Sheper-Hughes, 1992).

Pero, además, y lo subrayo, los sujetos a nivel local son consultados exclusivamente respecto del nivel local por la mayoría de las ONG o de los programas estatales contra la pobreza, pero no respecto de las estructuras sociales y políticas ajenas a la comunidad ni de las decisiones que toman los actores fuera de la comunidad, salvo –por supuesto– durante los períodos de elecciones políticas en los que, sin embargo, las *consultas* son cada vez más referidas a las *cualidades* de los candidatos y no a los problemas sociales específicos que viven las comunidades.

Lo que señalamos es obvio, pero las crisis de las ideologías y del pensamiento crítico condujeron paradójicamente a secundarizar o dejar de lado algunos procesos y estructuras cuyas consecuencias son decisivas para comprender los procesos locales, incluido el papel de los procesos de poder y de saber locales. Por lo cual, por lo menos, algunas obviedades necesitan ser recuperadas, para observar su real significación.

Lo que estamos señalando no debe tomarse como excepcional; por el contrario, la toma de decisiones por un pequeño sector social, y su influencia decisiva en la vida cotidiana de los conjuntos sociales, es parte de las condiciones sociales dentro de las cuales nos desarrollamos. Esta constatación no debe ser identificada con una corriente de pensamiento específica, pues ha sido señalada tanto por el marxismo y los *realistas*

políticos, como por las corrientes historicistas y funcionalistas. Lo que diverge, claramente, son las interpretaciones de un proceso que ha sido reiteradamente documentado.

La estructura social –por supuesto, a través de agentes específicos– actúa como una constante induciendo a los diferentes sujetos y grupos a generar estrategias de vida para enfrentar situaciones construidas a partir de lo que ahora se denomina “globalidad”, que en sus decisiones aparece como abstracta, pero que es concreta en sus consecuencias. Los diferentes conjuntos sociales necesitan realizar algún tipo de actividad para resolver problemáticas que pueden ser preexistentes, aunque al agudizarse –como ocurrió en los años ochenta y noventa– conducen a reformular, modificar o continuar con sus formas de vida, a través de las cuales, no obstante, siguen reproduciendo el sistema social del cual son parte.

Debemos asumir en toda su simplicidad que las denominadas estrategias de supervivencia o estrategias de vida, si bien pueden expresar la riqueza inventiva de los sujetos y conjuntos sociales subalternos para poder seguir viviendo –es decir, su papel de *agentes*–, son estrategias que, en su mayoría, suponen procesos de autoexplotación personal y social y no solo de tipo económico, generándose como respuestas a las condiciones impuestas por las decisiones tomadas por ciertos actores sociales fuera de los niveles locales.

O sea que la mayoría de la participación social en la que los sujetos y pequeños grupos gastan sus vidas, se realiza para enfrentar las consecuencias impuestas a sus vidas cotidianas por actores e instituciones ajenos a su localidad. Un claro ejemplo de ello lo constituye la continuidad del proceso migratorio, que durante gran parte del siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX fue una de las principales estrategias –para algunos autores, la más importante– a la que recurrieron los sectores sociales subalternos de gran parte de los países europeos y del denominado Cercano Oriente para *supervivir*. Estrategia que volvemos a observar en la actualidad a través de la migración masiva de latinoamericanos, asiáticos y africanos hacia países centrales. De tal manera que por lo menos una parte significativa de los sujetos y grupos participa migrando, más que intentando modificar las condiciones que tienden a explotarlos, empobrecerlos y subalternizarlos en sus países y en sus localidades.

Por lo tanto, la participación social constituye una condición necesaria de los sectores sociales subalternos para asegurar un mínimo de supervivencia. Lo señalado no supone concluir que la participación debería analizarse –y menos aún impulsarse– exclusiva o básicamente en los niveles más generales (estructurales), ya que una cosa es reconocer la sobredeterminación de los sujetos y grupos por los procesos estructurales, y otra decidir en qué nivel

debe operar más estratégicamente y con mayores posibilidades la participación social.

Nuestro análisis tampoco ignora que la población –o por lo menos una parte de los sujetos– interviene en la toma de decisiones respecto de la mayoría de los aspectos de su vida cotidiana. La gente toma la decisión de comprar determinados productos en el supermercado, de practicar determinados tipos de relaciones sexuales, de votar o no votar por un determinado candidato político. Como toma, también, la decisión de casarse, de participar en secuestros o de migrar fuera del país.

Si bien la industria químico-farmacéutica, articulada con el saber médico a nivel individual y corporativo, ha impulsado la producción y consumo de fármacos hasta convertirlos en la principal sustancia utilizada por los sujetos y microgrupos a través del proceso de autoatención y respecto de los principales y más frecuentes padecimientos, no cabe duda de que la automedicación es decidida por el sujeto y su grupo en función de varios factores que operan en esa decisión (Menéndez, 2004).

Podríamos seguir enumerando casos a través de los cuales observaríamos una articulación entre condiciones estructurales y locales en determinados procesos participativos, pero lo más importante es establecer algunas conclusiones respecto de dicha articulación. Una primera conclusión tiene que ver con el creciente reconocimiento por el sector salud y las ONG latinoamericanos, por lo menos a nivel de discurso, de la necesidad de incluir protagónicamente a los sujetos y grupos locales en las tomas de decisiones.

Si bien esta propuesta podía observarse ya durante las décadas de 1940 y 1950 en América Latina, debemos reconocer que se desarrolló, sobre todo durante los años ochenta y noventa, presentando diferentes orientaciones. Una orientación radicaliza la consideración de que toda intervención participativa sobre problemas de salud programada a nivel local debe tomar en cuenta las disposiciones negativas o positivas de la comunidad hacia el problema específico. Por ejemplo, Rootman y Moser, dos reconocidos expertos internacionales en políticas antialcohólicas, consideran que sería primordial la participación de la comunidad en los diferentes pasos de un proyecto antialcohólico que pretenda operar a nivel comunitario: “Cuando no se observa rigurosamente este principio es utópico esperar que las comunidades tomen en serio el resultado de las investigaciones y apliquen las medidas adecuadas”, y agregan:

...de poco servirá estudiar la conexión de factores y variables especiales con problemas generados por el consumo de alcohol, si estos últimos no pueden ser modificados mediante la intervención de la comunidad: el acopio de

información, el análisis de los datos y la presentación de los resultados deben destacar los factores que la comunidad está en condiciones de modificar. (Rootman & Moser, 1985, pp. 37 y 42)

Señalemos que esta propuesta fue formulada por especialistas en alcoholismo que han trabajado en diferentes contextos, y en particular en países americanos, como consultores de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y cuya propuesta explícita supone que si la comunidad no está de acuerdo en reconocer un determinado problema y actuar sobre el mismo, como ocurre en el caso del alcoholismo ya señalado, no conviene realizar investigaciones e intervenciones pues concluirán en fracasos, dado que la comunidad no participará o solo simulará hacerlo.

Otras propuestas subrayan también la necesidad de trabajar con la perspectiva de la comunidad, pero a partir de asumir que por lo menos una parte de dicha perspectiva local ha sido y sigue siendo establecida desde *fuera* de la comunidad. El consumo de marihuana o de alcohol puede ser un patrón de consumo local articulado con la vida cotidiana, incluidos rituales de reproducción cultural, pero el impulso a la producción y consumo de marihuana en la actualidad deviene en gran medida de procesos y actores sociales que operan fuera de la comunidad. En este, como en otros aspectos, debemos decidir no tanto sobre la inclusión de la perspectiva comunitaria, sino respecto de los problemas a estudiar y de la inclusión de los actores y procesos locales y no locales que intervienen en el desarrollo de dichos problemas.

Toda una serie de corrientes teóricas actuales ha concluido que gran parte de las representaciones sociales que manejamos en nuestra vida cotidiana son cada vez más producto de los medios masivos de comunicación, de tal manera que mientras ciertos autores sostienen que la realidad es parcialmente producida por dichos medios, otros consideran que prácticamente toda nuestra realidad es generada por ellos. El peso cada vez mayor de estas interpretaciones ha conducido a recuperar el papel de lo local en términos de lo vivido, de lo experimentado, de lo que potencialmente resiste los mensajes de los medios. De tal manera que puede ser que nuestras representaciones sobre la Guerra del Golfo sean producto casi exclusivo de las imágenes observadas/oídas/leídas en los medios, pero no la enfermedad concreta que padecemos o la muerte de niños por desnutrición que observamos en forma directa en nuestras comunidades, o la muerte por accidente automovilístico del mejor amigo de mi hijo. De tal manera que la vida cotidiana opera como el principio de realidad más inmediato, aunque referido exclusivamente a la vida desarrollada en términos locales.

Pero, como ya señalamos, una parte de lo que está pasando a nivel local en nuestros países latinoamericanos aparece estructurado en sus posibilidades desde fuera de las comunidades locales. Actualmente gran parte del sustento básico de las familias mexicanas, ecuatorianas o salvadoreñas depende cada vez más de las remesas de dinero que los migrantes envían desde *fuera* a sus familiares, lo cual significa que por lo menos una parte de la realidad inmediata e inclusive del contenido de las relaciones cara a cara se constituyen desde fuera, aunque a través de condiciones que articulan el *adentro* y el *afuera*. Si empleo estas palabras es para subrayar la dificultad cada vez mayor de establecer diferencias entre lo local y lo no local, entre el adentro y el afuera, e inclusive entre lo propio y lo ajeno en la esfera de la vida cotidiana, lo cual no implica desconocer las diferencias entre lo estructural y lo local, sino la necesidad de observar lo estructural a través de lo local tanto en términos de sobredeterminación, de resistencia o del tránsito cotidiano por la vida.

Reconocer que los sujetos participan a partir de su cotidianidad constituye una perspectiva decisiva para entender la racionalidad de sus prácticas; pero reducir las posibilidades de sus prácticas a dicho nivel imposibilita comprender por qué dicha racionalidad puede operar dentro de determinadas situaciones y no de otras. Más todavía, impide comprender por qué determinadas formas de participación social son frecuentemente las dominantes en el nivel local, pero tienen poco impacto en las condiciones estructurales.

Estas problemáticas, y por supuesto otras, son tratadas en los trabajos que constituyen este texto, que en su mayoría parten del análisis de situaciones concretas que en todos los casos refieren a contextos americanos, y en algunos casos a contextos específicos, como en los que toman como punto de partida a procesos participativos observados en Ecuador, México o Nicaragua. Un denominador común de estos análisis es que reflexionan teóricamente a partir de las prácticas y de los hechos, y no solo de los discursos y representaciones sobre la participación social, y que en todos los casos refieren a procesos de salud/enfermedad/atención.

Bibliografía

- Menéndez, E. L. (2004). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. En: Spinelli, H. (comp.), *Salud Colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad* (pp. 11-47). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Oakley, P. (1990). *Intervención de la comunidad en el desarrollo sanitario. Examen de los aspectos esenciales*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

- Rootman, Y. & Moser, J. (1985). *Normas para investigar los problemas relacionados con el alcohol y preparar soluciones adecuadas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Ryan, W. (1976). *Blaming the victim*. New York: Vintage Books.
- Sheper-Hughes, N. (1992). *Death without weeping: The violence of everyday life in Brazil*. Berkeley: University of California Press.
- Székely, M. (2005). Introducción. En: Székely, M. (coord.), *Desmitificación y nuevos mitos sobre la pobreza* (pp. 7-38). México: SEDESOL; CIESAS; Porrúa.

Capítulo 1

Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria en los programas de salud en Latinoamérica¹

Antonio Ugalde

Los planificadores de salud internacionales y los organismos nacionales de decisión de las políticas de salud están comenzando a incorporar el concepto de participación comunitaria en sus programas. De manera contrastante, la participación de la comunidad llegó a ser un rasgo común en los proyectos de desarrollo agrícola y en los destinados a los suburbios pobres urbanos en los años cincuenta y aún más en los sesenta. Desafortunadamente, los planificadores de salud han ignorado las lecciones emergentes de tales experiencias, y han montado con celo misionero programas de participación comunitaria. En Latinoamérica, hacia la mitad de los años setenta, la mayoría de los ministerios de salud pública organizaron elaborados programas de participación comunitaria, y en muchos países divisiones de participación comunitaria se agregaron a los cuadros organizacionales de los ministerios. Las similitudes entre los programas de participación comunitaria en Latinoamérica han sido señaladas por Werner:

Existen sorprendentes similitudes en la forma y los detalles estructurales de muchos de estos diferentes programas de salud gubernamentales, es sorprendente también que casi todos ellos son apoyados y monitoreados por el mismo pequeño complejo de agencias internacionales: OPS/OMS, AID,

¹Publicado en *Cuadernos Médico Sociales* N° 41, CESS, Rosario, septiembre de 1987, pp. 27-43. Traducido con autorización de *Social Science and Medicine*, Vol. 21, N° 1, p. 41-53, 1985.

IDRC, IBD, Unicef, FAO, Milbank Foundation, Rockefeller Foundation, Kellogg Foundation, etc. (Werner, 1980)

El propósito de este trabajo es explorar la repentina emergencia de esta moda internacional y proyectar su resultado futuro en base a las lecciones de experiencias previas en otros sectores.

Participación comunitaria en proyectos de desarrollo agrícola y urbano

Después de la exitosa historia de la reconstrucción de Europa posterior a la Segunda Guerra Mundial, los EEUU asumieron el rol de liderazgo para el desarrollo del Tercer Mundo. En Latinoamérica, industrialización y desarrollo se convirtieron en sinónimos. Los economistas decidieron rápidamente que la viabilidad de la industrialización dependía de la incorporación de vastas masas de campesinos a la sociedad de consumo. La posibilidad de que el consumismo tuviera un impacto negativo sobre su calidad de vida jamás pasó por sus mentes. También se decidió que el desarrollo o la modernización de los distritos rurales requería entre otras cosas el desmantelamiento de un sistema obsoleto de tenencia de la tierra y el sacrificio de la oligarquía terrateniente que era su soporte. La conversión de los latifundios en unidades agrícolas familiares viables se consideró un prerrequisito para el incremento del ingreso rural sobre el cual se basaría la ampliación del consumo, y para proporcionar una cuota adicional de alimentos baratos a las ciudades en crecimiento. En otras palabras, los economistas quisieron recrear en Latinoamérica la historia de la industrialización del Oeste. La euforia que se había heredado del Plan Marshall comenzó a ceder cuando los planificadores comprendieron que sus teorías sobre el desarrollo no se verificaban en las comarcas rurales de Latinoamérica. Las fallas se atribuyeron a una variedad de factores tales como flujos logísticos, escasez de datos básicos, falta de adecuado entrenamiento de los funcionarios civiles; pero los valores tradicionales del campesinado fueron identificados como uno, si no el principal, de los obstáculos para el desarrollo. Antropólogos, sociólogos rurales, psicólogos, científicos políticos, fueron llamados en ayuda. Con raras excepciones, los científicos sociales de EEUU retrataron a los campesinos y pobres urbanos como individualistas, desconfiados, no cooperativos, autoritarios, incapaces de aceptar riesgos, sin interés en la

prosecución de beneficios y faltos de cualquier sentido de empresa². El caso de los campesinos utilizando sus magros recursos para brindar ofrendas a los santos, o en fiestas, en lugar de emplearlos en fertilizar, fue uno de los varios ejemplos utilizados para mostrar la irracionalidad entre los valores tradicionales y el desarrollo rural (Paddock & Paddock, 1973). La síntesis de Landsberger de la relación entre valores y desarrollo es indicativa, y parece suscribir el punto de vista presentado:

Los últimos años de la década del '50 y los primeros de la del '60, estuvieron dominados [...] por visiones de los campesinos que los mostraban envueltos en una "cultura de pobreza" [...]. Apáticos y temerosos, sospechando incluso –o especialmente– de aquellos en una posición similar a la suya, orientados solo al bienestar de su familia, temiendo que el progreso de los otros fuera logrado a sus expensas [...]. A lo sumo, podían ridiculizar a su antagonista de clase y su enemigo cultural en una forma indirecta, estilizada, en festivales anuales, o convertir su odio en síntomas somáticos. Y dados los acontecimientos de los años '40 y '50 –o mejor, la ausencia de cualquier serie de acontecimientos dramáticos durante esas dos décadas–, *este cuadro resulta bastante realista*. (Landsberger, 1979, p. 277) (cursivas añadidas)

Bajo estas condiciones, la necesidad de *modernización* de los valores fue una conclusión lógica. Los antropólogos más sofisticados, como Ben Paul y George Foster, sugirieron que las innovaciones y los cambios debían ser introducidos en las sociedades tradicionales a través de la manipulación de culturas y valores, un proceso que fue legitimado bajo el rótulo de *ingeniería social*.

En Latinoamérica las presiones por el desarrollo rural y la reforma agraria aumentaron después de la Revolución Cubana y la publicación de la encíclica *Mater et Magistra* del papa Juan XXIII. La Alianza para el Progreso fue la respuesta tardía de los EEUU a estas presiones, y entre muchas reformas abogó por cambios agrícolas integrales. Tomó tres o cuatro años más a los planificadores económicos y a los políticos estimar el exorbitante precio de una reforma agraria integral (los expertos en salud deberían observar las similitudes entre el llamado a una reforma agraria integral y el eslogan "Salud para

²Ver entre otros los siguientes: Erasmus (1968). Fromm & Maccoby (1970); Díaz (1963); Núñez (1963); Santos de Moráis (1971); Lewis (1951); Foster (1962); Kahl (1968); Paul (1955); Silberstein (1960); Hoffman (1969); Lerner (1958).

todos en el año 2000”). Resultó obvio que ningún gobierno en Latinoamérica disponía de los recursos para implementar el tipo de reforma agraria considerado por la Alianza para el Progreso. Las estrategias para simplificar tales reformas y reducir sus costos tenían que ser diseñadas (aquí deben observarse las similitudes con la medicina simplificada y la atención primaria en salud). Los programas de autoayuda fueron una respuesta posible para bajar los costos extrayendo trabajo no retribuido. La ONU publicó en 1964 una guía para proyectos de autoconstrucción de viviendas (Naciones Unidas, 1979). Argumentos similares se formularon para la mejora de las condiciones de vida en los poblados pobres, y programas como la Operación Sitio en Santiago se organizaron bajo los principios de la autoconstrucción (Labiada, 1972). En una reunión realizada en Medellín en 1970, bajo el patrocinio de las Naciones Unidas, representantes de los países del Tercer Mundo dieron respaldo oficial a los proyectos de autoconstrucción (Naciones Unidas, 1970). La dimensión de la equidad jamás se planteó: ¿por qué se pedía a los pobres que construyeran la infraestructura física de los barrios, mientras las clases más ricas la tenían construida por el gobierno?

Bajo esta perspectiva ideológica, la organización comunitaria fue la respuesta lógica para introducir cambios de valores y asegurar el éxito de los programas de autoayuda. A través de América Latina las organizaciones y comités de desarrollo comunitario fueron establecidos por burócratas delirantes y políticos, bajo presión y guía de las agencias internacionales. Documentos como “Desarrollo de la Comunidad: teoría y práctica” fueron publicados por el Banco Interamericano de Desarrollo en 1966; en el mismo año el Departamento de Asuntos Sociales y Económicos de las Naciones Unidas publicó el volumen “Community Development and Related Services”, que fue seguido por varias otras publicaciones sobre el tema (Naciones Unidas, 1975), y en 1979 la Organización de los Estados Americanos (siempre algunos años atrás) organizó una Conferencia interamericana sobre desarrollo comunitario en Santiago (Organización de los Estados Americanos, 1975). Acción Comunal en Venezuela y Colombia, SINAMOS y Ligas Agrarias en Perú, CODESCO en Brasil, Desarrollo Comunal en Costa Rica, Confederación Nacional de Campesinos en Guatemala, cooperativas rurales en Bolivia, Asociación Nacional de Usuarios Campesinos en Colombia, son ejemplos de grupos organizados por los gobiernos para inducir el desarrollo comunitario entre el campesinado y entre los pobres urbanos. Hoy, 10, 20, y en algunos casos 30 años después, las contribuciones de estas y similares organizaciones al desarrollo son difíciles de percibir; algunas están inactivas, otras han cambiado de objetivos, y los problemas de los pobres no han sido solucionados. ¿Dónde estuvo el error?

Puede sugerirse que las premisas sobre las cuales se construyeron las organizaciones de participación comunitaria fueron erróneas. El sistema de valores del campesinado y de los pobladores urbanos pobres fue mal comprendido por académicos y expertos, en particular por los científicos sociales de los EEUU. Las formas precolombinas de organización, que las sociedades tradicionales han sido capaces de mantener a través de los siglos, no solo son compatibles con el desarrollo sino que tienen muchas de las características de la *modernidad*: los sistemas *tequio*, *guelaguetza*, *minga*, *ayllus*, *cayapas* e incluso el *cargo* enfatizan el trabajo colectivo, la ayuda mutua, la participación política, la propiedad comunal de la tierra y el igualitarismo. Por ejemplo, el *tequio* entre los zapotecas de México requiere que cada miembro de la comunidad sirva a la aldea por un periodo de tiempo. El ejido en México no permite la propiedad privada de la tierra, que es fuente de acumulación de riqueza y estratificación social en las sociedades rurales. *Mingas* y *guelaguetzas* en la Región Andina y en el sur de México, respectivamente, están basados en la ayuda mutua, y el sistema *cargo* puede ser considerado como un efectivo impuesto (Cancian, 1965).

En Bolivia, según Crondon, las estructuras precolombinas todavía en vigencia enfatizan “la selección de líderes comunitarios indígenas, relaciones igualitarias, un método de algún modo democrático de tratamiento de los problemas internos [...] y una visión del mundo que enfatiza el equilibrio y la armonía”. El autor concluye que las ideologías tradicionales “pueden promover la cooperación popular y la solidaridad comunal donde las ideologías tradicionales no pueden hacerlo” (Crondon, 1983). Si la igualdad y la distribución de la riqueza son componentes importantes del desarrollo, las instituciones tradicionales tienen mucho que ofrecer, en algunos casos más que las modernas. Las instituciones tradicionales han sido mantenidas a lo largo de los siglos a pesar de los esfuerzos de los agentes externos para desplazarlas. Frecuente e irónicamente las instituciones nativas fueron destruidas y formas organizativas *modernas* que respaldaban el autoritarismo, la centralización y las desigualdades fueron introducidas forzosamente en las poblaciones por expertos y agentes gubernamentales. Huizer, un sociólogo europeo con muchos años de experiencia de campo, fue uno de los primeros en cuestionar la tradicionalidad de los valores del campesinado como una razón para el rechazo.

En su opinión, este rechazo refleja la comprensión por parte de los campesinos de la existencia de estructuras de poder y el conocimiento de que las innovaciones son eventualmente utilizadas por los poderosos para explotarlos más (Huizer, 1979).

Otro prejuicio fue la queja que el campesinado estaba desorganizado y era incapaz de realizar una acción colectiva efectiva. En Latinoamérica los hechos históricos no dan soporte a esta opinión. Unos pocos ejemplos de la historia más reciente son suficientes para mostrar la responsabilidad y la capacidad organizativa de las poblaciones rurales³. Las Ligas Campesinas en el nordeste brasileño, bajo el liderazgo de Francisco Julião, constituyen quizás uno de los ejemplos mejor conocidos de movilización política y organizacional. Según Horowitz (1964), hacia 1958, unos pocos años después de su fundación, Julião contaba con 3.000 líderes que representaban a 50.000 campesinos. Para Furtado (1965), “ningún otro movimiento social en la historia del Brasil tuvo la importancia de las Ligas”, un sentimiento compartido por Moraes (1970). La Unión Nacional de Campesinos y la Asociación Nacional de Campesinos en Honduras, bajo el liderazgo de los mismos campesinos; los sindicatos campesinos en Perú bajo Hugo Blanco; la línea Sincelejo de la Asociación Nacional de Usuarios Campesinos en Colombia, bajo liderazgo campesino; las cooperativas rurales organizadas en Guatemala por los hermanos Melville de la orden Maryknoll, son unos pocos ejemplos de organizaciones rurales efectivas. Fueron tan eficaces en la articulación de las demandas por la tierra y servicios sociales básicos que los gobiernos se sintieron amenazados y utilizaron la violencia para destruirlas. Los líderes fueron asesinados, exiliados o hechos prisioneros, y muchas de estas y otras organizaciones fueron proscritas. Encontramos la situación paradójica que los gobiernos y organizaciones internacionales destruían organizaciones comunitarias bajo su control, y conforme a la racionalidad que los valores tradicionales del campesinado no conducían a acción de conjunto efectiva.

De manera similar, en estudios urbanos un cierto número de autores han documentado niveles relativamente altos de participación popular comunitaria entre pobladores de suburbios pobres en las ciudades latinoamericanas⁴. Portes argumenta que la actividad organizacional de los pobladores de los cuatro barrios de Santiago que estudió era altamente racional: cuando tenían una necesidad se organizaban, y cuando no tenían necesidades preferían dedicar su tiempo y energía a otras actividades. Nelson ha sugerido que cuando se detecta apatía entre los pobres y los analfabetos en los suburbios del Tercer Mundo, ella responde a “la bien fundada convicción que las autoridades son particularmente poco sensibles

³Los fundamentos de nuestra visión pueden ser encontrados, entre otras, en las siguientes fuentes: Stavenhagen, 1970; Huizer, 1972; Ferder, 1973; Quijano Obregón, 1969.

⁴Ver entre muchos otros: Roberts (1970); Goldrich (1970); Portes (1971); Uzzelt (1974); Ugalde (1974); Herrera Moran & Altschul (1979).

a su situación” (Nelson, 1969). Estas observaciones son importantes, porque de ser correctas, las agencias internacionales deberían reconducir sus esfuerzos o presiones a tomar a los gobiernos más sensibles a las demandas de los pobres en lugar de desperdiciar su tiempo organizando comunidades.

En vista del impresionante conjunto de evidencias que tenemos hoy con relación a la capacidad del campesinado y de los pobres urbanos para organizarse a sí mismos, y para participar significativamente en organizaciones cuando se les da la oportunidad, y la compatibilidad de los valores *tradicionales* con la calidad de vida (preferimos no utilizar los términos modernización o desarrollo económico) la pregunta que debe plantearse es por qué las agencias internacionales y de asistencia extranjera continúan impulsando y financiando programas para organizaciones comunitarias y/o participación.

Es posible sugerir que:

- 1) La participación comunitaria ha sido utilizada como un vehículo para introducir los valores de la sociedad de consumo, incluso al mismo tiempo que provoca la destrucción de los muy ricos valores e instituciones indígenas. Los cambios de valores también pueden facilitar las transformaciones de los campesinos en proletarios rurales y/o industriales. El mundo desarrollado se beneficia por la exportación de bienes de capital y la burguesía nacional con la explotación del trabajador *moderno*.
- 2) La participación comunitaria también se utiliza para la promoción de programas de autoayuda. La construcción a través de la autoayuda (un eufemismo por trabajo gratuito) de caminos rurales, hace a las tierras adecuadas para la agricultura; la construcción de sistemas de irrigación, control de las aguas y drenaje, edificios escolares y centros de salud, y en los barrios de emergencia el desarrollo de la infraestructura urbana, pueden liberar capital escaso que puede ser utilizado para trabajos infraestructurales adicionales, que beneficien casi exclusivamente a las clases más acomodadas (aeropuertos, puertos, autopistas, sistemas de irrigación para empresas agropecuarias, universidades para las elites, etc.), y tal vez, más importante, para el equipamiento de los ejercicios y las fuerzas de policía que se utilizan para el control y la represión de las organizaciones populares.
- 3) La organización comunitaria por parte de las agencias gubernamentales puede ser utilizada, y sucede frecuentemente, como mecanismo de control de organizaciones privadas, cooperativas y movimientos de masas por la cooptación de los líderes más capaces. Pueden ser atraídos por la concesión de favores tales como materiales para al-

gunos trabajos de construcción por autoayuda, por la satisfacción calculada de algunas demandas (por ejemplo, el nombramiento de maestros de escuelas, enfermeras o médicos para los centros de salud en los suburbios que están bajo el control de los líderes cooptados), por recompensas no materiales sino referidas a símbolos de prestigio, permitiendo y, en algunas instancias, estimulando la corrupción. La cooptación y, si es necesario, la violencia, neutralizan efectivamente a las organizaciones comunitarias no gubernamentales y a las organizaciones populares democráticas. Hubo un cierto número de casos en los cuales las organizaciones comunitarias creadas por los gobiernos rompieron los controles, y entonces fueron rápidamente proscriptas y reprimidas. De manera similar, bien intencionados trabajadores en el desarrollo comunitario, y otros agentes de extensión, han perdido sus trabajos, han sido perseguidos, cuando tomaron su tarea con demasiada seriedad y organizaron las comunidades de manera tan efectiva que el gobierno se sintió amenazado.

En resumen, la experiencia en Latinoamérica, con excepción quizás de Cuba y Nicaragua, es que la participación comunitaria ha fracasado en mejorar la calidad de vida de las mayorías. Por el contrario, la evidencia sugiere que la participación de la comunidad produjo explotación adicional de los pobres por extracción de trabajo no remunerado, contribuyó a su empobrecimiento cultural y a la violencia política, por la expulsión y supresión de líderes y la destrucción de las organizaciones populares. El balance negativo no se limita a América Latina, los informes de Asia confirman nuestros hallazgos:

El registro de los primeros esfuerzos de desarrollo comunitario y cooperativo es largamente una historia de fracasos, de la que resultó más a menudo el reforzamiento de la posición de las élites tradicionales que la integración de los pobres en el proceso de desarrollo nacional, las actuales demandas de integración de los pobres rurales en el proceso de desarrollo a menudo parecen poco más que buenos deseos, inadecuadamente informada por la experiencia pasada con relación a lo que requiere la inversión en innovación institucional para dar realidad a una importante idea. (Korten, 1979, citado en Nichter, 1984, p. 237)

Participación comunitaria en programas de salud

En esta sección presentaremos información sobre participación comunitaria en programas de salud en América Latina, para mostrar que han seguido muy de cerca la ideología y los mecanismos de la participación comunitaria tal como se aplicó en otros sectores. Se mostrará que esos programas han fallado, y que las razones del apoyo nacional e internacional a la participación comunitaria son muy similares a las halladas en otros sectores.

Como se indicó en la introducción de este informe, el sector salud es un recién llegado a los esfuerzos por promover la participación comunitaria. En Latinoamérica los primeros intentos por insertar a la comunidad en programas de salud datan de mediados de los años sesenta. Esos esfuerzos fueron proyectos piloto o experimentales respaldados por las iglesias, las universidades y las agencias de gobierno, y en la mayoría de los casos tuvieron financiación internacional. Entre ellos puede mencionarse el Programa de Unidades Móviles para Áreas Rurales (PUMAR) en Centroamérica, financiado por la Alianza para el Progreso; PRIMOPS en Cali (Colombia), bajo los auspicios de la Escuela de Medicina de la Universidad del Valle, una universidad pública generosamente dotada en aquellos días por la Fundación Rockefeller, y el proyecto Chimaltenengo, un esfuerzo privado apoyado por fundaciones extranjeras⁵. Con la excepción de Cuba, donde la participación comunitaria fue incorporada en todos los programas públicos como parte de la propuesta revolucionaria⁶, Panamá bajo el populismo de Torrijos fue el primer país latinoamericano que organizó un programa de salud nacional con participación comunitaria, en 1969. Para los demás países, el principal impulso de la participación comunitaria en programas nacionales de salud tuvo lugar en los años setenta, bajo la influencia de organizaciones internacionales como OPS/OMS, AID, Unicef, y en menor extensión el Banco Mundial. Fundaciones privadas nacionales y extranjeras también contribuyeron al movimiento con su apoyo financiero.

Un torrente de documentos vio la luz en los años setenta en relación con el tópico de la participación comunitaria. Los trabajos de Newell (1975) y de Djukanovic y Mach (1975) reflejan las concepciones de los planificadores de

⁵A comienzo de los años sesenta, el profesor Abad Gómez desarrolló en Antioquia (Colombia) uno de los primeros programas de promotores de salud de Latinoamérica, cuyas funciones incluían representar a la comunidad frente a las autoridades de salud pública. Estos promotores eran elegidos por la comunidad o designados por organizaciones rurales locales.

⁶El modo en que la población participa en programas sociales y programas de salud puede ser leído en Escalona Reguera & Agüero Benítez, 1979; Muller & Vila González, 1979.

Ginebra; la posición del Banco Mundial apareció en su *Health Policy Paper* (Banco Mundial, 1975). La American Public Health Association, bajo contrato con AID, condujo en 1976 una investigación sobre 187 proyectos en el mundo, incluyendo varias cuestiones sobre participación comunitaria, que constituye un ejemplo de los esfuerzos de la AID para promocionar la atención primaria a través de la participación comunitaria (American Public Health Association, 1977). En 1977, OMS y Unicef publicaron conjuntamente los resultados de un estudio realizado en nueve países sobre participación de la comunidad en programas de salud, que incluía a Costa Rica y México (Unicef/OMS, 1977). Un año más tarde, un número de la publicación oficial de Unicef estaba enteramente dedicado a la participación comunitaria con énfasis en los programas de salud. En el artículo editorial, el editor consideraba la participación comunitaria como la “clave para el desarrollo” y hacía el sorprendente señalamiento que la participación era una “nueva estrategia” para la solución de los problemas de provisión de servicios básicos a la población carenciada del mundo (Unicef News, 1978). Es bien conocido que la legitimación oficial internacional para la participación comunitaria en programas de salud tuvo lugar en la Conferencia de Atención Primaria de Alma Ata en 1978, donde la vinculación entre atención primaria de salud y participación comunitaria fue formalmente sancionada (Unicef/OMS, 1978). En 1979 la OMS reitera esta vinculación como la estrategia para lograr el cumplimiento de la consigna “Salud para todos en el Año 2000” (Organización Mundial de la Salud, 1979). Una vez más, OMS y Unicef juntan fuerzas y en 1981 publican los resultados de un estudio sobre siete países que incluye nuevamente a Costa Rica. El Capítulo 4 de este informe estaba dedicado a la participación comunitaria y es la primera discusión crítica sobre el tópico por parte de una agencia internacional (Organización Mundial de la Salud, 1981). Se hace eco del creciente número de voces que habían comenzado a cuestionar seriamente la euforia internacional sobre la participación comunitaria⁷.

Además de la influencia de los documentos citados, los países latinoamericanos estaban adicionalmente expuestos a los pronunciamientos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). En 1973, durante la XXII reunión del Consejo de Directores de la OPS, fue sancionado el concepto de participación comunitaria para los pobres (Organización Panamericana de la

⁷Entre los primeros escritos críticos encontramos a: Muller, 1979; Pedersen, 1980; y diversos artículos publicados en el número especial de *Contact, The Human Factor. Readings in Health, Development and Community Participation*, Special Series N° 3, editado por Susan B. Rifkin (1980). Presenté una versión anterior de este trabajo en la VII International Conference on Social Science and Medicine, Leeuwenhorst Congress Center, Países Bajos, 1981.

Salud, 1974); dos años más tarde la OPS publicó las pautas para organizar la participación comunitaria (Organización Panamericana de la Salud, 1975); en 1976 su director eligió la participación comunitaria como tema de su discurso en la IX Conferencia Internacional sobre Educación para la Salud realizada en Ottawa (Acuña, 1977). En los años siguientes la OPS declaró oficialmente a la atención primaria y la participación comunitaria como sus “estrategias fundamentales” (Organización Panamericana de la Salud, 1978a), y en 1978 su delegación oficial a Alma Ata anunció que los países de la región estaban “...de acuerdo acerca de que la participación comunitaria es el principal elemento para asegurar la aceptabilidad y viabilidad de la atención primaria en salud.” (Organización Panamericana de la Salud, 1978b).

¿Por qué esta erupción con su *crescendo* a lo largo de la década en torno de la participación comunitaria? ¿Fueron los planificadores en salud internacionales inconscientes de los magros resultados de los programas de participación comunitaria en otros sectores? ¿O fueron tal vez los primeros intentos en el sector salud lo bastante exitosos como para merecer su repetición? En Latinoamérica los planificadores en salud son principalmente médicos, muchos de ellos especializados en salud pública. Los currículos de salud pública incluyen algunos cursos generales en ciencias sociales y administración que no parecen ser suficientes para hacer que los graduados tomen conciencia de problemas sociales básicos y de la causación social de la enfermedad. Como resultado, muchos planificadores aceptan acríticamente las políticas elaboradas por las agencias internacionales. Podemos demostrar que los primeros ensayos de participación comunitaria en salud no fueron exitosos y, por consiguiente, esta no puede ser la razón de su popularidad en la década de 1970.

Tal como ya se indicó, Panamá fue el primer país en América Latina –con excepción de Cuba– en poner en práctica un programa de participación comunitaria en salud de alcance nacional. Comenzó en 1969 y fue organizado por el Ministerio de Salud a lo largo de cinco años sobre 400 comités de salud. Conforme a su concepción original, todos los miembros de la comunidad eran miembros del comité de salud y realizaban asambleas para definir prioridades y discutir la solución de los problemas respectivos. Las comunidades aceptaron el programa de participación con entusiasmo y seriedad; como resultado, un creciente número de demandas de salud llegó a los despachos de los administradores del área. El entusiasmo no duró mucho. Cuando las comunidades comprendieron que los planificadores no estaban dispuestos y/o no eran capaces de satisfacer sus demandas, la participación disminuyó. En 1974 la situación había comenzado a deteriorarse. En una visita a un hospital regional, un alto administrador me dijo con

entera franqueza que los comités de salud “eran un dolor de cabeza”. Que los comités, por su parte, eran conscientes de que los funcionarios de salud no los tomaban con demasiada seriedad, se confirmó a través de una encuesta realizada ese mismo año (Ministerio de Salud Pública de Panamá, 1976). Una muestra nacional de 79 comunidades mostró que el 25% de los comités había dejado de existir, y en aquellas comunidades donde los comités continuaban su actividad, solo el 20% de la población participaba. Una segunda evaluación del programa, realizada en 1981 en Panamá, indicó mayor erosión de la participación. De los 168 comités originarios solo continuaban existiendo 81, y de estos solo 27 estaban en actividad en el momento de la evaluación. Las actividades de las comunidades se limitaban a apoyar las funciones administrativas en los centros de salud. El estudio informa que “...los comités han llegado a formar parte de la estructura administrativa de los centros de salud y han olvidado sus funciones como instrumentos de participación y vinculación entre los centros y comunidades.” (Tunón *et al.*, s/f).

Es fácil aceptar que los programas locales o pilotos de participación comunitaria puedan conservar el apoyo del pueblo en la medida en que la asistencia externa se mantiene y/o los programas no desarrollan la conciencia política de otras comunidades. Dos de los mejor conocidos ejemplos tempranos de participación comunitaria en programas de salud enfrentaron problemas serios cuando el apoyo cesó y/o se desarrolló algún conflicto político. Bruges escribió en 1975 una excelente evaluación del PRIMOPS. En su opinión, los problemas logísticos, las interferencias políticas y la falta de respuesta por parte de las autoridades de salud a las demandas de las comunidades o sus promesas incumplidas fueron algunas de las principales razones de la erosión de la participación (debe tenerse en cuenta que nos estamos refiriendo exclusivamente al componente de participación popular de tales proyectos y no a la provisión de atención médica primaria que continuó sin dicha participación). Como en la mayoría de los otros programas las comunidades no participaron del diseño del PRIMOPS, les fue impuesto desde arriba (Bruges, 1975). Dos estudios recientes han examinado críticamente, desde diferentes –casi opuestas– perspectivas, el fracaso del Programa Chimaltenango, uno de los más sofisticados y mejor diseñados en América Latina. Paul y Demarest observaron los problemas relativos a la introducción de la participación comunitaria en una de las clínicas, y plantearon la cuestión de la adecuación de tales programas en un sistema político como el de Guatemala (Paul & Demarest, 1984). Heggenhougen mostró elocuentemente el trágico y violento fin de muchos promotores de salud cuando el proyecto Chimaltenango comenzó a despertar la conciencia política por fuera de sus propios límites (Heggenhougen, 1984).

Con este trasfondo en mente, no podemos sorprendernos al descubrir que a pesar de los esfuerzos promocionales realizados por las agencias internacionales no existen historias de éxito en los programas de salud con participación comunitaria en América Latina. Una rápida revisión país por país confirma este aserto. En la República Dominicana un programa de participación comunitaria se organizó a mediados de los setenta como parte de un programa de atención primaria de salud rural, financiado por AID, el Banco Mundial y posteriormente por el Banco Interamericano. Nunca funcionó con muchas energías, y recientes evaluaciones muestran que hacia 1983 el programa había dejado de existir⁸. En la misma época, un programa de participación de carácter nacional fue puesto en práctica por el Ministerio de Salud de Colombia. Se organizó una división de participación comunitaria y se le asignó un equipo constituido por un gran grupo de profesionales. En la primera reunión nacional sobre atención primaria, en 1977, hubo general consenso en que las comunidades no estaban participando en “...las áreas de toma de decisiones, programación de actividades y evaluación.” (República de Colombia, 1977).

Se acordó, en dicha reunión, que la responsabilidad de la falta debía ser puesta sobre las espaldas del personal de salud. Tres años más tarde, en 1980, una segunda reunión afirmó que había existido muy poco progreso en la participación de la comunidad: solo el 5% de las comunidades tenía un nivel de participación aceptable (República de Colombia, 1980). Entre ambas reuniones Unicef había financiado un estudio muy sofisticado y costoso sobre participación comunitaria que no tuvo ningún impacto en mejorar la situación (República de Colombia, 1980). El caso de Colombia es particularmente interesante porque se trata de uno de los pocos países en la región que mantuvo un sistema político de base electoral sin intervención militar abierta en los últimos 25 años, y al mismo tiempo ha estado en la vanguardia en la provisión de atención médica primaria⁹.

Con relación a Bolivia, Donahy (1981) ha mostrado la falta de participación comunitaria con mayor nivel de aculturación en un bien dotado proyecto regional en el cual la participación jugaba un rol fundamental. Y Crondon (1983) ha escrito un análisis más devastador del mismo programa. Según este autor la comunidad “no tiene poder político para expresar de

⁸Ver Lebow *et al.*, (1983). Mi propio trabajo de campo en áreas rurales desde 1982 hasta la actualidad confirma sus hallazgos.

⁹Algunos de los primeros programas de atención primaria de la salud, que tuvieron lugar en Colombia, en pocos días fueron llamados Programas de Medicina Comunitaria. Ver, por ejemplo: Aguirre (1970); Velázquez (1970).

qué manera opera el programa o satisface sus necesidades” (Crondon, 1983, p. 1284). El autor añade:

Las élites rurales locales dominan los comités [de salud] como un medio de afirmar su poder y servir sus propios intereses en el interior de la jerarquía social más amplia. [...] Ellos saben que los funcionarios de mayor jerarquía satisfacen a los líderes campesinos para servir sus intereses [de los funcionarios] en la región. (Crondon, 1983, p. 1285)

Crondon concluye cuestionando la posibilidad de los programas de participación aun en las comunidades más tradicionales, dado que la introducción de una forma exterior de organización comunitaria, tal como un comité de salud, conduce a la ruptura del sistema social tradicional.

Somarriba estudió un programa de salud regional en el Norte de Minas (Brasil) iniciado en 1975 que, al igual que el implementado en Bolivia, fue financiado por AID. Según el diseño del programa las comunidades locales participarían en el sistema de salud: “La clientela de salud de la región no será un simple insumo en el sistema, sino que se convertirá activamente en parte integral del mismo”. Las conclusiones de Somarriba después de una profunda investigación del proyecto fueron:

En vista de la naturaleza del Estado brasileño, y de la estructura socioeconómica regional, hay muchos obstáculos reales para que el Centro de Salud Regional llegue a lograr un mayor nivel de participación comunitaria en profundidad. (Somarriba, 1980, p. 65)

Costa Rica, al igual que Colombia, es uno de los pocos países en la región con una tradición de sistema político abierto, y ha sido también innovadora en atención médica primaria. Según sus planificadores la participación comunitaria es “básica para el éxito de cualquier programa de salud” (Jaramillo Antillon, 1983). El estudio de Unicef/OMS de atención primaria, que incluyó a Costa Rica (Organización Mundial de la Salud, 1981), concluye afirmando que en este país:

...los esfuerzos de organizaciones no gubernamentales, que pueden estar genuinamente motivadas para apoyar al poder en la mejora de su situación de salud y su posición socioeconómica, se enfrentan con obstáculos considerables.

Si se suscita la hostilidad de la élite local es probable que la maquinaria del Estado los obligue a retroceder, y que las actividades que integran a la comunidad sean neutralizadas o proscriptas como subversivas. (Organización Mundial de la Salud, 1981, p. 35)

La evaluación del programa nacional de participación comunitaria realizada por Unicef/OMS fue también pesimista:

...la integración de la comunidad en los puestos de atención médica parece estar centrada principalmente sobre actividades convencionales de atención médica. (Organización Mundial de la Salud, 1981, p. 36)

El análisis de Muller de los programas de participación comunitaria en Perú y Guatemala añade dos ejemplos a nuestra lista de evaluación de países. En el primero, el Consejo de Ministros aprobó para el período 1975-1978 una política de promoción de “la participación de la comunidad en la determinación de necesidades, en la implementación de programas para satisfacerlas, y en el financiamiento, administración y control de servicios de salud en todos los niveles” (Cox & Geletkanycz, 1977). Al año siguiente, una declaración conjunta de la OPS y el ministro de Salud peruano acuerda en “estimular la conciencia de la comunidad y la implementación de programas de salud que estén destinados a mejorar la situación del pueblo y la comunidad” (Cox & Geletkanycz, 1977, p. 93). En vista de estas declaraciones, los hallazgos de Muller son bastante sorprendentes. Encuestó varias localizaciones de diferentes programas de salud y concluyó que en solo uno de ellos, Villa El Salvador, un poblado de viviendas precarias de 125.000 personas en Lima, los residentes participaban activamente en servicios de salud que habían organizado por su propia cuenta. El Ministerio de Salud, en lugar de apoyar los esfuerzos de esta comunidad, los socavaba, negándose a participar con la comunidad y abriendo un centro de salud a solo dos manzanas del organizado por esta (Muller, 1979). El análisis de Muller del programa nacional de atención primaria de Guatemala en la Municipalidad de Chichicastenango confirma que las comunidades no participaban en la planificación y control del programa. Al igual que Crondon para Bolivia, sugiere que la introducción de formas organizacionales desde el exterior tiene un impacto negativo sobre la organización comunitaria tradicional del pueblo. Es necesario señalar que Guatemala y Bolivia son los dos países latinoamericanos con mayor porcentaje de población indígena.

El plan de salud hondureño para 1974-1978 apela a "...la promoción de una activa participación comunitaria en el desarrollo de servicios de salud integrales." (Secretaría Técnica del Consejo Superior de Planificación Económica, 1973). Dos evaluaciones del sector salud realizadas seis años después muestran la falta de implementación política (Eoff, 1980; Martin, 1981). La misma situación se encontró en Ecuador cuando en 1980 el gobierno reconocía que "...las comunidades no están familiarizadas con los servicios ofrecidos en los puestos de salud. Hay poca participación en las actividades del sistema formal y como resultado no hay demanda de servicios de salud." (Ministerio de Salud Pública, 1980). Para corregir esta situación, el plan nacional de 1980-1984 demanda un incremento de "...la activa participación comunitaria en los programas de salud y la coordinación con otros sectores en vistas de lograr un desarrollo integral" (Ministerio de Salud Pública, 1980, p. 118), palabras que pueden ya sonar familiares al lector.

El caso de México añade un ejemplo más a nuestra lista de fracasos. El primer plan nacional de salud en la historia del país fue preparado por el régimen populista de Echeverría (1970-1976). El plan decenal (1974-1983) tenía como una de las principales estrategias:

...la participación de la comunidad más allá de una participación episódica en actividades aisladas. Es necesario despertar, a través de la educación continua, la conciencia de la población sobre la necesidad de compartir sobre una base permanente la responsabilidad de hacer frente a las causas que perjudican el bienestar individual y colectivo. (Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1974)

El objetivo específico de la implementación de la participación comunitaria fue el establecimiento, a lo largo del periodo de 10 años, de comités de salud en cada comunidad de más de 100 personas, en todas las escuelas primarias y secundarias, en todos los ejidos y lugares de trabajo (Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1974, p. 69). No se realizó ninguna evaluación formal de la implementación de este plan, pero en 1977 el nuevo secretario de Salud declaró que el mismo era inaplicable y las estadísticas oficiales de 1978 mostraron que alrededor del 30% de la población continuaba sin acceso a los servicios de atención médica. El plan decenal fue seguido por dos programas de atención primaria (Programa para la Extensión de Cobertura y Programa de Comunidades Rurales) que luego fueron unidos en un Plan de Salud Rural. Las características de este programa fueron muy similares a aquellas de los otros programas en América Latina. Los promotores de salud

elegidos por las comunidades fueron escasamente entrenados y pagados con salarios a través de los comités de salud. Esta fue una de las principales funciones de dichos comités. López Acuña, que ha escrito un penetrante análisis de estos programas, sugiere que el uso de los comités para pagar salarios es una ingeniosa manera de eludir las leyes laborales y evitar conflictos de esa índole (López Acuña, 1980, p. 9). En su discusión de las razones del fracaso de la participación comunitaria en México, López Acuña llega a conclusiones similares a aquellas formuladas por Somarriba en Brasil y Unicef/OMS en Costa Rica (López Acuña, 1980, p. 9).

El resultado negativo del programa nacional de participación popular en Venezuela es presentado en el artículo de Gómez *et al.* Examinar los programas de participación comunitaria en países que en la década de 1970 tenían regímenes represivos (Chile, Argentina, Uruguay, El Salvador y Nicaragua) es una pérdida de tiempo. Ahora examinaremos por qué las agencias internacionales continúan promoviendo la participación comunitaria en los programas de salud frente a tantas falencias.

Racionalidad de la participación comunitaria en programas de salud

Dos supuestos falsos pueden explicar la promoción de la participación comunitaria en programas de salud, el primero es la creencia que los valores tradicionales de los pobres constituyen la principal limitación para las mejoras en salud, y el segundo es la idea que los pueblos *tradicionales* no pueden organizarse a sí mismos.

Durante cierto número de años, los profesionales en medicina comunitaria de Latinoamérica y otras partes del Tercer Mundo han trabajado con antropólogos sociales y otros científicos sociales en esfuerzos para introducir la medicina occidental y eludir la típica desconfianza ante los forasteros que es a menudo tópico de conversación anecdótica entre consultores. Mientras se evitaban, o al menos se minimizaban, los errores administrativos y de planificación, la “penetración” de las culturas tradicionales –un término utilizado por el antropólogo Goodenough (1970)– podía también facilitar el cambio de valores tradicionales por otros modernos. De la misma manera que los economistas del desarrollo han considerado a los valores tradicionales como el principal obstáculo del desarrollo, los expertos en salud consideran que los valores son

la principal razón del mal estado de salud de la población de menores recursos. Uno de los precursores de la Antropología Médica, Benjamin Paul, sugería hace más de 25 años que en el largo plazo el medio más eficiente para mejorar el estado de salud de la población era la reeducación de la comunidad y, según su opinión, una de las más importantes tareas del sector público era el cambio de los hábitos campesinos (Paul, 1978).

La idea de que los valores tradicionales constituyen un impedimento serio para mejorar la situación de salud en el Tercer Mundo continúa siendo aceptada por muchos antropólogos y expertos en salud de los EEUU. En una introducción a la Antropología Médica, Foster y Anderson se preguntan por qué habría problemas para universalizar la medicina moderna (para ellos, medicina occidental y medicina moderna son la misma cosa, y aparentemente ningún otro sistema de medicina puede ser moderno o científico). Su respuesta a su propia pregunta es muy reveladora de los sesgos de algunos estudiosos occidentales.

En su sistema de valores y creencias, en su estructura social y en su proceso cognoscitivo, los pueblos tribales y campesinos despliegan formas que a veces inhiben su aceptación de la medicina científica [...]. Con relación al conjunto de creencias y valores asociados a alimentación, salud y enfermedad, esto parece particularmente cierto. (Foster & Anderson, 1978)

Para Foster, tanto como para Paul 25 años antes, la Antropología puede ayudar a comprender otras culturas y hacer más efectiva nuestra intervención. Podemos introducir nuestra moderna medicina científica más exitosamente si preservamos aquellos aspectos de otras culturas que son compatibles con ella. La manipulación de las culturas tradicionales o ingeniería social es claramente expresada por el siguiente ejemplo: "...¿las mujeres aldeanas salvadoreñas creen que la camisa de su marido, puesta al revés, bajo el colchón, facilita el parto? Entonces hay que permitirles que tengan la camisa en el hospital" (Foster & Anderson, 1978, p. 223).

Los ejemplos utilizados por esta escuela de antropólogos culturales a menudo proyectan visiones negativas de los valores tradicionales del campesinado, y en el caso de salud implican que sus prioridades son irracionales; de eso se deduce que los campesinos pueden ser responsabilizados por su propio mal estado de salud. Hellín describe el fracaso de la utilización de agua por bomba manual en una aldea peruana. Un año después de la instalación, el ingeniero que la realizó volvió a la aldea y vio que los campesinos habían

abandonado la bomba y vuelto al uso de la cuerda y el cubo (Hellín, 1978). Foster y Anderson, siguiendo a Hellín, interpretan esta anécdota como un problema de prioridades. Los aldeanos podían seguramente haber reunido los fondos para mantener y reparar la bomba, pero hacerlo “...puede haber significado distraer recursos disponibles para la importante celebración del poblado [...]”. Por mucho que Arenal prefiera la bomba manual por encima del sistema anterior, sus propias fiestas son aún más importantes que la bomba” (Foster & Anderson, 1978, p. 237). Este ejemplo contrasta con mi propia experiencia en varias aldeas en Honduras. Las bombas manuales que habían sido instaladas pocos meses antes de mi visita no funcionaban; los aldeanos, sin embargo, eran más que capaces de pagar la reparación, pero el Ministerio de Salud Pública no había proporcionado los repuestos a pesar de los múltiples reclamos realizados por los comités de salud comunitarios. Más tarde, en entrevistas con personal de ese ministerio, verifiqué la apatía e indiferencia de los funcionarios civiles en relación con los problemas de salud del campesinado (70% de la población del país) y con las bombas. Estos profesionales modernos –podría argumentarse– eran los únicos que tenían un sentido equivocado de prioridades y valores: dos tercios del presupuesto nacional habían sido asignados para la operación y el mantenimiento de dos hospitales que atendían solo al 10% de la población (Ugalde, 1980). Un punto de vista similar ha sido formulado por Werner después de relevar casi cuarenta proyectos de salud en Latinoamérica:

Se dice a menudo, en el trabajo de salud comunitario, que las modificaciones que requieren cambios en actitudes o en la manera tradicional de hacer las cosas son aquellas que se realizan más lentamente y requieren más tiempo y paciencia. Generalmente, tales afirmaciones son hechas con relación a aldeanos o personas escasamente educadas, pero, como muchos pioneros de alternativas de atención médica pueden testificar, a menudo aquellos cuyas actitudes y enfoque tradicional son más difíciles de modificar no son los aldeanos sino los profesionales. (Werner, 1980, p. 95)

Es comprensible que, dada la larga tradición de responsabilizar a los campesinos por su pobreza y mala salud, los planificadores latinoamericanos y los burócratas bajo influencia de tales cientistas sociales continúen colocando a los valores tradicionales como obstáculo para las mejoras de la situación de salud. Así, el informe oficial presentado por la República Dominicana en Alma Ata afirmaba: “Sabemos que todos los cambios son lentos debido a fenómenos obvios, tales como actitudes, hábitos, costumbres y supersticiones

negativas enraizados en nuestras comunidades rurales” (República Dominicana, 1978). En Costa Rica los evaluadores de los programas de salud rural en San Ramón atribuyeron el fracaso del programa a la actitud pasiva de los campesinos y el bajo interés de la comunidad (Guzmán, Tumala & Barrantes, 1975). La organización de la comunidad toma tiempo, los burócratas estarían de acuerdo, y así se encuentra una buena excusa para posponer mejoras significativas. Esta táctica dilatoria, que en los hechos refleja una falta de interés por los pobres, es similar a la utilizada por burócratas y planificadores en las naciones industrializadas cuando requieren investigación y datos adicionales para tomar decisiones (Alford, 1975). La responsabilidad por los fracasos en la organización de la comunidad puede también ser adjudicada a los valores tradicionales.

La capacidad del campesinado y de los pobres urbanos para la acción política y la organización ya ha sido demostrada. En el sector salud, hay también muchos ejemplos al respecto que podrían ser citados. Hemos mencionado el caso de Villa El Salvador en Lima (Muller, 1979). Otro caso importante es el reportado por Venegas en Zarzal (Colombia). En este pueblo, un grupo comunitario autoorganizado conocido como Comité Cívico demandaba a los funcionarios de Salud la reparación del acueducto, que estaba contaminado y causaba epidemias de gastroenteritis. La falta de respuesta de los funcionarios ayudó a incrementar el número de personas que pacíficamente se manifestaban en demanda de agua potable. Venegas discute la táctica utilizada por las autoridades para perturbar las actividades del Comité, para crear disenso a su respecto, y finalmente, el hostigamiento y la violencia dedicados a destruirlo. Sus conclusiones: “En Zarzal, cada acción tomada por grupos populares dirigida a solucionar problemas comunitarios es considerada subversiva si puede entrar en colisión con los intereses de la clase gobernante” (Venegas, 1981); y los ejemplos que hemos citado en Guatemala (Heggenhougen, 1984), Bolivia (Crondon, 1983), Brasil (Somarriba, 1980), Costa Rica (Organización Mundial de la Salud, 1981) y México (López Acuña, 1980) son muy sugestivos respecto de que en Latinoamérica la participación comunitaria democrática terminará en violencia, una idea que tomamos de los estudios de los otros sectores. El caso de Zarzal es también muy útil porque ilustra acerca del uso de organizaciones de salud comunitaria como mecanismos de control y cooptación de líderes. En el momento en que se producían los acontecimientos descritos más arriba, los organismos gubernamentales de salud regionales estaban desarrollando un proyecto para el entrenamiento de

líderes comunitarios¹⁰. Se habían construido nuevos edificios específicamente para el proyecto y el centro de entrenamiento se había convertido en un prototipo visitado frecuentemente por funcionarios nacionales y extranjeros. Había recibido elogios y algún financiamiento de OPS, y el Ministerio lo había declarado proyecto piloto para el desarrollo de un programa nacional de entrenamiento de líderes comunitarios de salud. Así, en Zarzal, como en muchos otros sitios, encontramos al gobierno entrenando a sus propios líderes mientras destruía las organizaciones y liderazgos populares.

En suma, las agencias internacionales, con el apoyo de académicos y consultores estadounidenses, encontraron en la necesidad de cambiar los valores tradicionales y en la alegada incapacidad del campesinado y los pobres para organizarse a sí mismos, una excelente excusa para promocionar programas de participación. Como dijimos, es posible que debido a la ignorancia los planificadores latinoamericanos acepten acríticamente las políticas determinadas por aquellos, especialmente cuando tales políticas están acompañadas por grandes préstamos o subsidios. Afirmamos que la real motivación internacional de los programas de participación no fue la preocupación por los pobres sino la necesidad de legitimar sistemas políticos compatibles con los valores políticos de EEUU.

Las dimensiones políticas de la participación comunitaria

El concepto de medicina primaria o simplificada y la idea de participación de la comunidad fueron una respuesta política a las presiones por expansión de la cobertura de salud en Latinoamérica después de la Revolución Cubana de 1959. Desde sus comienzos la atención primaria se diseñó para los campesinos y pobres urbanos. Comités de salud y participación comunitaria fueron concebidos como instrumentos de legitimación ante la baja calidad de atención otorgada por programas de atención primaria. Este tipo de atención utiliza personal sin título o sin entrenamiento. Las enfermeras auxiliares y los promotores de salud son la columna vertebral de la atención primaria; las

¹⁰Información referente a este programa puede ser encontrada en los siguientes documentos: Ministerio de Salud Pública, 1977; Ministerio de Salud Pública, 1978a; Ministerio de Salud Pública, 1978b.

primeras reciben dos o tres meses de entrenamiento mientras los últimos, que en muchos lugares son voluntarios, reciben dos semanas o ningún entrenamiento en absoluto. En ausencia de supervisión, y este es el caso de la mayoría de los programas en Latinoamérica, la calidad de los servicios puede ser muy escasa. Si agregamos a esto la falta de apoyo administrativo, y este es el caso de América Latina, la calidad de los servicios se vuelve funesta. Donde no hay preocupación por la equidad, ¿por qué habría preocupación por la calidad de los servicios de salud para el pobre? En un programa de vacunación en Cali se encontró que las enfermeras auxiliares no sabían cómo vacunar, en Honduras se esperaba que los promotores de salud visitaran una aldea cada día del mes sin transporte (su pedido de caballos o bicicletas había sido dejado de lado por los funcionarios de Salud, que alegaban que los promotores, en razón de su origen rural, amaban caminar), en la República Dominicana los promotores no sabían cómo construir una letrina, cómo equilibrar la balanza, o cómo llenar la cartilla nutricional de un niño¹¹.

La participación comunitaria en Latinoamérica ha sido, en la mayoría de los casos, simbólica; no podría ser de otra forma, por razones que explicaremos a continuación. Las comunidades han recibido el poder de seleccionar a los promotores de salud y elegir trabajadores voluntarios. También pueden elegir a algunos o todos los miembros del comité de salud, y hay poco más que puedan hacer; no tienen poder político, administrativo ni financiero. Las normas y la estructura de los programas de participación han sido impuestas desde arriba. Por ejemplo, el director de la participación comunitaria en el Ministerio de Salud de Colombia recibió del ministro el encargo de preparar las normas para el programa nacional de organización comunitaria en un plazo de 24 horas. El director, un epidemiólogo sin experiencia en este campo, se sentó y en unas pocas horas escribió la mejor carta organizacional que pudo y las normas para el programa¹². La afirmación de OPS, que los comités de salud “pueden ser utilizados como foros para expresar las demandas o las solicitudes de asistencia cuando sea necesario”, es una buena expresión de deseos (Organización Panamericana de la Salud, 1978b, p. 14). Sin embargo, esta participación simbólica y mínima tiene un propósito.

¹¹De una entrevista personal del autor con funcionarios de salud sobre trabajo de campo en Colombia, Honduras y República Dominicana.

¹²Observación personal. Las normas para el programa fueron reelaboradas días después por el nuevo director. Estas normas determinan quién es el líder, cómo serán entrenados, qué deberán hacer, cómo deberá organizarse la comunidad, etc. Ver: Ministerio de Salud, 1977.

Para tener una clara comprensión de las observaciones planteadas necesitamos fundamentarlas en teoría política. Para este propósito encontramos particularmente útil el análisis de la histórica lucha entre liberalismo y democracia tal como fue discutido por Wolfe (Wolfe, 1977). Thomas Hobbes y John Locke proporcionaron la fundamentación moral para la ideología liberal, de manera de asegurar la acumulación de poder y capital y la transformación de los derechos naturales en derechos de propiedad. Para liberales como Jeremy Bentham y James Mill, la participación popular –más pasiva que activa– estaba limitada a la protección del individuo que participaba en la medida en que era el objeto de consideración. La interpretación liberal de participación y comunidad se opone a la que ha sido adelantada por la corriente ideológica democrática. En realidad, siendo una ideología anticapitalista, la democracia promueve la participación activa y la igualdad. Los demócratas radicales como Rousseau piensan que la participación tiene un efecto liberador que ayudaría a los individuos a tomar el control de sus propias vidas y destinos. El estudioso latinoamericano reconocerá la deuda de Paulo Freire con relación a Rousseau (Freire, 1970). La necesidad de liberar a los hombres de las estructuras sociales opresoras es uno de los principios básicos de la democracia. Es en este contexto que Wolfe escribe: “La participación genuina en los asuntos cívicos ha tenido tradicionalmente una cualidad subversiva” (Wolfe, 1977, p. 4). La democracia así comprendida debe ser diferenciada por la democracia de los demócratas liberales, para quienes elección, partidos y libertad de organizarse en el marco de parámetros preestablecidos constituyen la democracia.

Este no es el lugar adecuado para examinar las fuerzas que están por detrás del matrimonio de conveniencia entre las dos ideologías (liberalismo y democracia) en el momento del siglo XIX en que comenzó a reconocerse la democracia liberal en Occidente. Como señala Wolfe, citando a Habermas (1975) y Offe (1972), la democracia liberal es el sistema político perfecto para el capitalismo tardío: el componente liberal legitima la acumulación de capital y el democrático proporciona el apoyo al sistema político a través de “algún tipo de participación popular y alguna igualdad de resultados”. Y añade que las democracias liberales no pueden evitar ser desgastadas por el conflicto, colmadas de contradicciones, bajo continua presión, e incapaces de enfrentar el futuro sin cambios sustanciales” (Wolfe, 1977, p. 6), debido a la oposición intrínseca de las dos ideologías.

Con raras excepciones, los sistemas políticos latinoamericanos han sido caracterizados por la inestabilidad, el autoritarismo y la intervención militar. Excluyendo a Cuba desde 1959 y a Nicaragua desde la caída de Somoza, históricamente, el resto de Latinoamérica ha sido aliado de Occidente y de su ideología democrática liberal, pero los conflictos, contradicciones y presiones han sido enormes. Las elites políticas latinoamericanas han enfrentado serias

dificultades para mantener el elemento democrático de la ecuación, y una respuesta común ha sido la intervención militar y la centralización para debilitar a las municipalidades que han sido tradicionalmente los centros de decisión locales, de participación popular y democracia. Wilkie ha documentado la enorme pérdida de control fiscal de las municipalidades a través de los años en México y Bolivia, y hay acuerdo general entre los estudiosos de las políticas latinoamericanas en que las municipalidades han perdido poder (Wilkie, 1967; Wilkie, 1968). Tal vez las presiones por acumulación capitalista excesiva (debe tenerse en cuenta que gran parte de la riqueza es succionada por las naciones industrializadas) o la insensibilidad política de las élites han llevado a exacerbar la explotación de las poblaciones que frecuentemente se revelan, punto en el cual los militares intervienen para preservar *el orden*. El movimiento pendular desde gobiernos militares a civiles que caracteriza a los sistemas políticos latinoamericanos puede ser explicado por las presiones que Occidente –los EEUU en particular–, ejerce sobre la elite para obligarla a volver a un gobierno civil. Los EEUU se sienten más cómodos con los símbolos de la democracia (elecciones, partidos, algún tipo de participación popular) que con el gobierno militar; este último está demasiado abiertamente en conflicto con los principios básicos de la democracia liberal. Una de las contradicciones de la democracia liberal es la asistencia de EEUU en entrenamiento en seguridad y el apoyo a los ejércitos latinoamericanos, y su apoyo y a veces estímulo a los golpes de Estado (Bailey, 1976). Una vez que la intervención militar destruye violentamente los liderazgos y las organizaciones populares, el péndulo político está listo para volver hacia atrás, hacia los gobiernos civiles, hasta que auténticos líderes y organizaciones democráticas emergen una vez más. En este clima político los programas nacionales de participación comunitaria bajo respaldo y control de los gobiernos son ideales para legitimar las democracias civiles liberales e incluso los gobiernos militares. Líderes complacientes pueden así ser reproducidos después de destruir a los democráticos. Así comprendemos a las fuerzas internacionales promocionando los programas de participación comunitaria, y que el único futuro de los programas de participación democrática sea la confrontación violenta. Werner ha captado muy bien el futuro de los programas de participación cuando escribió:

Consideremos las implicaciones en el entrenamiento y función de un trabajador de atención primaria [...]; si es estimulado a pensar, a tomar iniciativa y a mantenerse informado por sí mismo, las posibilidades son que trabajará con energía y dedicación, hará una mayor contribución a su comunidad [...]. Así, el trabajador de salud de la aldea se convierte en

agente interno de cambio, no solo para atención médica, sino para la concientización de sus pueblos sobre su potencial humano [...] y en última instancia sobre sus derechos humanos.

En países donde reformas sociales y en la propiedad de la tierra son necesarias con urgencia, donde la opresión de los pobres y las groseras disparidades de riquezas son dadas por supuesto, es posible que el trabajador de salud que yo termino de describir sepa y haga demasiado. ¡Tales humanos son peligrosos! Constituyen el germen del cambio social. (Werner, 1980, pp. 97-98)

Hemos subrayado la dimensión económica que se halla por detrás de la promoción de los programas de participación. Es correcto decir que muchos observadores han señalado que la fuerza de trabajo extraída de las comunidades en los programas de salud puede liberar capital para ser utilizado en hospitales urbanos para los grupos más acomodados. Por otro lado, debido a las presiones políticas, los gobiernos en varios países han asignado montos sustanciales de recursos a servicios de atención primaria (servicios para pobres)¹³. Frecuentemente tales recursos son mal administrados, por la falta de preocupación por los pobres o porque algunos grupos de interés, tales como la profesión médica o firmas farmacéuticas, sacan ventajas de ellos.

Conclusiones

Han habido muchas discusiones sobre el significado y la naturaleza de la participación comunitaria¹⁴, y no es nuestro intento contribuir a ese debate en este momento; en mayor medida buscamos sacar a luz –por el camino de la síntesis– algunas conclusiones. La afirmación más básica que es necesario

¹³Por no decir que, en la mayoría de los países de Latinoamérica, hay una desproporcionada asignación de recursos para la atención terciaria. Pero en mi estudio sobre salud rural, centrado en la República Dominicana, he mostrado que gran cantidad de recursos son asignados a los servicios de salud rurales. En ese país, como en muchos otros, un aumento en la asignación hubiera servido solamente para incrementar la mala administración. Ver: Ugalde, 1984.

¹⁴Ver Cohen & Uphoff (1980); Esquivel (1975); López Acuña (1980); Molina (1977); Muller (1979); Naciones Unidas (1975); Organización Mundial de la Salud (1981); Ramón (1982); Werner (1980).

formular es la siguiente: el nivel de éxito de cualquier forma de participación comunitaria es inversamente proporcional al nivel de estratificación social de la sociedad. A partir de esta premisa podemos afirmar:

- 1) Cuanto más estratificada es la sociedad, menos deseable será la promoción de programas nacionales de participación comunitaria, dirigidos a extraer recursos de los pobres (en trabajo, especie o moneda).
- 2) En las sociedades en las cuales la estratificación social ha sido sustancialmente reducida, la participación comunitaria debería ser estimulada, como medio de formación de capital y de reforzamiento de la dignidad humana.
- 3) La participación de comunidades locales en programas organizados por grupos privados, tales como universidades, iglesias o fundaciones, podría ser efectiva como medio de descentralizar, de resolver algunos problemas inmediatos de salud, de mejorar la utilización de recursos y crear conciencia social y política. Los organizadores de tales programas deberían saber que cuanto más estratificada es la sociedad en la que trabajan, más probable es que el programa fracase una vez terminado el apoyo, y más probable es que se produzcan situaciones de violencia cuando sus actividades incrementen las demandas de salud por fuera de los límites del proyecto o cuando se despierte la conciencia política o social (Cohen & Uphoff, 1980; Esquivel, 1975; Ramón, 1982; Molina, 1977).
- 4) Debería resultar claro, contrariamente a las afirmaciones de agencias internacionales y gobierno, que los servicios de atención médica primaria pueden ser exitosos sin la participación comunitaria. Las fallas en la provisión de atención médica están causadas por incompetencia, corrupción o mala administración por parte de los funcionarios civiles, y no por falta de participación comunitaria.
- 5) Las comunidades y los comités de salud pueden ser utilizados para monitorear y controlar el desempeño de los funcionarios civiles de menor jerarquía. Normalmente, esta función es parte de la supervisión del sistema de administración; sin embargo, pueden existir circunstancias en las cuales las comunidades pueden ser comprometidas para apoyar a la administración de la supervisión. Podría ser el caso de un gobierno seriamente interesado en reducir la corrupción, o en una situación post-revolucionaria. En Cuba, después de 1959, los Comités para la Defensa de la Revolución fueron muy efectivos en la supervisión de la implementación de las políticas revolucionarias. Funciones

formales de supervisión no deberían ser confiadas a la comunidad de manera permanente, pues estas son parte del proceso burocrático. Deberían estar disponibles otros mecanismos para formular demandas y recursos legales. Además, la supervisión por parte de comités de salud o comunidades será muy inefectiva en sociedades con grandes diferencias de ingresos; como ya dijimos, donde no hay preocupación por la equidad, tampoco hay interés en la calidad de los servicios para los pobres. (Labiada, 1972)

El modelo de participación comunitaria de OPS/OMS y otras agencias internacionales, según el cual la comunidad participa en el proceso de toma de decisión –esto es, planificación, administración y elección de comités de salud– no es realista y es inimplementable: estas son funciones políticas y deberían estar a cargo de cuerpos políticos con derechos y obligaciones constitucionales, tales como concejos y asambleas municipales, un punto que ha sido muy bien tratado por Belmartino y Bloch (1984). El caso de Cuba es particularmente interesante a ese respecto. A pesar de la masiva movilización comunitaria, el sistema de provisión de atención médica fue diseñado sin aportes de la comunidad; la participación comunitaria se centró casi exclusivamente en el programa de implementación (o extracción de recursos bajo la forma de trabajo) (Muller & Vila González, 1979). Por ejemplo, la decisión de dismantelar las mutualidades (organizaciones sin fines de lucro que incluían servicios de salud) se llevó a cabo sin consultar a su más de un millón de miembros. Una vez que la revolución estuvo consolidada, en 1976 se permitió a los ciudadanos elegir asambleas municipales, y desde entonces la atención médica primaria está bajo el control de esas asambleas. Hay poca discusión relativa a que el sistema de atención médica primaria en Cuba ha satisfecho las necesidades básicas de salud de la población (Naciones Unidas, 1970). En países donde los ciudadanos consideran que sus intereses y demandas de salud no son articulados en forma adecuada por los partidos políticos, su participación en la conformación de políticas a través de asociaciones privadas tales como los grupos de consumidores y ecologistas, y la autoayuda en salud, son necesarias y útiles¹⁵. Este tipo de participación tiene poco en común con el concepto de participación comunitaria para el Tercer Mundo elaborado por la OPS/OMS.

¹⁵Hay varios autores que vinculan a los grupos de consumidores y autoayuda con el concepto de participación. Ver: Greve (1980); Menéndez (1983); Robinson (1979); Silver (1973).

En síntesis, la participación comunitaria es una actividad política, y no puede ser organizada por gobiernos o agencias internacionales para satisfacer sus propias necesidades políticas.

Bibliografía

- Acuña, H. R. (1977). Participación de la comunidad en el desarrollo de los servicios primarios de salud. *Bulletin of the Panamerican Health Organisation*, 55, 93-97.
- Aguirre A. (1970). Community Medicine at University of Avile. En: Lathem, W.; Newberry, A. (eds.), *Community Medicine. Teaching Research, and Health Care* (pp. 51-60). New York: Appleton-Century-Crofts.
- Alford, R. (1975). *Health care politics: Ideological and interests groups barriers to reform*. Chicago: The University of Chicago Press.
- American Public Health Association (1977). *The state of the art of delivering low cost health service in developing countries. A survey or 180 health projects*. Washington, DC: APHA.
- Bailey, S. (1976). *The United States and development of South America. 1945-1975*. New York: New Viewpoints.
- Banco Mundial (1975). *Health sector policy paper*. Washington, DC: WB.
- Belmartino, S.; Bloch, C. (1984). Reflexiones sobre participación popular en salud en Argentina. *Cuadernos Médicos y Sociales*, 27, 7-21.
- Bruges, C. H. (1975). [Manuscrito sin título]. Cali.
- Cancian, F. (1965). *Economics and prestige in a Maya community: The religious cargo system in Zinacantán*. Stanford: Stanford University Press.
- Cohen, J. M. & Uphoff, N. T. (1980). Participation's place in rural development: Seeking clarity through Specificity. *World Development*, 8, 213-235.
- Cox, K. M. & Geletkanycz, C. (1977). *The health situation in Peru*. Washington, DC: Division of Program Analysis, Office of International Health, Department of Health, Education and Welfare.
- Crondon, L. (1983). Grass roots, herbs, promoters and prevention: a re-evaluation of contemporary international health care planning. The Bolivian case. *Social Science & Medicine*, 17, 1281-1290.
- Díaz, M. N. (1963). *Tonalá. Conservatism, Responsibility and authority in a Mexican town*. Berkeley: The University of California Press.
- Djukanovic, V. & Mach, E. P. (eds.) (1975). *A joint study on alternative approaches to meeting basic health needs of populations in developing countries*. Geneva: Unicef/WHO.
- Donahyel, H. (1981). Health delivery in rural Bolivia. En: Batien, J. W. & Donahue, J. M. (eds.), *Health in the Andes*. Washington, DC: American Anthropological Association (Special issue, N° 12).

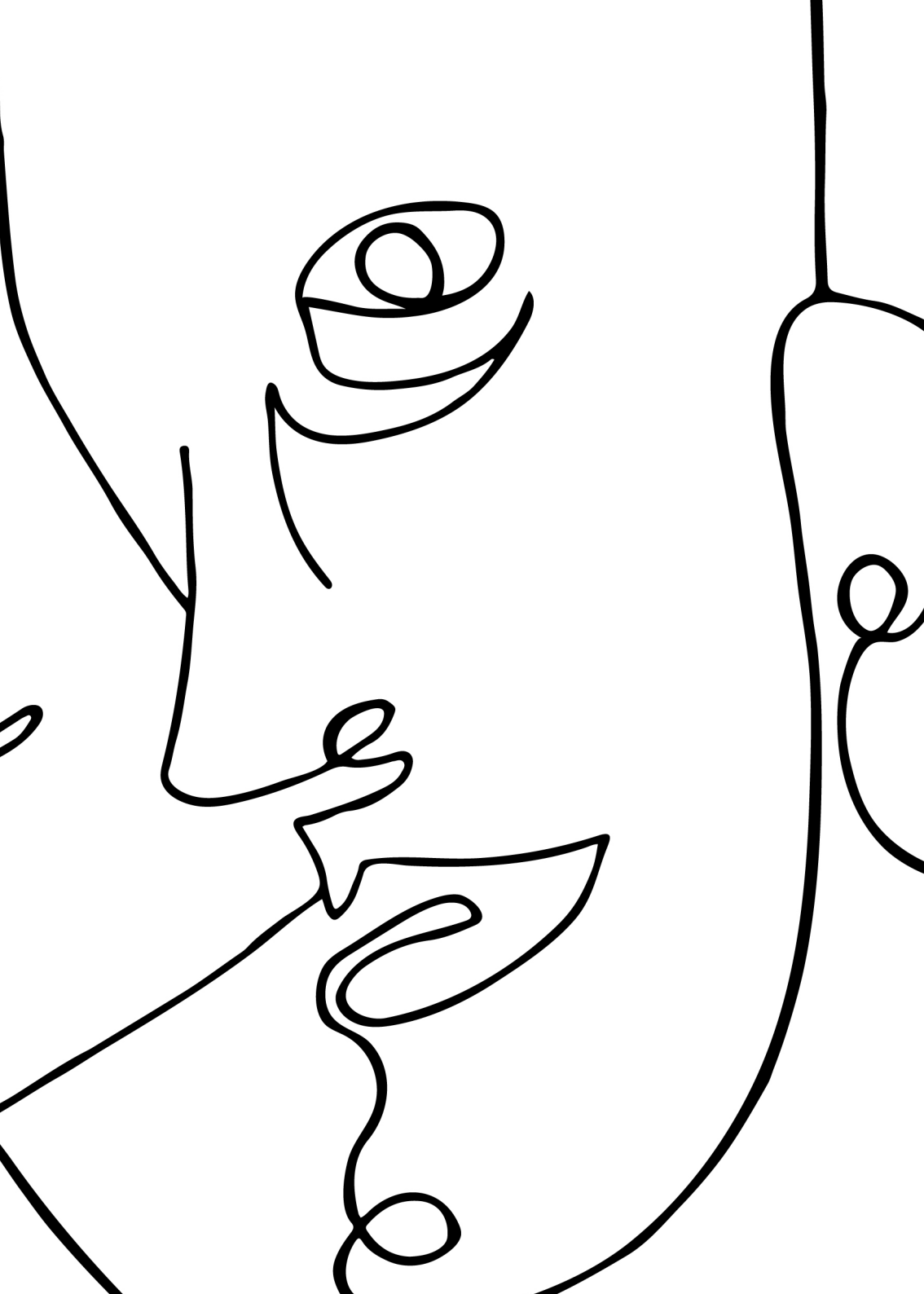
- Eoff, G. M. (1981). *Vista sociocultural de la salud rural y la entrega de servicios de salud: mito y realidad*. Tegucigalpa: United States Agency for International Development [inédito].
- Erasmus C. J. (1968). Community development and the Encogido Syndrome. *Human Organisation*, 27, 65-74.
- Escalona Reguera, M. & Agüero Benítez, N. (1979). La participación popular en la gestión estatal en Cuba. *Revista Cubana de Administración de Salud*, 5, 221-223.
- Esquivel, J. R. (1975). La medicina comunitaria como sistema de protección a la familia y al niño en Latinoamérica. *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*, 2, 91-95.
- Ferder, E. (ed.) (1973). *La lucha de clases en el campo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Foster, G. (1962). *Traditional culture and the impact of technological change*. Berkeley: The University of California Press.
- Foster, G. & Anderson, B. (1978). *Medical Anthropology*. New York: Wiley.
- Freire, P. (1970). *Pedagogy of the Oppressed*. New York: Herder & Herder.
- Fromm, E. & Maccoby, M. (1970). *Social Character in a Mexican Village*. Englewood Cliff, NJ: Prentice-Hall.
- Furtado, C. (1965). *Dialéctica del desarrollo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Goldrich, D. R. et al. (1970). Settlements in Chile and Peru. En: Mangin, W. (ed.), *Peasants in cities. Reading in the anthropology of urbanization*. Boston: Houghton Mifflin.
- Goodenough, W. H. (1970). Community response and development. En: Lathem, W. & Newberry, A. (eds.), *Community medicine, teaching, research and health care*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Greve, J. (1980). *Consumer participation and responsibility in the planning and delivery of health care*. Geneva: World Health Organization.
- Guzmán, L.; Tumala, M. & Barrantes, C. (1975). Medicina comunitaria, medicina integral y trabajo social: experiencia en San Ramón. *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*, 2, 115-125.
- Habermas, J. (1975). *Legitimation crisis*. Boston: Beacon Press.
- Heggenhougen, H. K. (1984). Will primary health care efforts be allowed to succeed? *Social Science & Medicine*, 19, 217-224.
- Herrera Morán, A. & Altschul, F. (1979). *Proyecto experimental de rehabilitación del Mesón El Progreso*. San Salvador: Fundación Salvadoreña de Desarrollo y Vivienda Mínima.
- Hoffman, R. et al. (1969). La marginalidad urbana. En: DESAL (ed.), *Marginalidad en América Latina. Un ensayo de diagnóstico*. Barcelona: Editorial Herder.
- Horowitz, I. L. (1964). *Revolution in Brazil. Politics and society in a developing nation*. New York: Dutton.
- Huizer, G. (1972). *The revolution potential of peasant in Latin America*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Huizer, G. (1979). Ciencia social aplicada y acción política: notas sobre nuevos enfoques. *Revista Mexicana de Sociología*, 41, 1013-1040.

- Jaramillo Antillón, J. (1983). *Los problemas de la salud en Costa Rica. Políticas y Estrategias*. San José: Talleres de Litografía Ambar.
- Kahl, J. A. (1968). *The measurement of Modernism*. Austin: The University of Texas Press.
- Korten, D. C. (1979). *Community social organization in rural development*. Yogyakarta: Ford Foundation.
- Labiada, A. (1972). Operación Sitio: A housing solution for progressive growth. En: Geisse, G. & Hardoy, J. E. (eds.), *Latin American Urban Research, Vol. 2*. Beverly Hills: Sage.
- Landsberger, H. A. (1979). Continuity and change in Latin America's rural structures: Changing Perspectives in the Studies of Rural Latin America. En: Bolgyes, I. et al. (eds.), *The process of rural transformation. Eastern Europe, Latin America, and Australia*. New York: Pergamon Press.
- Lebow, R. et al. (1983). *Project Evaluation Summary Specific to the Rural Health Delivery System (SBS) in the Dominican Republic. Evaluation and Recommendations*. Boston: Management Science for Health [inédito].
- Lerner, D. (1958). *The passing of traditional society: Modernizing the Middle East*. Glencoe: Free Press.
- Lewis, I. (1951). *Life in a Mexican village: Tepoztlan restudied*. Urbana: The University of Illinois Press.
- López Acuña, D. (1980). *La salud desigual en México*. México: Siglo XXI Editores.
- Martin, P. (1981). *An assessment of factor which affects community participation in the Honduran health system*. Washington, DC: American Public Health Association [inédito].
- Menéndez, E. L. (1983). *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Cuadernos de la Casa Chata.
- Ministerio de Salud (1977). *Manual operativo para el desarrollo del programa de participación de la comunidad*. Bogotá: Dirección de Participación de la Comunidad, Documento PCS, 2.
- Ministerio de Salud Pública (1977). *Comunidad Escuela de Zarzal. Documento básico*. Zarzal: Unidad Regional de Zarzal [inédito].
- Ministerio de Salud Pública (1978a). *Proyecto de convenio de integración sector salud-sector educación en la Comunidad-Escuela*. Cali: Servicio Seccional de Valle, Secretaría de Educación de Valle, Cali [inédito].
- Ministerio de Salud Pública (1978b). *Bases legales de constitución y organización de la Comunidad-Escuela*. Zarzal: Unidad Regional de Zarzal [inédito].
- Ministerio de Salud Pública (1980). *II Plan Quinquenal de Salud 1980-1984. Volumen 1. Planificación General*. Quito.
- Ministerio de Salud Pública de Panamá (1976). *Encuesta sobre los comités de salud*. Panamá [inédito].
- Molina, G. et al. (1977). El responsable de la salud y la participación de la comunidad. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*, 83, 93-104.

- Moraes, C. (1970). Peasant leagues in Brazil. En: Stavenhagen, R. (ed.), *Agrarian problems and peasant movements in Latin America*. Garden City, NY: Anchor Book.
- Muller, F. (1979). *Participación popular en programas de atención sanitaria primaria en América Latina*. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública.
- Muller, F. & Vila González, E. (1979). Participación popular en la atención sanitaria primaria en un área rural de Cuba, 1978. *Revista Cubana de Administración de la Salud*, 5, 181-209.
- Naciones Unidas (1970). Séminaire mondiale sur la réhabilitation des tandis et l'amélioration de l'urbanisation spontanée. *Rapport Final*. Medellín: Instituto de Crédito Territorial.
- Naciones Unidas (1975). *Popular participation in decision making for development*. New York: UN, Departamento de Asuntos Sociales y Económicos.
- Naciones Unidas (1979). *Manual de construcción de viviendas mediante esfuerzo propio*. New York: UN, Departamento de Asuntos Sociales y Económicos.
- Nelson, J. (1969). Migrants, urban poor and instability in development nations. *Occasional Papers in International Affairs*, 22. Harvard University Center for International Affairs.
- Newell, K. W. (ed.) (1975). *Health by the People*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Nichter, M. (1984). Project community diagnosis: Participatory research as a first step toward community involvement in primary health care. *Social Science & Medicine*, 19, 237-252.
- Núñez, T. E. (1963). *Cultural discontinuities and conflict in a Mexican village* [tesis de doctorado]. Berkeley: University of California at Berkeley.
- Offe, C. (1972). *Struktur Problem des Kapitalistischen Staates*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Organización de los Estados Americanos (1975). *First Interamerican Conference on Community Participation*. New York: OAS.
- Organización Mundial de la Salud (1979). *Formulating strategies for health for all by the year 2000*. Geneva: OAS.
- Organización Mundial de la Salud (1981). *National Decision Making for Primary Health Care. A study of the Unicef/OMS Joint Committee on Health Care*. Geneva: OAS.
- Organización Panamericana de la Salud (1974). *Servicios comunitarios de la salud y participación de la población. XXII Reunión del Consejo Directivo de la OPS. (Washington, DC, octubre 1973). Publicación científica N° 289, (E)*. Washington, DC: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (1975). *Utilización de auxiliares y líderes comunitarios en programas de salud en el área rural. Informe final. Publicación científica N° 296*. Washington, DC: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (1978a). Informe del Director, Cuadrienal 1974-1977. Anual 1977. Documento Oficial N° 158, Washington.
- Organización Panamericana de la Salud (1978b). *Informe del director de la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas / Oficina Sanitaria Panamericana, ICPH/ALA/78.5*. Washington, DC: OPS.
- Papdock, W.; Paddock, E. (1973). We don't know how. An independent study of what they call success in foreign assistance. Ames: Iowa State University Press.
- Paul, B. (ed.) (1978 [1955]). *Health, culture and community*. New York: Russel Sage Foundation.

- Paul, B. J.; Demarest, W. J. (1984). Citizen participation overplanned: the case of a health project in the Guatemalan community of San Pedro la Laguna. *Social Science & Medicine*, 19, 185-192.
- Pedersen, D. (1980). *Salud y participación: un modelo para armar*. Quito [inédito].
- Portes, A. (1971). The urbano slums in Chile: Types of correlates. *Land Economy*, 47, 235-248.
- Quijano Obregón, A. (1969). Contemporary peasant movements. En: Lipset, S. & Solaris, A. (eds.), *Elites in Latin America*. New York: Oxford University Press.
- Ramón, G. (1982). Sistema de salud comunitario y poder popular. En: Rhon, F. (ed.), *Política de Salud y Comunidad Andina*. Quito: Centro de Arte y Acción Popular.
- República de Colombia (1977). *Taller sobre atención primaria de salud*. Montería: Ministerio de Salud Pública, Dirección General de Atención Médica. Atención Primaria de Salud [inédito].
- República de Colombia (1980a). *Taller nacional de atención primaria en salud*. Bogotá: Ministerio de Salud Pública.
- República de Colombia (1980b). *Estudio. Participación de la Comunidad en la Planeación de la Salud, Vol. 7*. Bogotá: Ministerio de Salud, Dirección de Investigaciones.
- República Dominicana (1978). *Informe. Extensión de cobertura con atención primaria y participación de la comunidad en República Dominicana*. Santo Domingo: Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social [inédito].
- Rifkin, Susan B. (1980). *Contact. The Human Factor. Readings in Health, Development and Community Participation*. Special Series, N° 3.
- Roberts, B. (1970). The social organization of low-income families. En: Horowitz, I. (ed.), *Masses in Latin America*. New York: Oxford University Press.
- Robinson, D. (1979). *The self-help component of primary health care*. Ponencia presentada en la 6° International Conference of Social Science and Medicine, s/d.
- Santos de Morais, C. (1971). Algunas consideraciones en torno de las investigaciones campesinas en Latinoamérica. *Boletín del Instituto de Estudios Laborales*, 8. Génova.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia (1974). *Plan Nacional de Salud 1974-1976 (1977-1983. Volumen 1*. México: Secretaría de Salubridad y Asistencia.
- Secretaría Técnica del Consejo Superior de Planificación Económica (1973). *Plan Nacional de Desarrollo 1974-1978. Tomo VII Plan de Salud y Nutrición*. Tegucigalpa, DC: Consejo Superior de Planificación Económica.
- Silberstein, P. (1960). Favela living: personal solutions to larger problems. *América Latina*, 12, 183-200.
- Silver, G. A. (1973). Community participation and health resource allocation. *International Journal of Social Determinants of Health and Health Services*, 3, 117-131.
- Somarriba, M. M. (1980). On the limitations of community health programmes. *Contad, Special Issue N° 3*, 61-68.
- Stavenhagen, R. (ed.) (1970). *Agrarian problems and peasant movements in Latin America*. Garden City, NY: Anchor Book.

- Tunón, C. et al. (s/f). *Informe sobre el estado actual de los comités de salud. Análisis preliminar y estrategias*. S/d: Ministerio de Salud Pública.
- Ugalde, A. (1974). *The urbanization process of a poor Mexican neighborhood*. Austin: The University of Texas at Austin; Institute of Latin American Studies, Special Publication Series.
- Ugalde, A. (1980). Physicians control of the health sector: professional values and economic interests. *Social Science & Medicine*, 14, 435-444.
- Ugalde, A. (1984). Where there is a doctor: Strategies to increase productivity at lower costs. The Economics of Rural Health Care in the Dominican Republic. *Social Science & Medicine*, 19, 441-450.
- Unicef (1978). *Unicef News* 98, 4. Geneva: Unicef.
- Unicef; OMS (1977). *Community involvement in primary health care. A study of the process of community motivation and continued participation*. Geneva: Unicef.
- Unicef; OMS (1978). *Primary Health Care. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR*. Geneva: Unicef; OMS.
- Uzzelt, J. D. (1974). *Bound for places I'm not known to: Adaptation of migrants in four irregular settlements in Lima, Peru* [tesis de doctorado]. The University of Texas, Austin.
- Velázquez, G. (1970). Community medicine as an experiment in health care. En: Lathem, W. & Newberry, A. (eds.), *Community medicine. Teaching research, and health care* (pp. 131-140). New York: Appleton-Century-Crofts.
- Venegas, E. (1981). *Decision-making process and community participation in Zarzal Regional Health Unit* [tesis de doctorado]. The University of Texas, Austin.
- Wellin, E. (1978). Water boiling in a Peruvian town. En: Paul, B. (ed.), *Health Culture and Community*. New York: Russel Sage Foundation.
- Werner, D. (1980). Health care and human dignity. A subjective look at community-based rural health programs in Latin America. *Contad, Special Issue N° 3*, 91-105
- Wilkie, J. W. (1967). *The Mexican Revolution: Federal expenditures and social change since 1970*. Los Angeles, CA: The University of California Press.
- Wilkie, J. W. (1968). *The Bolivian Revolution and US aid since 1952*. Los Angeles, CA: Latin American Center, The University of California Press.
- Wolfe, A. (1977). *The limits of legitimacy. Political contradictions of contemporary capitalism*. New York.



Capítulo 2

Las múltiples trayectorias de la participación social

Eduardo L. Menéndez

Desde la década de 1960 y especialmente desde la Conferencia de Alma Ata, la participación social ha sido reconocida como una de las actividades básicas de las políticas de atención primaria de la salud (Kroeger y Luna, 1987; Muller, 1979; Rifkin y Walt, 1988). Junto con la autoatención, el papel de la mujer y los saberes médicos populares, la participación social sigue siendo reconocida hasta la actualidad como parte sustantiva de las acciones dirigidas a solucionar o por lo menos limitar varios de los principales problemas que afectan la salud colectiva e individual, en particular de los grupos subalternos (Coreil & Dennis Mull, 1990; Menéndez, 1994).

La participación social ha sido propuesta para América Latina como una actividad necesaria no solo respecto de los procesos de salud/enfermedad/atención (en adelante S/E/A), sino también respecto de una gran diversidad de campos como el educativo, el económico, el recreativo e incluso el cultural, lo cual dio lugar desde la década de 1940 a la propuesta y/o implementación de proyectos específicos de participación social impulsados desde el Estado y/o la sociedad civil (CEPAL, 1960; Ware, 1962; Naciones Unidas, 1972; Ugalde, 1985).

Desde entonces la participación social aparece simultáneamente como un objetivo y como un instrumento de aplicación y de reflexión teórico-metodológica respecto de los procesos de S/E/A, dado que podía contribuir a mejorar las condiciones de vida y reducir la incidencia de factores negativos a nivel de grupos domésticos y de grupos de autoayuda así como a nivel comunitario, incluyendo ulteriormente procesos y unidades macrosociales inclusive en términos de movimientos sociales. No solo investigadores dedicados al estudio de los grupos de autoayuda (Katz,

1981; Katz y Bender, 1976), sino también especialistas en movimientos sociales como Gusfield (1963) o como Touraine (1987, 1995, 1997) vieron en el proceso de S/E/A un eje para el desarrollo de acciones colectivas que a partir de su especificidad podían articular y/o expresar necesidades genéricas y/o tender a constituirse en movimientos sociales.

Es decir que la participación social fue considerada no solo como un medio para abatir o limitar daños a la salud, sino como un instrumento que posibilitaría organizar, movilizar, democratizar a los conjuntos sociales, y no exclusivamente respecto de los procesos de S/E/A.

Una esquemática trayectoria de la participación social

Si bien la participación social comienza a ser impulsada desde los años cuarenta por organismos internacionales y por expertos, debemos asumir que la misma era parte normalizada de diferentes formas de acción colectiva, desarrolladas especialmente por grupos políticos y sindicales, que a través de distintos tipos de participación trataban de lograr objetivos específicos, en su mayoría relacionados con el mejoramiento de sus condiciones de vida y trabajo, así como la modificación de las desigualdades socioeconómicas dominantes.

Si bien los problemas de salud y especialmente de alimentación eran parte de sus demandas, los mismos no aparecían como un capítulo separado de sus objetivos generales. La lucha por estos objetivos condujo no obstante a incluir cada vez más las demandas de atención de la salud como parte de las reivindicaciones sostenidas, especialmente, por los trabajadores urbanos de los países capitalistas centrales durante fines del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX.

Es decir que la participación social era identificada, por lo menos desde el siglo XIX, con determinadas formas de acción de ciertos sectores sociales subalternos, por lo cual lo novedoso a partir de la década de 1940 fue que la participación social fuera impulsada por organismos internacionales, respecto de problemas específicos y referida a otros contextos y grupos sociales.

Como sabemos, después de concluida la denominada Segunda Guerra Mundial los países capitalistas centrales *descubrieron* que la mayoría de los países que comenzarían a ser llamados del Tercer Mundo se caracterizaban por el *subdesarrollo*, es decir, por vivir en condiciones de pobreza, por su

escasa productividad, por el dominio de organizaciones políticas no democráticas y autoritarias, así como por la existencia de características sociales y culturales que limitaban el *desarrollo* de esos países. El subdesarrollo generaba condiciones de vida negativas expresadas sobre todo a través de las altas tasas de mortalidad general, mortalidad infantil y preescolar, una baja esperanza de vida, alta incidencia de enfermedades infectocontagiosas y procesos de desnutrición endémica. De allí que las condiciones de salud pasaron a constituir algunos de los principales y más negativos indicadores de la situación de subdesarrollo, lo que implicaba la necesidad de intervenir sobre ellos.

Estas condiciones de subdesarrollo, vinculadas o no con la expansión del *comunismo* en amplias partes del Tercer Mundo y especialmente en China, así como con el desarrollo de ideologías anticolonialistas y antiimperialistas tanto a nivel de la sociedad civil como de una parte de los gobiernos surgidos del proceso de descolonización, condujeron a las sociedades desarrolladas a proponer el desarrollo del mundo subdesarrollado, lo cual suponía no solo mejorar las condiciones económicas, sino también reducir las consecuencias negativas generadas por el subdesarrollo en diferentes áreas, y especialmente en la de la salud.

Estos y, por supuesto, otros procesos condujeron a proponer a la participación social como uno de los principales instrumentos para impulsar el desarrollo económico, la educación, el combate a la enfermedad en los países periféricos y especialmente en las zonas rurales. Las actividades se centraron en la *comunidad*, y se dio especial importancia a los aspectos socioculturales, dado que estos fueron considerados como *barreras* que limitaban o directamente impedían el cambio. Más aún, según las interpretaciones salubristas, gran parte de los problemas de salud y las dificultades para erradicarlos se debían al dominio de estos factores, y especialmente de los culturales.

Esta forma de pensar e implementar la participación social fue impulsada por organismos internacionales y especialmente por agencias norteamericanas que a través de financiamientos y de la asesoría de expertos ayudaron a diseñar las actividades de participación para el desarrollo económico rural, el desarrollo educativo o el desarrollo en salud. El eje del desarrollo fue colocado en aspectos técnicos y sociales, dejando de lado en la mayoría de los casos los procesos de poder, especialmente el papel del poder en la estructuración de las condiciones de subdesarrollo, y las limitaciones que el poder impone, por lo menos, a determinadas formas de participación social.

Estas propuestas técnicas de participación comunitaria se aplicaron a contextos en los cuales se estaban desarrollando similares o diferentes propuestas participativas en los ámbitos sindicales, políticos o estudiantiles, una parte de las cuales colocaban en el centro de sus preocupaciones justamente

la cuestión del poder y de las desigualdades socioeconómicas, lo cual cobró desarrollo durante los años cincuenta y especialmente durante los sesenta. Por lo cual la participación social, con este u otros nombres (desarrollo comunitario, animación social, movilización, etc.), desde la finalización de la Segunda Guerra Mundial, ha sido utilizada con diversos objetivos y por diferentes sectores sociales en términos exclusivamente técnicos, en términos básicamente políticos o en términos que corresponden a los intereses específicos de ciertos grupos como pueden ser los de tipo sindical. Pero, además, especialmente en función de los procesos que estamos señalando, la participación social ha sido también un importante objetivo de la investigación y la reflexión académica referidas justamente a los procesos sindicales, políticos, étnicos o religiosos.

Es decir que este concepto supone la existencia de una trayectoria técnica, una política, una sindical, una académica, y de otras trayectorias, que si bien han tenido procesos diferenciados se caracterizan porque han formulado y tratado de resolver interrogantes teórico-prácticos similares referidos a la participación social. Hay que asumir en toda su significación que un promotor de salud, un activista sindical, un militante político, como ahora los activistas en derechos humanos o las organizaciones feministas, se formulan interrogantes y objetivos similares cuando se proponen intervenir en términos de participación social: ¿cómo se asegura mínimamente la participación social de sujetos y grupos respecto de la constitución y el funcionamiento de un comité de salud en una comunidad rural, de la obtención de agua potable a nivel barrial o de una demanda salarial a nivel de un determinado sector ocupacional? ¿Cuál es el tipo de organización que asegura la participación social, y reduce el peligro de conflictos, fracturas o burocratización de los miembros de los grupos que impulsan la participación social? ¿Cuáles son los procesos y factores que limitan o favorecen la participación social de los grupos involucrados en estas situaciones?

Este tipo de preguntas se las formulan, y sobre todo se las han formulado desde hace mucho tiempo, personas que trabajan en organizaciones étnicas, sindicales y políticas respecto de sus objetivos específicos, dado que para lograrlos necesitan resolver un problema similar que podemos sintetizar así: ¿cómo hacer que personas y grupos se organicen y participen respecto de objetivos comunes, lo que frecuentemente implica la modificación de aspectos considerados negativos para la situación actual de dichos grupos?

Recordar la similitud de interrogantes supone reconocer que antes que los sistemas de salud, las ONG o los académicos preocupados actualmente por la participación social, toda una serie de actores sociales reflexionó, impulsó y/o actuó previamente en términos de participación social. En consecuencia, este

concepto supone la existencia de múltiples historias que, si bien han tenido trayectorias diferenciales, se caracterizan porque han tratado de resolver problemas particulares a través de interrogantes y acciones similares, o que han posibilitado por otra parte la permeabilidad entre dichas historias, sobre todo a nivel de los conjuntos sociales y más allá de la intencionalidad de los sectores que impulsan o están interesados en la participación social.

Por lo tanto, la reflexión sobre participación social referida a procesos de S/E/A debiera tener como marco referencial estas múltiples trayectorias, lo que sin embargo no ocurre en la mayoría de las reflexiones o investigaciones y sobre todo en las acciones desarrolladas por el aparato médico sanitario (AMS), las ONG o los grupos sociales directamente involucrados con un problema de salud específico.

La inclusión de la dimensión histórica es necesaria tanto en términos teóricos como prácticos, dado que existe una tendencia a pensar y sobre todo a practicar la participación como si operara en una suerte de vacío histórico, lo cual entre otras cosas conduce a desconocer y en consecuencia no buscar la existencia de formas y experiencias de participación previas en las comunidades, grupos y sujetos con los que se trabaja con objetivos participativos, convalidando una manera de actuar según la cual todo nuevo proyecto político o técnico inaugura la participación social en el medio donde trabaja. Se actúa como si *antes* no hubieran existido actividades y experiencias participativas, lo que conduce a ignorar la trayectoria y resultados de dichas experiencias, así como de los procesos y factores que limitaron o facilitaron la participación social. Esto no solo es incorrecto en términos metodológicos, sino sobre todo en términos aplicados, pues impide entender por qué determinados grupos actúan (participan) de determinada manera, por qué adoptan actitudes pasivas o se niegan a participar en los términos propuestos por los sectores técnicos o por los grupos políticos.

Esta actitud a-histórica implícita o formulada expresamente parte de diferentes concepciones; en muchos casos obedece, como lo señalamos, al “presentismo” que caracteriza gran parte de las propuestas teóricas y aplicadas actuales que tienden directamente a ignorar el pasado, aun el inmediato. Pero hay otras concepciones que consideran que los grupos reinventan los procesos participativos a partir de su situacionalidad, y que por lo tanto la trayectoria histórica participativa discontinuada no tiene demasiado efecto si no corresponde justamente a la situacionalidad de los actores.

Debemos no obstante reconocer que coetáneamente otras tendencias sostienen que los grupos sociales se caracterizan por la continuidad-discontinuidad y que por lo tanto es importante recuperar las experiencias participativas del pasado para sustentar o posibilitar el surgimiento de nuevas

actividades participativas. Esta orientación propone utilizar varias técnicas, pero sobre todo la historia oral, para recuperar la participación social, sosteniendo además que estas técnicas cumplen también una función participativa e inclusive de movilización.

Así como la primera propuesta se caracteriza por una suerte de presentismo y la segunda por un situacionismo que niegan el papel de la historicidad y que inclusive la consideran negativa, la tercera concepción evidencia frecuentemente una tendencia a venerar arqueológicamente el pasado en sí, que frecuentemente ignora las resignificaciones y problemas del presente, por lo cual también nos encontramos con una negación de la historicidad como presente. Considero que necesitamos buscar intencionalmente las experiencias históricas de participación social para trabajar con ellas en la medida en que expresen experiencias y procesos que puedan ser reconocidos y apropiados por los grupos sociales actuales.

Pero, además, aun la orientación sincrónica y sectorial de por lo menos una parte de los que trabajan en participación social conduce a tomar en cuenta solo las formas y experiencias de participación que refieren a su campo específico, como si los actores sociales recortaran en su subjetividad los campos de la realidad establecidos desde el Estado o desde una determinada disciplina o interés sectorial, y en consecuencia operando como si las experiencias participativas respecto de problemas agrarios o de procesos educativos vividas por sujetos y grupos no tuvieran influencia en los comportamientos participativos de los mismos referidos a otras áreas de la realidad, como pueden ser la salud, el uso del tiempo libre o la religión.

Ahora bien, en este trabajo no desarrollaré esta múltiple historia salvo en algunos aspectos, sino que propondré un marco referencial a partir del cual veamos jugar diferentes concepciones y prácticas de la participación social, así como el proceso de continuidad-discontinuidad que caracteriza el uso de este concepto, y la orientación dominante dada al mismo más allá de las invocaciones ideológicas que caracterizan los usos de la participación social. En función de ello me interesa subrayar el desarrollo simultáneo de diferentes definiciones y acciones de participación social, que en determinados análisis y usos aparecen como excluyentes y unilaterales, en lugar de ser observadas como propuestas que se desarrollan y transaccionan coetáneamente entre sí. Más aun, para nosotros es justamente el proceso de continuidad/discontinuidad dentro del cual operan los conceptos y sus aplicaciones lo que posibilita entender el sentido y función del constante proceso de utilización, apropiación, resignificación y/o reemplazo a veces gradual pero frecuentemente intempestivo de diferentes conceptos, y especialmente del concepto de participación social.

La construcción teórico-práctica de un concepto

La década de 1960 supuso la constitución tanto en sociedades centrales como periféricas¹⁶ de procesos de participación colectiva organizados en torno a lo económico-político, a particularidades étnicas, religiosas, de género, estudiantiles, o en función de identidades fuertemente estigmatizadas (homosexuales). Especialmente a partir de los años setenta y sobre todo durante los ochenta, la afirmación de la diferencia a través de formas de participación social fue utilizada por sujetos y grupos como expresión de modos de vida específicos, y también como propuestas de cuestionamiento y/o de transformación de la sociedad dominante, en forma global o más frecuentemente referidas a aspectos puntuales.

Mientras que la mayoría de los proyectos de participación social centrados en lo político entraron en crisis o por lo menos en receso durante las décadas de 1970 y 1980, una parte de los constituidos en torno a determinadas diferencias se caracterizaron por su afianzamiento o por lo menos por su continuidad hasta la actualidad. Las limitaciones, fracasos y/o la inviabilidad política e ideológica de la mayoría de los proyectos políticos que buscaban la transformación, una parte de los cuales –no lo olvidemos– lo hicieron a partir de apelar a la intensificación de la participación colectiva, condujeron a un hecho aparentemente paradójico. Ciertos conceptos participativos, y sobre todo los definidos en términos de participación social como control en la toma de decisiones o en términos de *empoderamiento*, cobraron mayor presencia cuando entraron en crisis las propuestas políticas más radicales.

El uso de la participación social se dio desde los años setenta en forma heterogénea y disímbola en función de la afirmación de las particularidades específicas y del tipo de críticas a la sociedad dominante, que expresaban las condiciones de opresión, marginación, estigmatización o subalternidad de los diferentes sectores sociales implicados. Desde esta perspectiva la recuperación de la participación social no puede ser pensada en los mismos términos respecto de las propuestas desarrolladas por grupos étnicos, por las diversas variantes del feminismo o por el movimiento en salud mental; y por supuesto, no puede ser interpretado con la misma perspectiva el desarrollo de estos

¹⁶El esquema que presentamos no solo deja de lado determinados procesos contextuales, sino que desarrolla una síntesis —a veces muy apretada— de una parte de las tendencias teóricas y aplicadas que trabajaron sobre la participación social. Debemos aclarar también que las tendencias enumeradas no operan en todos los contextos, ni en todos los procesos, ni con los mismos actores sociales.

movimientos en las sociedades capitalistas centrales que en las periféricas, pese a los afanes de las concepciones denominadas globalizadoras¹⁷.

La participación social como concepto y como práctica fue utilizada por tendencias teórico-ideológicas que consideraron que el capitalismo favorece el desarrollo de una sociedad individualista, competitiva, consumista, pasivo-receptiva, apática, donde los objetivos privados se imponen a las necesidades públicas. Una sociedad donde la caída de ideologías y prácticas comunitarias y/o socialistas favorecía la atomización y la indiferencia o el escepticismo hacia las acciones colectivas; y donde la democracia aparecía cada vez más formal, ya que se había generado o más frecuentemente profundizado la escisión entre la población y sus representantes políticos y/o sindicales aun en contextos donde funcionaba comparativamente la democracia representativa.

Pero esta concepción no era nueva ya que, desde mediados del siglo XIX y especialmente durante los años veinte y treinta del siglo XX, una parte del marxismo, de los historicismos, pero también del pensamiento conservador e inclusive fascista había reflexionado críticamente sobre las características de la sociedad europea, y particularmente sobre su tendencia a la no participación social. Más aún, en los años cincuenta y sesenta, especialmente la Sociología norteamericana retomó algunas de dichas temáticas, en particular las referidas a la pérdida de la identidad subjetiva y grupal, la caracterización de la vida como inauténtica, anómica, alienada; el dominio creciente de la soledad, el aislamiento, *la muchedumbre solitaria*, la depresión, o la soledad del *corredor de fondo* que expresaban la continuidad de un análisis negativo de las sociedades capitalistas, iniciado previamente por los pensadores europeos.

Lo nuevo a partir de los años sesenta, y sobre todo de los setenta, fue la crítica no solo desde el pensamiento conservador, sino también desde la izquierda, a los socialismos reales en los cuales la participación social era controlada y/o excluida en términos políticos y donde la participación sociocultural era organizada vertical y burocratizadamente. Sociedades en las cuales la población no tenía injerencia en la selección y el nombramiento de sus representantes políticos o sindicales, y donde la democracia directa constituía un acto de simulación. De tal manera que se desarrollan cuestionamientos de los dos modelos dominantes de organización económico-política, la

¹⁷Recordemos que, durante la década de 1960, los grupos y movimientos sociales nucleados en torno a lo étnico, la religión, el género, la edad, la identidad estigmatizada o la enfermedad mental tuvieron un notable desarrollo en los EEUU, y en menor grado en países europeos, antes de que estos movimientos específicos cobraran significación en América Latina donde, salvo los movimientos obrero, campesino y estudiantil, el resto se desarrolló en períodos ulteriores.

capitalista y la *comunista*, a partir de múltiples características, pero sobre todo porque serían sociedades sumamente estructuradas, dirigidas por cúpulas que responden a intereses sectoriales y que tratan de anular la participación autónoma de los diferentes grupos que la constituyen. Lo cual condujo a proponer que la modificación de dichas sociedades solo sería posible a través de una suerte de activismo permanente, que debía utilizar todas las formas de participación posibles, reconociendo algunas tendencias que la violencia constituía una de las principales formas de participación social.

Gran parte de las críticas al estructuralismo, al funcionalismo, al culturalismo y, por supuesto, al marxismo y a la negación del sujeto que caracterizaba a estas corrientes, expresaban en el plano teórico el desarrollo creciente de esta crítica sociopolítica. Durante los años sesenta y setenta una serie de corrientes teóricas subrayó la tendencia institucionalizadora dominante en toda sociedad, el dominio de lo instituido sobre lo instituyente, concluyendo que las instituciones crean necesariamente mecanismos para asegurar su propia reproducción. Toda institución, y no solo las políticas, genera procesos de poder y micropoder para reproducirse, y en función de dicha hipótesis fueron analizadas especialmente las instituciones familiares, educacionales y médicas.

Tales conclusiones no consistieron en meras reiteraciones de las propuestas weberianas, sino que describieron el peso de lo institucional como oponiéndose estructural y funcionalmente a los procesos de democratización en los más diversos campos, más allá de las invocaciones políticas formales. El trabajo de Michel Foucault –si bien con contradicciones y discontinuidades– expresa en parte este tipo de concepciones, donde el saber/poder institucional no solo limita la participación social, sino que convierte la participación social supuestamente autónoma en un agente de la reproducción del sistema dominante.

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

tendencias reconoce a la participación social como uno de los escasos procesos que puede oponerse a lo estructurante, a lo institucionalizado y a la reproducción de la subalternidad.

Por otra parte, los análisis referidos a las condiciones socioeconómicas y étnicas de los países periféricos, y especialmente de América Latina, evidenciaron no solo la creciente pobreza de la población, sino también su exclusión de la toma de decisiones respecto de los procesos económicos y políticos, y también culturales, que condicionaban sus formas de vida, incluso a nivel local.

Conceptos como el de marginalidad, más allá de su legitimidad teórica, buscaron subrayar que la mayoría de la población subalterna rural y urbana no participaba, o lo hacía subordinadamente, en los espacios de la democracia formal. Si bien las sociedades capitalistas se caracterizaban en los ámbitos oficial y privado por el desarrollo de una burocracia jerarquizada, por la concentración de los mecanismos de poder, por un incremento en la división del trabajo que incidía en la pérdida de autonomía de los sujetos, estas y otras características tendrían un peso diferencial en las sociedades periféricas reduciendo o disuadiendo las actividades de participación social, o limitándolas a ámbitos locales.

El conjunto de estas orientaciones favoreció durante los años sesenta la recuperación de las propuestas autogestivas desarrolladas previamente sobre todo en los años veinte y treinta, las cuales se expresaron a través de proyectos y experiencias referidas al “control obrero”, al “control campesino”, al “control estudiantil”. Varias tendencias propusieron, y en algunos casos, como el de las enfermedades mentales, impulsaron la toma o por lo menos la coparticipación de los “locos” en el control de las instituciones psiquiátricas. Al igual que las experiencias centradas en lo político ocurridas simultáneamente, la mayoría de estos ejercicios y propuestas de control fueron desapareciendo durante los años setenta y especialmente en los ochenta, o se orientaron, como en el caso de las corrientes antipsiquiátricas, hacia objetivos que en algunos casos llegaron incluso a ser instrumentados por los sectores e instituciones contra los cuales luchaban dichas corrientes. Como sabemos, esto ocurrió con el proceso de despsiquiatrización hospitalaria desarrollado en los EEUU, lo cual no significa que en todos los contextos operó de la misma forma, sino que nos indica que prácticamente cualquier proceso –por radical que sea– puede ser apropiado y reorientado por las fuerzas sociales contra los cuales se constituyó. Y ello por varios procesos; sobre todo si no se ejerce la participación social constante respecto de los objetivos propios, tal como sostienen algunas de las corrientes participativas.

En última instancia, por lo menos, algunas de las tendencias participativas que se caracterizan por recuperar el papel del actor y de la subjetividad,

subrayan justamente el papel decisivo del actor y del sujeto activo porque reconocen el peso de la estructura, de la institución, de la propia vida cotidiana en la tendencia a la reproducción de la realidad. Es decir que no niegan el peso de la estructura sino que, dado que lo reconocen, plantean la necesidad de la participación constante e intencional. Subrayo este aspecto porque toda una serie de recuperaciones del sujeto, desde los años setenta y sobre todo desde los ochenta, decidieron la *muerte* de la estructura justamente cuando por lo menos en América Latina el peso de la misma se expresaba abiertamente a través de las estructuras de poder y las económicas, que en pocos años convirtieron en pobres a millones de sujetos. Una de las paradojas intelectuales de estas décadas reside en que cuanto más se subraya el papel del sujeto y más se niega el papel de la estructura, es cuando más se observan las consecuencias que la estructura está teniendo sobre los sujetos y subjetividades de los latinoamericanos.

Considero que el incremento del uso de ciertos conceptos psiquiátricos –como el de “dependencia”– y su extrapolación a otros campos del saber y de la vida cotidiana expresan estas preocupaciones por la relación sujeto/estructura. Toda una serie de análisis subrayó la constitución de sujetos cada vez más dependientes en las sociedades actuales; de sujetos caracterizados por la pérdida de autonomía y por delegar sus actividades e inclusive su identidad a toda una variedad de sustancias o instituciones; la dependencia podía ser a las drogas, al juego, al deporte, a la televisión o a una ideología. Respecto de esta dependencia se fue desarrollando una doble propuesta; una que encontraba la solución en la transferencia de la dependencia a otra instancia caracterizada por la participación en grupos de autoayuda, y otra que encontraba la solución en el acto individual y voluntario del sujeto.

Si bien, como vimos, durante la década de 1940 se apela a la participación social respecto de los procesos de S/E/A en términos salubristas-comunitarios, a partir de los años cincuenta, y sobre todo de los sesenta, asistimos al reconocimiento de que los procesos participativos no solo son necesarios para actividades de promoción y de educación para la salud, sino que la participación del sujeto es decisiva en la curación o por lo menos para la reducción de los efectos negativos de un padecimiento determinado. Una notable cantidad de investigaciones demostró que la involucración activa del paciente no solo facilitaba la cura de la tuberculosis broncopulmonar o el control de la diabetes mellitus sino que reducía significativamente los tiempos de recuperación del enfermo.

En este lapso la participación social fue recuperada desde diversas orientaciones, problemáticas y actores sociales. La misma fue propuesta como uno de los principales mecanismos para construir y/o reconstituir la identidad, deteriorada o no, de grupos étnicos, de migrantes rural/urbanos, de

homosexuales o de locos. Aparece no solo como un mecanismo de rehabilitación, sino también como un ejercicio donde los sujetos y grupos pueden experimentar su propio poder y sus posibilidades de acción. La participación social aparecía como una de las principales estrategias de los marginales urbanos, de las mujeres o de los “desviados” para solucionar sus problemas, que en gran medida consistía en eliminar la exclusión y la subalternidad. Aquellas(os) que no tienen poder, que no “tienen la palabra”, pueden llegar a tenerlos si comienzan a participar, de tal manera que la participación social se va convirtiendo en una suerte de mecanismo eficaz que opera desde lo político hasta lo terapéutico y que dio lugar al uso extendido de términos como “empoderamiento”.

La participación social supone para algunos cuestionar lo dado, oponerse a lo institucionalizado, a la dominación, a la manipulación y/o a la cooptación. La participación social posibilitaría el desarrollo de la autonomía a nivel de sujeto y de grupo; cuestionaría la verticalidad de las organizaciones y de la toma de decisiones o por lo menos de determinadas formas de verticalidad. Desde una perspectiva política, la participación social supondría un ejercicio constante de democratización, y como se dijo anteriormente, de ciudadanía; más aún, explícita o larvadamente, algunos pensaron la participación social en términos de democracia directa al colocar el eje en la toma de decisiones. Pero, además, la participación posibilitaría la transformación del propio sujeto al convertirlo en actor que no reduce su papel a la reproducción de la estructura, sino que contribuye a producirla y a cambiarla.

Correlativamente, desde los años sesenta y desde diferentes tendencias teóricas y aplicadas se proponía el uso de la investigación-acción, cuestionando las metodologías dominantes como poco apropiadas para describir y analizar la realidad, y sobre todo actuar sobre ella. La nueva metodología fue propuesta no solo como un instrumento de investigación, sino también de transformación. Más todavía, su aplicación posibilitaría el aprendizaje de los sujetos involucrados a partir de participar y modificar la realidad. Esta metodología se extenderá durante los años setenta y ochenta como la forma normalizada de trabajar de las ONG; y toda una serie de autores, como Fals Borda, vieron en la apropiación de esta metodología por las comunidades la posibilidad de construir una democracia real y no formal.

Algunas de las tendencias señaladas, y en especial las que trabajan en investigación-acción o en investigación participativa, cuestionaron el rol y la función de los expertos y de la actividad académica y profesional en general, señalando que el conocimiento que producen no está referido a las necesidades y problemas de los conjuntos sociales, que gran parte de sus aportes son complejos y difíciles de manejar por la población, y que sus investigaciones

tienen que ver básicamente con objetivos académicos y profesionales que tienden frecuentemente a reproducir juegos académicos. Además, sostienen que el experto ha funcionado favoreciendo los intereses de determinados grupos y operando como control de los grupos subalternos a través de aspectos específicos, especialmente dentro del campo de la salud.

La participación social aparece entonces como un instrumento necesario para aprender, cuestionar, modificar algunas de las principales características de las sociedades actuales. La participación social *en sí* cuestionaría el individualismo, la dependencia, la apatía, etc.; al involucrar al individuo en una actividad colectiva tendería a superar la atomización social y posibilitaría la constitución de una subjetividad no centrada en lo privado. Estas concepciones son fundamentadas teórica y empíricamente en el hecho de que el sujeto se constituye como tal a partir del otro –de los otros–; la constitución del sujeto no es un hecho individual sino un proceso de participación relacional.

La trayectoria del concepto-acción participación social tiene como trasfondo la lucha contra la hegemonía teórica de los estructuralismos, funcionalismos y culturalismos negadores no solo del actor sino también del autor, pero ello no implica que las corrientes que recuperaron la significación de la participación social de sujetos y grupos arrancaran de la nada, como parecen creer actualmente gran parte de los que trabajan en investigación participativa, ya que durante dicha hegemonía existieron tendencias que siguieron proponiendo el papel central, o por lo menos copartípe, del sujeto y sus grupos. Fue, justamente, debido a la existencia de estas tendencias que cuando entraron en crisis determinadas teorías, ideologías e imaginarios, ello condujo por una parte a la recuperación del sujeto hasta reducir en algunos casos la teoría de la acción a la subjetividad –como fue el caso de Touraine– pero, paradójicamente, también condujo a radicalizar aún más determinadas concepciones estructurantes, como fue el caso de varios foucaultianos.

Uno de los problemas a resolver respecto del período en que estamos analizando la participación social, es precisar qué se entiende por sujeto y qué por estructura, así como la relación entre ambos. No todo fue estructurante “antes”, es decir, en el caso de América Latina, en los años sesenta y setenta, como pretenden algunas lecturas ahistóricas, ni todo es sujeto social después, aun cuando algunos autores casi solo hablen de sujetos, subjetividades, actores, agentes y experiencias, ya que debemos asumir que durante todo el periodo existieron y existen corrientes teóricas y aplicadas que siguieron manteniendo el énfasis en el sujeto o en la estructura más allá de las apelaciones a la complementación propugnada por diversos autores. Más aún, muchos de los que actualmente promueven la articulación de ambas

dimensiones en el nivel de la reflexión teórica, siguen trabajando básicamente sobre la estructura o sobre la subjetividad en sus investigaciones empíricas, por lo cual reiteramos que debemos registrar el análisis de los usos de la participación social no solo en las teorizaciones, sino también en las investigaciones y, sobre todo, en las acciones.

La revisión de las propuestas que utilizan la participación social evidencia que no son homogéneas en lo referente a la relación sujeto-estructura, que las mismas cuestionan diferentes ámbitos de la realidad y que sus propuestas difieren en aspectos decisivos de los usos de la participación social. Una de las orientaciones que más subraya el papel de la participación social, coloca en el individuo y en la competencia socioeconómica la alternativa más adecuada y *realista* de participación social; la autonomía, la responsabilidad, el autocontrol y la capacidad/capacitación individual son las condiciones básicas de la eficacia de la participación social. Esta tendencia secundariza la importancia de la estructura y el papel del Estado, reduciendo la acción participativa al grupo y sobre todo al individuo. Esta ha sido una tendencia constante desde los años treinta en la Antropología aplicada norteamericana, que halló en el individuo, en los líderes comunitarios, en los *cultural brokers*, la posibilidad de desarrollo comunitario, y que se expresó constantemente en los programas de participación social aplicados en América Latina especialmente en el medio rural (Erasmus, 1961, 1969). De tal manera que la participación social fue reducida al individuo o al microgrupo, colocando en ellos tanto los logros como los fracasos. Algunas de estas tendencias son las que mejor expresan el proceso de *culpabilización de la víctima* (MacKinlay, 1982; Ryan, 1976), según el cual los pobres son los principales culpables de ser pobres.

Junto a esta orientación se desarrolla una variedad de propuestas que simultáneamente critican a las concepciones individualistas, y a las estructuralistas y culturalistas; a las primeras por reducir la participación social al individuo, y a las últimas no tanto por desconocer la existencia de las relaciones sociales, sino por reducirlas al nivel macrosocial y sobre todo por ignorar la dinámica de las redes sociales, de los grupos de autoayuda, de las estrategias de vida que no necesariamente contribuyen a la reproducción de la estructura. Cuestionan que esta orientación no tomara en cuenta la participación social a través de la *lucha* cotidiana de los sujetos y microgrupos, y que redujera la participación social a acciones exclusivamente políticas a través de las clases sociales o de análisis simbólicos reducidos a *la cultura*, dejando de lado a los actores sociales que participaban a través de sus particularidades religiosas, de género o de padecimiento.

Se generó una articulación de propuestas devenidas del gramscismo, la fenomenología, el cristianismo de base y otras tendencias, impulsando una

perspectiva que recuperaba la significación del saber popular y su potencialidad de resistencia, así como el papel de la práctica y de la concientización, que se expresó a través de un intenso trabajo comunitario y barrial, y una de cuyas principales referencias fue la obra de Paulo Freire. Si bien el conjunto de estas orientaciones teóricas y prácticas desarrollaron críticas correctas a las concepciones estructuralistas y a las individualistas, debe reconocerse que no construyeron una *teoría del pasaje* de las estrategias de vida o del trabajo comunitario a instancias más genéricas, como las clases o los movimientos sociales. Si bien se dieron casos en los cuales estas experiencias se articularon con movimientos populares urbanos y rurales, o inclusive los impulsaron, ello fue coyuntural y no se expresó en una elaboración teórica. La mayoría de estas experiencias, sobre todo a través de distintas ONG, desembocaron en un trabajo que buscaba asegurar la supervivencia de la vida de los sujetos y del saber popular operando como estrategias de *aguante* más que como estrategias de transformación.

Ahora bien, en el plano teórico estos procesos condujeron a la recuperación del sujeto, a la necesidad de incluir al actor, a considerar la realidad como procesual concibiendo a la estructura no como algo dado sino como un proceso que se constituye en la práctica. Se recuperó la capacidad de los sujetos y microgrupos para construir espacios propios dentro de las instituciones, y se construyeron o reappropriaron términos como lucha, negociación, transacción y movimiento como expresiones de una nueva forma de pensar y actuar la realidad.

Debe recordarse que gran parte de estas propuestas constituían reparaciones, y considero que una parte de las críticas referidas a los usos pasados de la teoría y de la práctica expresan frecuentemente una suerte de desconocimiento de que similares propuestas y acciones habían sido previamente desarrolladas. Esto se evidencia especialmente en el desconocimiento de que una línea de trabajo centrada en el individuo (sujeto), microgrupo y/o en la comunidad, desarrollada especialmente por las ciencias sociales y de la conducta norteamericanas desde las décadas de 1930 y 1940 (Antropología aplicada, estudios de pequeños grupos, estudios de comunidad, etc.), fue la que en gran medida proveyó las técnicas e instrumentos con los cuales trabajaría incluso una parte de las tendencias críticas, de los que adhieren a la investigación participativa y/o de las ONG, por lo menos de las interesadas por el campo de la salud.

Pero, además, en los años noventa se vuelve a hablar de *resistencia* sin recuperar o solo recuperando escasamente, las diversas líneas que a través de Fanon (1962), Thompson (1979), Huizer (1970) o Cooper (1971) propusieron desde los años cincuenta la resistencia de los colonizados, de los trabajadores,

de los campesinos o de los locos como uno de los principales y más eficaces procesos de participación social.

Actualmente está de moda en América Latina señalar que algunas de estas corrientes funcionalistas, interaccionistas simbólicas, culturalistas, pero también fenomenológicas y marxistas, no incluían los procesos de poder y de micropoder, lo cual es solo parcialmente correcto, dado que varios autores correspondientes a dichas corrientes teóricas colocaron en el poder y/o en el micropoder gran parte de sus esfuerzos teóricos y empíricos para intervenir en sus campos de especialidad (ver, por ejemplo, Basaglia, 1977a, 1977b; Conrad & Schneider, 1980; Gouldner, 1979; Gusfield, 1963; Román & Trice, 1968; Szasz, 1973 [1961], 1976 [1970]).

De rituales añorados

También desde los años cincuenta y sesenta toda una serie de autores trató de explicar lo que consideraba una característica básica de las sociedades capitalistas, y especialmente de las desarrolladas, es decir la reducción de la participación social expresada en gran parte por la disminución o desaparición de rituales. Según ellos, dichas sociedades se caracterizaban por la carencia de ceremoniales que aseguraran no solo la participación colectiva sino incluso la reproducción sociocultural. Generaron una concepción de la sociedad y del sujeto de dichas sociedades como básicamente racionales, movilizados por una evaluación de la realidad en términos de costos-beneficios, por un proceso de socialización focalizado en la individuación y por carecer de rituales y mitologías que los vincularan entre sí y/o con otras instancias supraindividuales que tácita o explícitamente referían al orden religioso. Esta interpretación hallaba sus fundamentos en una perspectiva evolutiva y en la comparación con las *sociedades no occidentales*, en las cuales dominarían los rituales y donde las relaciones colectivas organizadas y fundadas en un orden cultural y no en un orden económico-político, eran prioritarias respecto del sujeto¹⁸.

¹⁸Determinadas tendencias de la Sociología norteamericana durante los años sesenta consideraron que la pérdida o erosión de los símbolos y/o rituales constituía una característica distintiva de sociedades reducidas cada vez más a individuos y sin capacidad para producir espacios de participación colectiva. Estas sociedades daban lugar al desarrollo de sujetos no solo no participativos sino también sin identidad o con una identidad vacía, difusa y a veces híbrida.

El proceso de S/E/A, especialmente la muerte, fue uno de los campos más analizados para evidenciar la pérdida de rituales, la desaparición de sostenes simbólicos y la constitución de sociedades negadoras de la mortalidad o por lo menos de la presencia de la muerte. Las investigaciones históricas, sociológicas y antropológicas se potenciaron para afirmar la desaparición, o por lo menos la reducción, de los rituales de participación en torno a la muerte (Ariès, 1983; Glaser & Strauss, 1965, 1968; Gorer, 1965; Palgi & Abramovitch, 1984; Riley, 1983; Thomas, 1983).

Sin embargo, y lo subrayo, por lo menos algunos de dichos trabajos evidenciaban la construcción de nuevos rituales, especialmente rituales de evitación de la muerte y de evitación de toda una variedad de padecimientos amenazantes en sociedades caracterizadas por el continuo incremento de la esperanza de vida de sus sujetos. Al respecto debemos asumir que no mencionar la palabra cáncer no solo constituye una metáfora de ciertos aspectos de la sociedad occidental, como señala Sontag (1981), sino sobre todo un ritual de evitación de la muerte en dichas sociedades.

Dentro de un clima dominado por lamentos sociológicos respecto de las pérdidas de ritos y mitos, debemos interrogarnos sobre si realmente desaparecieron los rituales, si es posible que las sociedades actuales vivan y se reproduzcan sin rituales, y si desaparecieron los espacios ritualizados de participación colectiva. Sin negar que desaparecieron rituales y relaciones de participación, necesitamos no obstante interrogarnos sobre la posibilidad de una sociedad sin rituales y sin relaciones participativas, así como sobre la perspectiva metodológica utilizada por las corrientes que proponen estas interpretaciones.

Desde mis supuestos teórico-metodológicos entiendo que no es posible que existan sociedades sin rituales y sin relaciones participativas, por lo que considero que las descripciones e interpretaciones que sustentan dichas desapariciones expresan ciertas formas de trabajo académico –y también *participativo*–, así como ciertas orientaciones ideológicas que los conducen a negar los rituales y relaciones participativas que están operando en la realidad de los grupos que estudian y/o con los cuales participan. Porque si bien es real que han desaparecido rituales y relaciones sociales muy significativos, no solo desaparecieron algunos sino que también se desarrollaron otros; pero ocurre que los estereotipos académicos y participativos orientaron la búsqueda de rituales y relaciones participativas hacia determinados espacios, instituciones y actores en los que efectivamente habían desaparecido por lo menos una parte de las relaciones y rituales, por lo cual es necesario un cambio de orientación y por lo tanto buscarlos en campos donde generalmente no han sido detectados ni buscados.

Considero que la negación del ritual, y más precisamente de las relaciones ritualizadas, en las sociedades actuales obedecería, por lo menos en parte, a una falta de historicidad en la interpretación de los rituales, que no asume la temporalidad en la construcción, resignificación, desaparición o transformación de los mismos, dado que parece dominar una interpretación en términos de permanencia-desaparición más que de transformación-cambio de los rituales y de las relaciones participativas.

La persistencia y sobre todo transformación de rituales era casi obvia en la mayor parte de las sociedades latinoamericanas, y no solo referidas a su población indígena, pero la re-observación de las sociedades capitalistas desarrolladas evidenció en algunos casos la desaparición y en otros la persistencia de viejos rituales a través de ceremonias religiosas o sociopolíticas. Evidenció también la construcción o resignificación de nuevos espacios, rituales y símbolos que podían tener incluso escasa duración en el tiempo, pero que expresan procesos de participación social. Los espectáculos deportivos, los conciertos masivos de música popular, los períodos vacacionales, el desarrollo del comercio ambulante urbano o los diferentes movimientos de protesta que incluso convierten espacios públicos en lugares sagrados de participación, como es el caso emblemático de la marcha de los jueves de las “Madres de Plaza de Mayo”. Los rituales de identificación organizados a través de la pertenencia a un equipo de fútbol o de béisbol¹⁹, de formas de vestir, de maquillarse, de cortarse el pelo, del uso del lenguaje, de las formas de beber y el tipo de bebida consumida, se caracterizan por su dinamismo y transformación, pero no por ello dejan de constituir rituales de reconocimiento, pertenencia, distanciamiento y participación colectiva (De Martino, 1962).

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

¹⁹Para algunos analistas estos son *espectáculos*, connotando con este término la cualidad de pasividad de los que van a presenciarlos. Lo mínimo que puedo comentar respecto de dichos análisis y sus analistas es que fueron —si es que lo hicieron— a esos espectáculos como espectadores y no como va la mayoría, es decir, como partidario, fanático, torcedor, hincha, tifoso o barra, etc., de algunos de los equipos a través de los cuales participan real e imaginariamente los espectadores a niveles que pueden implicar no solo festejos colectivos sino incluso lesiones e inclusive la muerte por agresión, por angustia e inclusive por felicidad (Elias & Dunning, 1995).

No debe soslayarse el hecho de que el VIH-sida emergió en ciertos contextos luego de un notable y constante incremento de la presencia social de los sujetos y grupos homosexuales.

Durante los años sesenta y sobre todo los setenta, se crearon espacios de participación masiva de homosexuales en ciudades como Nueva York, Los Ángeles o San Francisco, que incluyeron la apropiación de espacios periféricos como Marruecos y Tailandia como lugares de participación y de experiencias colectivas homosexuales. Incluso se resignifican fiestas *tradicionales*, de tal manera que toda una serie de carnavales se caracterizan por el dominio o por lo menos el fuerte protagonismo de grupos homosexuales. En consecuencia, la legitimación de la homosexualidad en ese período se basó, por lo menos parcialmente, en un amplio y continuo proceso de participación social, por la ocupación y/o construcción de espacios, por la constitución de rituales y símbolos de identificación y reconocimiento. Y es en parte este proceso el que permitió que fueran los grupos homosexuales los que desarrollaran una mayor participación y eficacia en la aplicación de estrategias preventivas y asistenciales respecto del VIH-sida, sobre todo los grupos pertenecientes a ciertos estratos sociales y a ciertos países de mayor desarrollo capitalista.

Los procesos de migración internos e internacionales también se caracterizan por la producción de espacios de autorreconocimiento, pertenencia y participación social, por la construcción de organizaciones y de redes de autoayuda social, laboral y de protección. Si bien esta es una constante que fue extensamente descrita por las investigaciones realizadas respecto de la llamada “gran inmigración” de europeos y población del denominado *Cercano Oriente* hacia los EEUU, Canadá o el sur de América Latina durante el siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX, características similares vuelven a observarse en la actualidad, aunque dentro de contextos y relaciones diferentes. Ahora la migración es de latinoamericanos, africanos y asiáticos hacia los EEUU y determinados países europeos, pero vuelven a crearse espacios públicos de participación y de organización, así como redes sociales étnicas, religiosas, regionales o nacionales, lo que implica –y lo subrayo– a millones de sujetos y que se continuará en las próximas décadas.

La inmigración ha sido siempre asociada con procesos de soledad, *desajuste*, pérdida de relaciones sociales básicas del migrante, que tiene parte de verdad, pero que no es lo más frecuente y significativo, dado que es la participación social microgrupal en términos de diferentes particularidades lo que aparece en todos los pasos del proceso migratorio, desde la decisión y forma de migrar, hasta instalarse, conseguir trabajo y supervivir. Frecuentemente a través de canciones, narraciones, autobiografías, historias de vida, artículos

periodísticos en revistas o periódicos comunitarios, la migración aparece descrita como un fenómeno individual y melancólico, que sin embargo no corresponde a lo que ocurre con la mayoría de los migrantes, dado que si los migrantes no establecieran redes y relaciones sociales les sería difícil sobrevivir o el proceso migratorio sería mucho más difícil no solo en términos económicos, sino también culturales y subjetivos. Esto no niega que existan procesos melancólicos, en muchos casos dolorosos en términos constantes o coyunturales, pero no deben ser confundidos con la soledad, con la individualidad y menos aún con carencia de redes sociales; porque además gran parte de esas expresiones melancólicas se manifiestan a través de situaciones en las cuales los migrantes cantan, bailan, juegan, recuerdan juntos sobre todo su patria chica (Menéndez, 1965-1966).

Por lo cual, como he analizado en otros trabajos, por lo menos una parte de las representaciones construidas por los propios actores respecto de sus procesos de vida no corresponde totalmente a las prácticas de dichos procesos. Más aún, suelen dar una versión negativa que no se observa sino solo en una parte de los hechos. En el caso de los migrantes estudiados por nosotros, y que expresaban una notoria melancolía por sus regiones de origen, ninguno, por ejemplo, regresó definitivamente a su país. Por lo cual referir las representaciones de los actores a sus prácticas constituye un paso metodológico imprescindible no solo para describir sino también para entender los fenómenos de participación social.

Correlativamente, y lo subrayo, en diferentes contextos y sectores sociales se han generado formas de participación social caracterizadas por la violencia en las relaciones internas y externas, y que incluyen el desarrollo de toda una simbología de pertenencia con espacios sociales de identificación propia. Al margen de la interpretación que hagamos de las causas y funciones de las violencias desarrolladas en cada contexto y tipo de relación, lo sustantivo es que la violencia es parte de rituales y símbolos a través de los cuales los que participan se identifican y se diferencian.

Este desarrollo de rituales participativos fue evidenciado recurrentemente dentro del campo de la salud/enfermedad o de la problemática de la desviación y el control social. Esto puede observarse en uno de los procesos, el de alcoholización, a través del cual se han construido y se siguen construyendo, en gran número de sociedades y culturas, relaciones de participación social; esto ha sido intensamente estudiado por los antropólogos demostrando que en los grupos étnicos americanos prácticamente toda ceremonia de tipo religioso, sociopolítico o doméstico implica el uso colectivo y ritualizado del alcohol (Menéndez, 1987; Menéndez, 1991). Pero estas características han sido típicas de la mayoría de las sociedades occidentales en el

pasado, y en la actualidad dada la construcción constante de nuevos rituales y espacios de participación social donde el alcohol aparece hasta ahora como imprescindible.

Gusfield, a través de varias investigaciones que considero decisivas, viene señalando desde los años sesenta que el alcohol ha constituido en la sociedad norteamericana un constante medio para la organización de comportamientos colectivos que en unos casos condujo a procesos de movilización político-social como fue el de templanza a fines del siglo XIX y principios del XX; a procesos de participación caracterizados por la constante trasgresión de las reglamentaciones vigentes por parte de muy diferentes sectores sociales, como ocurrió durante la aplicación de la denominada “Ley Seca” en los años veinte y treinta; hasta la producción de un orden moral construido en torno a la relación establecida entre ebriedad y conducción de automotores según criterios médicos y sanciones jurídico-policiales que inducen a comportamientos de control y autocontrol en los sujetos y grupos que beben alcohol, pero también en quienes no beben (Gusfield, 1963, 1981).

Otros estudios han señalado el papel del alcohol en la escisión simbólica entre el orden del trabajo y el orden del ocio expresado a través de la separación entre el día y la noche, donde el momento del no trabajo asociado al orden nocturno es marcado por la legitimidad social y subjetiva de beber alcohol, de tal manera que el consumo de bebidas alcohólicas –generalmente en forma colectiva– expresa un tipo de participación social que se opone o por lo menos se diferencia de la participación social en el ámbito laboral.

El alcohol sigue constituyendo una de las sustancias a través de las cuales se generan constantes espacios, símbolos y rituales de participación, de allí que fenómenos de participación masiva como “la ruta del bacalao”, desarrollada en España desde los años ochenta, que articula a través del alcohol toda una serie de *indicadores* de la sociedad actual –adolescencia como sector fuertemente diferenciado, incremento del tiempo *libre* del fin de semana, velocidad, música, baile, violencia–, no constituye un caso excepcional, sino que es parte de esta continua potencialidad de constituir espacios ritualizados de pertenencia y de relaciones sociales participativas en torno a los usos del alcohol.

Pero, además, observamos un intenso y variado desarrollo de nuevos movimientos religiosos que también favorecen el desarrollo de procesos participativos en los cuales opera la ritualidad, la religación, la producción de identidades y pertenencias frecuentemente a través de pequeños grupos y comunidades religiosas que si bien en algunos casos refieren a entidades más o menos universales, se caracterizan cada vez más por la importancia de la referencia local. Ahora bien, la mayoría de estos nuevos grupos religiosos se caracterizan por desarrollar algún tipo de ceremonia curativa, que

presenta momentos de participación colectiva. El desarrollo de estas características redefine incluso la propia orientación de la Iglesia Católica, que si bien siempre ha desarrollado actividades de tipo terapéutico, ha dado lugar en los últimos años a la nueva orientación denominada “carismática”, que incluye protagónicamente la participación individual y colectiva en torno a lo religioso-terapéutico²⁰.

El desarrollo de nuevas organizaciones religiosas en las sociedades capitalistas actuales es parte del proceso de incremento de grupos caracterizados por algún tipo de diferencia idiosincrática, lo cual también se expresa a través de grupos organizados en torno a algún proceso de S/E/A. Una de las principales expresiones la constituyen los grupos de autoayuda organizados en torno a padecimientos, como pueden ser los grupos de Alcohólicos Anónimos, de Neuróticos Anónimos, de mujeres violadas o de padres con niños con síndrome de Down. Con mayor o menor énfasis todos estos grupos generan rituales de pertenencia y relación organizados en torno a un padecimiento específico.

Si bien la mayoría de estos grupos no tiene un origen y ni siquiera una referencia explícita a lo religioso, debe recordarse que Alcohólicos Anónimos sí, y que su forma de organización, así como sus procesos de control social y terapéutico, han influenciado notoriamente a una parte de los grupos de autoayuda organizados en torno a otros padecimientos. Un aspecto importante en todos estos grupos es la religación, es decir la búsqueda de relaciones sociales entre los miembros, que en determinados casos puede incluir la religación religiosa.

Estos grupos se caracterizan por la notoria frecuencia de sus encuentros, que pueden ser semanales o por lo menos quincenales, y que en algunas experiencias de tipo *Nueva Era* es cotidiana. Esta frecuencia de relaciones supone, para una parte de estos grupos, el desarrollo de implicaciones emocionales centradas en lo terapéutico y en lo religioso-terapéutico. Debe subrayarse que en estos grupos la participación se circunscribe a sujetos específicos que comparten un padecer común y no a la comunidad como un todo. Mientras, en los grupos o comunidades denominados “naturales”, tanto rurales como urbanos, los rituales y la participación buscan reforzar la integración y la pertenencia de los sujetos a los mismos, en estos nuevos grupos los rituales buscan rehabilitar y apoyar al sujeto a través de mecanismos grupales, pero se trata de sujetos cuya identidad y pertenencia no refieren tanto a la comunidad sino que se centran en un padecimiento del

²⁰Si bien por lo menos una parte de estos grupos y procesos son manipulables, expresan pautas consumistas, etc., dichas características en principio no afectan lo que estamos concluyendo.

cual también participan/padecen los restantes miembros del grupo, de tal manera que la identidad, pertenencia y relaciones con los otros se basa en un padecimiento común a los miembros del grupo. Por lo tanto, es el padecimiento el que establece la posibilidad de una participación *comunitaria*.

De los materiales analizados surge que frente a las reflexiones que proponen la desaparición o por lo menos la pérdida de importancia de los rituales y relaciones sociales participativos, observamos pérdidas y desapariciones, pero también una continua producción de los mismos a través de muy diferentes espacios y actores sociales, y especialmente como parte de los procesos de S/E/A.

La polivalencia de la participación social

Otro importante aspecto a precisar refiere al tipo de sociedad o por lo menos sociabilidad que se pretende obtener al impulsar la participación social, dado que ha sido considerada como decisiva para lograr sus objetivos por tendencias políticas e ideológicas similares pero también antagónicas. Como ya lo señalamos, la participación social tiene diferentes significados, constituyendo para algunas tendencias un medio para obtener determinados resultados puntuales, pero también para ensayar y/o impulsar el tipo de sociedad que se pretende establecer a través de la participación social que se esté aplicando.

No obstante, en gran parte de los casos el objetivo de la participación social es sobre todo puntual, como por ejemplo en el movimiento gay, que busca básicamente eliminar la exclusión y la estigmatización, así como lograr el reconocimiento y legitimación de su diferencia sexual; es decir que el objetivo es producir una sociedad no excluyente, por lo menos respecto de las sexualidades *diferentes*. Algo similar podemos decir del movimiento de las mujeres, en el cual hay tendencias que proponen una transformación de la sociedad basada en el paso a primer plano de *valores femeninos*, de los cuales uno de los más enfatizados refiere a la posibilidad de construir sociedades no violentas y más *curadoras* en el sentido original del término, así como hay otras tendencias que expresan objetivos socialistas o neoliberales; pero lo común en este disperso movimiento sería eliminar la exclusión y la subalteridad de la mujer.

A nivel general pero también específico, explícita o tácitamente, la participación social ha sido propuesta como uno de los mecanismos que posibilitaría y expresaría el tipo de sociedad que se quiere producir ya sea en términos de

una concepción individualista, competitiva y desigual característica del neoliberalismo actual, como en términos de una sociedad autogestiva colectiva e igualitaria que emerja de determinadas concepciones socialistas y anarquistas, pero también de propuestas comunitarias y etnicistas desarrolladas durante el siglo XIX y parte del siglo XX.

Pero, además, debemos recordar que la participación social fue utilizada también como uno de sus principales mecanismos políticos e ideológicos por los fascismos, especialmente el italiano y el alemán, que colocaban en la movilización masiva en espacios públicos uno de los ejes políticos de sus propuestas sociales. Si bien el concepto de movimiento social se desarrolló inicialmente en relación “...con los esfuerzos del proletariado para emanciparse y construir el socialismo, de tal manera que Movimiento Social y Socialismo son aspectos distintivos del mismo fenómeno.” (Sombart, 1936 [1918], p. 18), lo cierto es que fueron el fascismo, primero, y posteriormente algunos populismos, los que usaron autorreferencialmente este concepto constituyéndolo en parte central de su concepción política²¹. El nazismo colocó en el *Movimiento* el peso dinámico de su propuesta, criticando en forma radical la tendencia de los partidos políticos a establecer programas y proponiendo como alternativa no solo las “directrices” del “movimiento” sino sobre todo la acción, una acción que incluía lo coyuntural y lo situacional (Neumann, 1983 [1942], p. 86).

La participación social masiva, impulsada sobre todo por el nazismo, generó la movilización de millares y en algunas ocasiones de millones de personas a través de simbologías y rituales colectivos –que inclusive supusieron la recuperación y resignificación de antiguos rituales²²– y si bien el tipo de organización desarrollada fue vertical, sumamente jerarquizada, colocando solo en algunos sujetos la toma de decisiones y reduciendo frecuentemente lo coyuntural y situacional a oportunismo político, todo ello no niega el efecto de la participación social impulsado por estas concepciones, uno de cuyos objetivos políticos era producir la unificación ideológica del *pueblo* a través de la participación social fuertemente ritualizada. La participación y la adhesión cultural (ideológica) fueron dos de las estrategias básicas del nazismo; más aún, la brutalidad física, el confinamiento

²¹Fueron los fascistas los que utilizaron este término autorreferencialmente, que no olvidemos cuestionaba la concepción clasista sustentando el movimiento social en la categoría “pueblo”.

²²Los antropólogos alemanes recuperaron en las décadas de 1920 y 1930 la función de los rituales y de los símbolos como mecanismos de pertenencia e identidad, influyendo en la constitución de los rituales y símbolos de la “nueva Alemania”. Subrayemos que la mayoría de ellos adhirieron y/o militaron en el Partido Nacional Socialista Obrero alemán.

e inclusive el exterminio formaban parte de la concepción ritual, organizativa y participativa del régimen nazi (Menéndez, 2002).

Por otra parte, determinadas interpretaciones de la participación social recuperan algún tipo de comunidad utópica como modelo de sociedad, cuyas referencias van desde los grupos *primitivos* a la recuperación de espacios más o menos medievales como alternativa a las sociedades actuales. Respecto de estas propuestas, la cuestión nuevamente radica en aclarar cuál es el tipo de organización social e ideológica que se trata de constituir o reconstruir, ya que las formas organizativas de estas comunidades pueden generar la exclusión de determinados miembros del grupo, debido a la aplicación de reglas que estructuran social y culturalmente no solo la exclusión sino también la subordinación, y pueden llegar a legitimar como forma de vida la violencia y hasta la muerte contra determinados grupos y sujetos²³.

Más allá de la crítica a las actuales formas de organización y de exclusión social y de reconocer la potencialidad de la participación social como un instrumento que puede favorecer la inclusión de nuevos actores, de democratizar las relaciones sociales pero también de excluir sujetos y grupos, uno de los problemas centrales –como ya señalé– reside en indicar qué tipo de sociedad se busca constituir a través de procesos participativos, no solo en términos de propuesta ideológica sino también de prácticas sociales. El cuestionamiento de una sociedad consumista, dependiente y cada vez más desigual, no necesariamente conduce a desarrollar sociedades menos dependientes y consumistas y más igualitarias; puede, por el contrario, reforzar la dependencia y el *consumo* aunque con otra orientación y hacia otros sujetos y/o entidades. Para algunas lecturas la dependencia respecto de una organización religiosa o de una ideología política, se llame Testigos de Jehová, neoliberalismo o *comunismo*, parece tener más legitimidad que la dependencia a la televisión, a determinados alimentos o al sexo, lo cual no niego ni afirmo sino solo propongo como problema sobre el que cabe reflexionar.

La participación social identificada con la acción, la praxis, la investigación-acción o la necesidad de estar ahí, condujo a sostener que la mera participación constituía un cuestionamiento a la pasividad de la sociedad actual y sus sujetos. Más aún, algunos de estos usos la consideraron como la máxima expresión de la existencia del sujeto, algo así como “participo/

²³Lo “étnico”, la “comunidad”, el “pueblo” son conceptos que suelen ser utilizados sin fisura, como si por ejemplo todos los grupos indígenas de México e inclusive de América Latina constituyeran una unidad en cuanto a prácticas, creencias, rituales, identidad, etc. Sin embargo, en México un maya yucateco y un maya de los Altos de Chiapas difieren significativamente en toda una serie de aspectos sustantivos, incluida su propia identidad como mayas.

actúo, luego existo”, que fue asumido sobre todo por figuras emblemáticas de corrientes marxistas, existencialistas y fascistas que enfatizaron la concepción de la participación como “riesgo”. La participación social fue concebida como la presencia activa en el lugar donde se juega la existencia, lo cual supone para unos la vida cotidiana de los microgrupos y para otros la experiencia en los procesos donde se definen las condiciones estructurales en términos reales o imaginarios. En ambos casos, sin embargo, la participación social fue pensada en términos de presencia activa.

La casi totalidad de las tendencias que desde la década de 1950 promovieron la participación social, la asumieron como necesaria o por lo menos útil en términos de crítica y sobre todo de acción. Pero mientras que algunas manejaron este concepto como panacea social, otras lo pensaron en términos de utilidad específica, aunque asumiendo en todos los casos la eficacia de la participación social para organizarse, integrarse, modificar, generar o reforzar pertenencias o solucionar problemas puntuales. El concepto-instrumento participación social evoca algún tipo de eficacia social, que fue especialmente reconocida respecto del proceso S/E/A.

Esta concepción condujo, sobre todo a las personas que trabajaban en investigación-acción o exclusivamente en acción, a manejar tácitamente la idea de la participación social como buena en sí. La participación social aparece en consecuencia asociada solo con objetivos correctos y saludables, y sobre todo considerada como un medio para asegurar la modificación de la realidad en términos positivos, olvidando o desconociendo que la participación social –por supuesto que junto con otros procesos– puede tener consecuencias negativas o simultáneamente negativas y positivas respecto de la salud de las personas y los grupos sociales.

En la mayoría de los países europeos y latinoamericanos los grupos de cantina siguen siendo mucho más numerosos que los de Alcohólicos Anónimos (AA), y desarrollan formas de participación más articuladas con el ciclo de vida cotidiana de los sujetos involucrados. Mientras que los AA se reúnen para no beber, los grupos de cantina lo hacen por varias razones en torno al alcohol, el cual puede, como sabemos, posibilitar la sociabilidad o la pertenencia, pero también generar cirrosis hepática, accidentes, agresiones físicas y otras consecuencias.

Más aún, cada vez es más notorio que el problema biomédico no radica tanto en generar la reducción o eliminación del consumo de alcohol por parte de sujetos que *abusan* de dicho consumo, dado que el problema más grave estaría en la *recaída*, la cual refiere en la mayoría de los casos al peso de las relaciones sociales dentro de las cuales desarrollan sus vidas los sujetos que consumen alcohol. Pero, además, según algunas interpretaciones, muchas

personas con *tendencias* suicidas hallan en los compañeros de consumo de alcohol una especie de *grupo sostén*, que cuando desaparece precipita el suicidio.

Como ya señalamos previamente, los usos del alcohol son parte de ceremoniales religiosos, políticos, deportivos, familiares; determinadas redes sociales de apoyo (cuatismo, compadrazgo, grupos de trabajo, fiestas de moros y cristianos, etc.) se organizan parcialmente en torno al uso del alcohol, de tal manera que el consumo es parte intrínseca de gran parte de las relaciones de reconocimiento, pertenencia y diferenciación en distintos niveles de la estructura social y la de significado, lo cual puede dar lugar a la exclusión de los que no participan en los rituales alcoholizados a partir de su *diferencia*. Y si bien gran parte de las actividades de las cuales el consumo de alcohol forma parte no tienen consecuencias negativas, en otros casos sí, e incluso en algunos se desarrolla una situación contradictoria dado que simultánea o secuencialmente las consecuencias pueden ser tanto positivas como negativas (Menéndez, 1990; Menéndez & Di Pardo, 2003).

Generalmente estos tipos de participación no suelen ser reconocidos como tales, así como suelen olvidarse las consecuencias que las luchas por poderes y micropoderes generan en grupos *socioterapéuticos* intensamente participativos y de lo cual es expresión significativa lo ocurrido con el grupo Synamos y con varios grupos comunitarios tipo *Nueva Era* o similares, que no solo condujo a la desaparición de varios de esos grupos, sino también a generar consecuencias en la salud física y mental de una parte de sus miembros y en algunos casos a episodios de muertes masivas. Y recordemos que eran y son grupos caracterizados por el desarrollo intensivo de actividades participativas.

La asociación de la participación social exclusivamente con lo positivo se debe en parte a la identificación de la misma con la acción, con el *hacer* o, si se prefiere, con la producción de prácticas, que suele inclusive implicar un cuestionamiento o directamente negación de la teoría entendida como un *no hacer*. Los sustentos de esta afirmación están en considerar que la participación social es exclusivamente práctica y que se aprende en la práctica, y que correlativamente casi toda práctica es un ejercicio de participación. La participación social no solo se identifica con el hacer, sino que conduce a reducir frecuentemente el trabajo comunitario a la aplicación y/o enseñanzas de técnicas –entendidas como prácticas– y a la exclusión de la reflexión y realimentación teórica.

La práctica, además, no sabemos muy bien por qué, aseguraría, según algunos teóricos de la investigación-acción, que las actividades realizadas concluyan en resultados comunitarios y no estén determinadas por intereses personales, como en el caso de los que exclusivamente reflexionan. Incluso, en

algunas organizaciones políticas y sociales se supone que las prácticas son una suerte de reaseguro contra las tendencias individualistas del quehacer teórico. Sin negar el narcisismo casi intrínseco a la reflexión y/o el análisis teórico, y sobre todo la importancia decisiva de la práctica, observamos que su uso desarticulado de la reflexión y realimentación teórica la convierte frecuentemente en empirismo voluntarista, de allí que la cuestión no radica en excluir lo teórico sino en cuestionar el teoricismo así como también el practicismo, y en consecuencia en promover la articulación constante teoría-práctica.

La participación social no es buena ni mala en sí, ni por supuesto asegura el control de los intereses individuales, sino que constituye un medio que, según los sujetos y grupos sociales que se hagan cargo del mismo, puede ser orientado hacia diferentes objetivos y consecuencias. Toda participación social opera dentro de un juego de relaciones, a nivel micro y/o macrosocial, entre actores que pueden compartir objetivos, pero que frecuentemente tienen proyectos, necesidades, intereses o metas diferentes, que pueden ser a la larga antagónicos. Por ello los procesos y formas de participación social que son *positivos* para determinados sectores y grupos sociales, pueden ser *negativos* para otros; la pertenencia étnica que favorece la autoestima de un grupo puede traducirse en odio racial hacia personas que no *pertenecen* al grupo. La participación social no constituye un proceso unilateral y unívoco, sino que opera dentro de juegos transaccionales que se dan entre los grupos y sujetos, y en consecuencia dependerá del poder (micropoder) de cada uno de los grupos no solo la orientación ideológica o teórica, sino también los usos que se den a la participación social. No obstante, lo dominante sigue siendo una concepción unilateral y positiva “en sí” de la participación social, lo cual tiene por supuesto consecuencias no tanto en la teorización, sino sobre todo en sus aplicaciones.

En términos de acción, la participación social suele incluir un componente ideológico fuerte, siendo uno de sus principales objetivos unificar a una sociedad, movimiento o grupo social más allá de las diferencias e intereses de sus miembros.

Desde esta perspectiva, ciertas orientaciones buscan a través de la participación social no tanto homogeneizar sino más bien unificar para la acción. De allí que por lo menos una parte de los proyectos sociales o políticos que operan a través de la participación social refieren a un componente imaginario que, más allá de que se concrete o no, constituye el referente de la unificación y de la acción. La aspiración a la *comunidad* o a la autogestión, e inclusive la añoranza por una dialéctica sujeto-grupo pensada en términos de unicidad, aparecen como propuestas ideológicas que no se realizan o solo lo hacen parcial y excepcionalmente y por corto lapso. En consecuencia, algunas de las

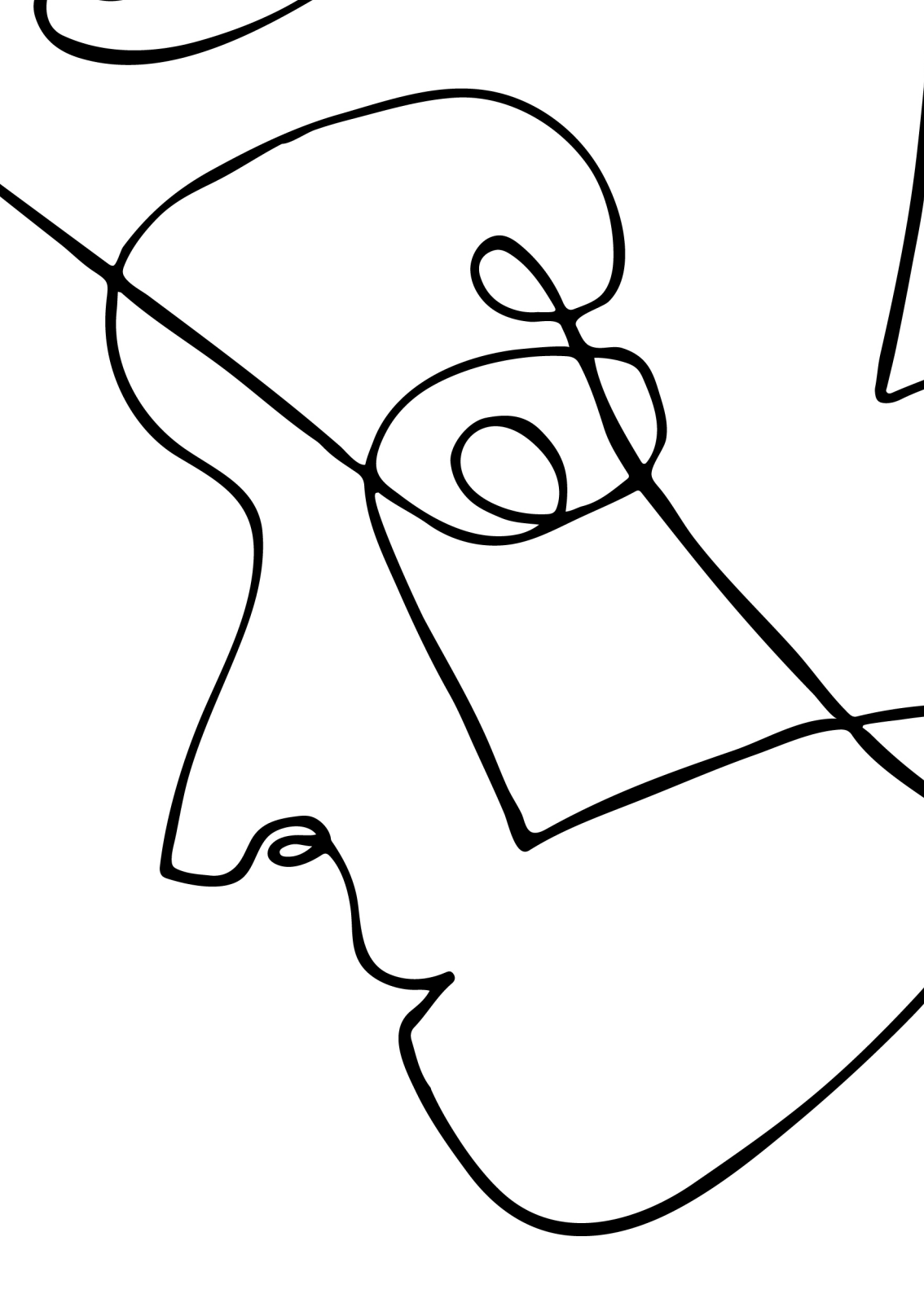
concepciones de participación social deben ser consideradas como orientaciones ideológico-culturales que cuestionan la realidad y se desarrollan dentro de un proceso de pérdida y reencuentro. Esta característica distintiva no suele ser, sin embargo, asumida por la mayoría de los que impulsan la participación social.

Bibliografía

- Ariès, Ph. (1883). *El hombre ante la muerte*. Madrid: Taurus.
- Basaglia, F. & Basaglia Ongaro, F. (1977a). *La mayoría marginada*. Barcelona: Laia.
- Basaglia, F. & Basaglia Ongaro, F. (1977b). *Los crímenes de la paz*. México: Siglo XXI.
- CEPAL, Oficina de Asuntos Sociales (1960). *Programas nacionales en el campo del desarrollo de la comunidad*. México: CEPAL.
- Conrad, P. & Schneider, J. (1980). *Deviance and medicalization. From badness to sickness*. St. Louis: The C. V. Mosby.
- Cooper, D. (1971). *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Buenos Aires: Paidós.
- Coreil, J. & Dennis Mull, J. (eds.) (1990). *Anthropology and primary health care*. Colorado: Westview Press.
- De Martino, E. (1962). *Furore, simbolo, valore*. Milano: Il Saggiatore.
- Elias, N. & Dunning, E. (1995). *Deporte y ocio en el proceso de socialización*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Erasmus, Ch. (1961). *Man takes control: Cultural development and American aid*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Erasmus, Ch. (1969). El síndrome del “encogido” y el desarrollo de la comunidad. *América Indígena*, 29(1), 228-292.
- Fanon, F. (1962). *Los condenados de la tierra*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Fanon, F. (1968). *Sociología de la revolución*. México: Editorial Era.
- Glasser, B. & Strauss, A. (1965). *Awareness of dying*. Chicago: Aldine.
- Glasser, B. & Strauss, A. (1968). *Time for dying*. Chicago: Aldine.
- Gorer, G. (1965). *Death, grief and mourning*. New York: Doubleday Anchor.
- Gouldner, A. (1979). *La sociología actual. Renovación y crítica*. Madrid: Alianza Editorial.
- Gusfield, J. (1963). *Symbolic crusade: Status politics and the American Temperance movement*. Urbana: University of Illinois Press.
- Gusfield, J. (1981). *The culture of public problems: Drinking, driving and their symbolic order*. Chicago: University of Chicago Press.

- Huizer, G. (1970). Resistencia al cambio como un potencial para la acción campesina: Foster y Erasmus reconsiderados. *América Indígena*, 30(2), 321-344.
- Katz, A. (1981). Selfhelp and mutual aid: An emerging social movement. *Annual Review of Sociology*, 7, 129-41.
- Katz, A. & Bender, E. (1976). *The strength in us. Selfhelp groups in the modern world. New viewpoints*. New York: Franklin Watts.
- Kroeger, A. & Luna, R. (comps.) (1987). *Atención primaria de salud: principios y métodos*. México: Editorial Pax.
- MacKinlay, J. B. (1982). A favor de un nuevo enfoque hacia arriba: la economía política de la enfermedad. En: Jaco, G. (comp.), *Pacientes, médicos y enfermedades*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Menéndez, E. L. (1965-1966). *Proceso de asimilación de inmigrantes italianos y españoles a una comunidad de la provincia de Entre Ríos (Argentina)*. Buenos Aires: Conicet.
- Menéndez, E. L. (1987). *La alcoholización, un proceso olvidado... Patología, integración funcional o representación cultural*. México: CIESAS, Cuadernos de la Casa Chata (N° 150).
- Menéndez, E. L. (1990). *Morir de alcohol. Saber e ideología médica*. México: Alianza Editorial.
- Menéndez, E. L. (1994). Prácticas populares, grupos indígenas y sector salud: articulación cogestiva o los recursos de la pobreza. *Publicar*, 4, 7-32.
- Menéndez, E. L. (2002). *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Menéndez, E. L. (ed.) (1991). *Antropología del alcoholismo en México. Los límites culturales de la economía política 1930-1979*. México: CIESAS, Ediciones de la Casa Chata.
- Menéndez, E. L. & Di Pardo, R. B. (2003). *Alcoholismo, especializaciones y desencantos. El segundo y tercer nivel de atención médica. Informe final de investigación*. México [manuscrito].
- Muller, F. (1979). *Participación popular en programas de atención primaria sanitaria en América Latina*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Naciones Unidas (1972). *Participación popular en el desarrollo: nuevas tendencias del desarrollo de la comunidad*. New York: Naciones Unidas.
- Neumann, F. (1983). *Behemot. Pensamiento y acción en el nacionalsocialismo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Palgi, Ph. & Abramovitch, H. (1984). Death: a Cross-Cultural Perspective. *Annual Review of Anthropology*, 13, 385-417.
- Rifkin, S. & Walt, G. (eds.) (1998). Selective or comprehensive primary health care. *Social Science & Medicine*, 26(9).
- Riley, S. et al. (1983). Dying and the meanings of death sociological inquiries. *Annual Review of Sociology*, 9, 191-216.
- Roman, P. & Trice, H. (1968). The sick role, labelling theory and the deviant drinker. *International Journal of Social Psychiatry*, 2, 245-251.
- Ryan, W. (1976). *Blaming the victim*. New York: Vintage Books.

- Sombart, W. (1936). *El socialismo y el movimiento social*. Santiago de Chile: Ediciones Ercilla.
- Sontag, S. (1981). *La enfermedad y sus metáforas*. Barcelona: Muchnik.
- Szasz, Th. (1973). *El mito de la enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Szasz, Th. (1976). *Ideología y enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Thomas, L. V. (1983). *Antropología de la muerte*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Thompson, E. (1979). *Tradición, revuelta y conciencia de clase*. Barcelona: Grijalbo, Crítica.
- Touraine, A. (1987). *El regreso del actor*. Buenos Aires: Eudeba.
- Touraine, A. (1995). *Crítica de la modernidad*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Touraine, A. (1997). *¿Podemos vivir juntos?* San Pablo: Fondo de Cultura Económica.
- Ugalde, A. (1985). Ideological dimensions of community participation in Latin American health programs. *Social Science & Medicine*, 21(1), 41-52.
- Ware, C. (1962). *Trabajos prácticos en organización y desarrollo de la comunidad*. Washington DC: Unión Panamericana.



Capítulo 3

Participación social en salud: las representaciones y las prácticas

Eduardo L. Menéndez

De acuerdo con los objetivos propuestos en el artículo anterior analizaremos las orientaciones y las actividades a través de las cuales se aplicó la Participación Social (participación social) respecto de procesos de salud/enfermedad/atención (S/E/A), y no solo de las definiciones teóricas pensadas para la generalidad de la participación social. Considero que más allá de reconocer o no autonomía al campo de la salud, la mejor forma de acercarse a su comprensión es a partir de la especificidad de los procesos, sin por supuesto reducirnos a la especificidad. Más aún, considero que muchas de las discusiones y divergencias, así como de las dificultades para hallar explicaciones al papel de la participación social respecto de determinados procesos de S/E/A, son debidos a la secundarización o negación que algunos autores hacen justamente del proceso de S/E/A o a la reducción del análisis del mismo exclusivamente a los aspectos específicos que observamos en otros. Una suerte de maniqueísmo metodológico suele dominar los estudios y sobre todo las reflexiones sobre participación social²⁴.

Desde esta perspectiva, el primer aspecto a aclarar es si existe una participación social específica referida al proceso de S/E/A. Este interrogante

²⁴Analizar la participación social, o cualquier otro concepto/proceso, a partir de su especificidad problematizada, no solo evita caer en extrapolaciones incorrectas, sino que posibilita pensar el concepto/proceso a través de sus características intrínsecas. Esto, por supuesto, puede conducir, como de hecho ha ocurrido, a reducir el análisis a lo intrínseco obviando o secundarizando las condiciones sociales generales que lo contextualizan. Una metodología centrada en lo intrínseco que incluye la generalidad a partir de la especificidad, posibilita superar estas polarizaciones.

puede aparecer retórico, dado que los organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), las organizaciones no gubernamentales (ONG) que trabajan sobre el campo de la salud o los aparatos médico sanitarios (AMS) promueven y/o realizan actividades de participación social por lo menos desde la Conferencia de Alma Ata. Una campaña de vacunación, la formación de promotores, las actividades de comités de salud o la constitución de Sistemas Locales de Salud (SILOS) serían evidencia de ello. Pero mientras que para las propuestas de Atención Primaria Médica (APM) y de Atención Primaria Selectiva (APS) dichas actividades son reconocidas como participación social; para la Atención Primaria Integral (API) esas actividades no serían realmente participativas si no cumplen ciertos requisitos, ya que consideran que dichas actividades pueden tener importancia a nivel local, pero sin resolver los problemas no solo a nivel general sino frecuentemente tampoco a nivel local (Grodos & Bethume, 1988; Menéndez, 1993; Rifkin & Walt, 1988)²⁵.

Estas divergencias no se establecen tanto respecto de las actividades que se aplican en nombre de la participación social, sino de los objetivos que se buscan con la participación social, y de las formas organizativas a través de las cuales se expresan. Mientras que para la APM movilizar a la población para vacunarse constituye participación social, sobre todo si se logra una determinada cobertura de vacunación, para tendencias que impulsan la API dicha actividad no sería participación social si no se cumplen las condiciones que aseguran el papel decisivo de los grupos sociales en la cobertura de vacunación. De tal manera que, si los miembros de estos grupos no intervienen en el diseño de las características de la convocatoria para vacunarse, y no participan en la ejecución y supervisión de la misma, estas actividades no serían participativas.

Otras propuestas sostienen que solo hay participación social cuando se toma en cuenta el punto de vista de los actores, dado que si los mismos no reconocen que determinados problemas ameritan que ellos se organicen y participen, los esfuerzos generados desde *afuera* no solo pueden ser inútiles o ineficaces, sino incluso contraproducentes. De tal manera que, por ejemplo, según Rootman y Moser (1985) solo debería impulsarse un programa respecto del alcoholismo si la comunidad reconoce el alcoholismo como problema, y si además tiene interés en participar en el diseño y en la implementación de

²⁵La Atención Primaria Médica, la Atención Primaria Selectiva y la Atención Primaria Integral constituyen variantes de la atención primaria entendida como primer nivel de atención.

las actividades necesarias para llevar a cabo el programa, incluida la supervisión y evaluación del mismo.

En consecuencia, para algunas tendencias lo que es participación social se define según los objetivos que se quieren lograr, el rol que los actores tienen en la toma de decisiones y/o el sentido que ellos dan al problema y a sus acciones. Estos modos de definir la participación social necesitan ser acotados, pues larvada o explícitamente proponen que no son las actividades, por más participativas que aparezcan en lo fenoménico, las que definen lo que es participación social, sino el papel y el sentido dado a dichas actividades por los actores que las realizan y/o impulsan, lo cual en la práctica conduce a excluir determinadas concepciones y sobre todo acciones de participación social. Por lo cual si bien debemos considerar estas propuestas, necesitamos asumir que las mismas excluyen concepciones de participación social que no solo son legítimas para otros actores sino que sobre todo intervienen en el proceso de S/E/A; más aún, frecuentemente son las concepciones y acciones en que más intervienen.

La negación de la cualidad de participación social a formas de acción cuyo sentido cuestiono, no solo es incorrecto en términos metodológicos, dado que al hacerlo no incluyo todas las posibilidades que intervienen en la realidad sino que, además, puede tener graves consecuencias en la práctica, ya que puedo dejar de lado las principales formas de participación social que utilizan los grupos sociales con los cuales trabajo, pero también excluyendo las formas de participación social que utilizan las instituciones oficiales y privadas que también trabajan con esos grupos. De tal manera que más allá de que yo las cuestione, esas son las formas de participación utilizadas por los grupos sociales sobre los cuales trato de incidir.

Por lo cual necesitamos asumir una actitud metodológica que implique establecer –y no negar– nuestra propia definición de participación social, fundamentando su sentido e instrumentación desde el punto de vista de nuestros objetivos, pero reconociendo –y no negando– la existencia de otras formas de definir e instrumentar la participación social. Implica además establecer con claridad para los *otros* las consecuencias de los tipos de participación social que se están aplicando, reconociendo tanto sus limitaciones como su eficacia. Pero, sobre todo, necesitamos asumir que la posibilidad de generar en los grupos formas de participación social transformadoras debe tomar en cuenta las participaciones sociales existentes más allá de que las definamos como no participativas.

Los diversos objetivos de la participación social

A partir de lo señalado podemos distinguir los siguientes objetivos con que se impulsan actividades de participación social respecto del proceso de S/E/A:

- La participación social referida a actividades específicas con objetivo expreso de mejorar el estado de salud, reducir daños, mejorar la cobertura, etc.
- La participación social referida a actividades específicas con objetivo similar al anterior pero, además, buscando intencionalmente legitimar al Estado o al grupo que impulsa este tipo de actividades.
- La participación social como medio de organizar a la comunidad/barrio/grupo, pero considerando central al proceso de S/E/A para generar este ejercicio organizativo.
- La participación social como trabajo *voluntario* para reducir costos en la aplicación de actividades curativas y/o preventivas, y en la supervisión del uso de recursos a nivel local.
- La participación social para involucrar a la población y poder planificar mejor y posibilitar una mayor aceptación de las propuestas diseñadas y decididas a nivel central.
- La participación social como instrumento decisivo en el desarrollo de experiencias y capacidades participativas y organizativas, más allá de que se cumplan o no los objetivos específicos; lo significativo es la experiencia y aprendizaje de participación, organización y/o concientización.
- La participación social como requisito básico para la democratización y el ejercicio de ciudadanía.
- La participación social en salud como proceso importante pero no determinante para organizar, movilizar y generar transformaciones a nivel macrosocial.
- La participación social considerada como no relevante para la modificación sustantiva de las condiciones de salud, o para algunos aspectos; la solución está depositada en cambios estructurales y/o en soluciones técnicas.
- La participación social como mecanismo que solo soluciona parcialmente los problemas, pero que debe ser impulsada porque en función de diferentes factores (reducción de recursos financieros, reducción de la cobertura de atención, etc.), dicha participación social asegura un mínimo de intervención y/o de eficacia sobre los problemas.

- La participación social como proceso que asegura la continuidad de por lo menos algunas actividades, dada la discontinuidad que caracteriza las actividades de los AMS.
- La participación social como un mecanismo de distracción, de mediatización, de reforzamiento de relaciones de hegemonía/subalternidad respecto de los sectores sociales subalternos.

Por supuesto que estos objetivos no son excluyentes ni simultánea ni secuencialmente; es más, varios pueden ser utilizados dentro de una secuencia de intervención. La aplicación de los mismos puede centrarse en la solución de procesos de S/E/A o considerar estos procesos como un medio para el logro de otros objetivos. La participación social puede ser considerada como un recurso que posibilita la supervivencia del sujeto y microgrupo a nivel local con o sin objetivos de solución a nivel de la sociedad en general, o puede ser manejada como un medio idóneo para orientar transformaciones sociales a partir de lo local (Oakley, 1990; Ulate & De Keijzer, 1985)²⁶.

Sin embargo, esta diversidad de objetivos se evidencia cada vez menos en las definiciones de participación social utilizadas por los diferentes actores y organizaciones sociales. Mientras que hasta los años setenta dominaban en el campo sanitario definiciones de participación social en términos de asociaciones voluntarias de personas con el objetivo de movilizar recursos propios para mejorar condiciones específicas de salud, desde mediados de dicha década y sobre todo durante los ochenta y los noventa asistimos a un dominio creciente de definiciones en términos de control local sobre la toma de decisiones.

Aproximadamente desde la Conferencia de Alma Ata se desarrolla una doble acepción de la participación social en salud, una en términos de recurso, que era la dominante hasta entonces en las propuestas del sector salud, y otra en términos de población organizada que interviene en todas las etapas de los programas de salud. La primera constituyó una variante de las definiciones gestadas durante los años cuarenta y cincuenta en torno al desarrollo y la participación comunitaria:

²⁶Según Ulate (1986), el trabajo popular en salud tendría como objetivo central generar contrahegemonía, en la medida en que la lucha por la salud sea considerada como un problema político, es decir que la población concientice que las condiciones sociales son la causa de sus problemas de salud y se organice para modificar esa situación. Para lograr esto, los trabajadores de la salud deberían criticar la visión biomédica de cómo se logra una buena salud, socializar y apropiarse del saber que está en manos de unos pocos técnicos, tratar de modificar *habitus* que dificultan que la población se incluya en procesos de participación social transformadora. Ver también Ulate & De Keijzer, 1985.

El fin de todo programa de organización y desarrollo de la comunidad es capacitar a la gente de la comunidad para que resuelva sus problemas por sus propios esfuerzos y logre el mejoramiento de su vida [...]. [Se debe] estimular, movilizar y asesorar a los vecinos y líderes de la comunidad en el desarrollo de la ayuda mutua y el esfuerzo propio... (Ware, 1962, p. 1)

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

La segunda acepción tendió a ser inicialmente utilizada por aquellos que asumían la atención primaria como integral, y que generalmente no trabajaban dentro de los AMS. Para Latinoamérica una de las definiciones más difundida y utilizada fue la de Muller (1979), quien a fines de los años setenta y refiriéndose a la situación regional consideró a la participación social como el proceso que permite el desarrollo de la población incorporando su capacidad creadora, expresando sus necesidades y demandas, defendiendo sus intereses, luchando por objetivos definidos, involucrando a la comunidad en su propio desarrollo y participando en el control compartido de las decisiones. Este fue el tipo de definición propuesta por los sanitaristas que impulsaban el desarrollo de la API para los países periféricos (Grodos & Bethume, 1988; Rifkin *et al.*, 1988; Rifkin, 1990).

Sin embargo, este último tipo de definiciones será apropiado en forma creciente por los organismos internacionales (OMS, OPS, PAO, Unicef, Banco Mundial), y también por los gobiernos nacionales, lo que reconocen Oakley y Marsden respecto de los programas de desarrollo rural, luego de fundamentar su definición de participación social en términos de toma de decisiones: “Es interesante observar que gran parte de la literatura oficial comienza a interpretar la participación en términos de control sobre la toma de decisiones...”, y agregan: “Si bien este es el tenor general de las declaraciones hechas, en realidad la población rural pobre aún no tiene ninguna función directa en los proyectos de desarrollo rural” (1985, p. 81).

Estas conclusiones están referidas al desarrollo rural, pero dentro del campo de la salud colectiva en América Latina y especialmente en México, operó un proceso similar. Ya en el año 1961 la Secretaría de Salubridad y Asistencia de México proponía impulsar el programa de Distrito Integral de Salud Pública “...para conseguir la participación de la comunidad, partiendo del principio de que sin ella no hay programa eficaz de salud pública” (García Sánchez *et al.*, 1961, pp. 585-586). Y unos diez años más tarde la División General de Servicios Coordinados de Salud señalaba que para concretar la aplicación del programa de obras rurales por cooperación debían realizarse

asambleas de campesinos como método básico para estudiar los problemas, analizar los recursos y tomar decisiones para la selección y ejercicio de las obras a realizar (SSA, 1973, p. 101). Pero nuestro análisis de la aplicación de los programas de salud en Yucatán entre 1940 y fines de 1970 evidencia que los mismos se caracterizan por ser programas jerárquicos, verticales, que utilizan a la población como recurso, de tal manera que las actividades de diseño, dirección, organización y decisión están colocadas fuera de la comunidad (Menéndez, 1981, p. 287; Menéndez, 1993).

Durante los años setenta y ochenta observamos un incremento en la propuesta de definiciones de participación social en términos de toma de decisiones, que adquieren características radicales especialmente en las definiciones propuestas por funcionarios de la OPS que impulsaron la realización de los sistemas locales de salud, quienes colocaron el eje de las mismas en los procesos de poder:

La participación social así definida tiene implicaciones políticas que rebasan el marco de la atención a la salud, por cuanto significa ejercicio de poder y como tal el fortalecimiento de la sociedad civil y de la democracia de base [...]. Desde esa perspectiva la participación social equivale al proceso de reapropiación por la población, del conjunto de instituciones que regulan la vida social y de los servicios que prestan. (Paganini & Rice, 1989)²⁷

Frente a estos usos verbales, lo más sensato es observar cómo ha sido llevada a cabo la participación social a través de las acciones y no solo de los discursos del sector salud en América Latina. Y al respecto podemos constatar que diversos análisis de la participación social impulsada por los AMS, realizados a lo largo de casi veinte años, llegan a similares conclusiones. Así, la temprana evaluación de Muller (1979) en cinco países de la región, como el análisis de La Forgia (1985) para un solo país (Panamá), o el análisis de Kroeger, Barbira y Freedman (1992) para países de la región andina, coinciden en sus principales conclusiones:

Transcurrida una década de campañas rutinarias para promover la Atención Primaria como una estrategia global, la meta de “Salud para todos en el año 2000” ha sido

²⁷Ver también OPS (1994).

considerada por muchos como realmente inalcanzable [...]. Los programas especiales de salud suministrados verticalmente a través de departamentos del sistema de salud pública [...], sin la participación de la comunidad, son la regla más que la excepción [...]. Continuamente ignorados son también los principios básicos de la Atención Primaria de la Salud, de participación de la comunidad, la coordinación de actividades entre los sectores de atención de salud y la adaptación de las estrategias de atención de salud a las costumbres y necesidades locales. Wisner (1988) sostiene que los sistemas de “entrega” *ad hoc* socavan seriamente el desarrollo de las organizaciones de base. Pero nosotros creemos que tales organizaciones nunca fueron utilizadas efectivamente [...]. El gobierno dice abogar por la participación comunal, pero en realidad hace muy poco por idear e implementar estrategias que podrían dar por resultado la participación. (Kroeger & Barbira-Freedman, 1992, pp. 350-351)

Las organizaciones internacionales y especialmente el Banco Mundial, desde fines de los años ochenta y especialmente durante los años noventa utilizaron un discurso según el cual la participación social y el involucramiento de los conjuntos sociales, especialmente de los *pobres, marginales y vulnerables*, es considerado decisivo para mejorar sus condiciones de salud y de vida, al mismo tiempo que lo que realmente se impulsó fueron acciones de Atención Primaria Selectiva que buscaron incrementar la participación social como recurso para asegurar sus objetivos específicos. Lo que permite observar la continuidad tanto de los discursos como de las prácticas.

Nuestro análisis de programas de participación social en salud aplicados a diferentes áreas y problemas corrobora estas conclusiones (Menéndez, 1981, 1990a, 1990b, 1992, 2005; Menéndez & Di Pardo, 1996), y además evidencia que el uso de definiciones en términos de poder y de toma de decisiones por los AMS no se expresa en sus actividades y objetivos, y que, por el contrario, al menos una parte de sus acciones operan negativa o disuasivamente respecto de la posibilidad de impulsar la participación en términos de control comunitario sobre la toma de decisiones.

Correlativamente al incremento del uso de definiciones de participación social en términos de control y de poder, se recuperó el uso del concepto de autogestión en forma generalizada, siendo utilizado para una amplia gama de actividades que van desde el autocuidado individual hasta la gestión comunitaria, pasando por los grupos de autoayuda. Este concepto, articulado con

el de estilo de vida, ha sido referido al control y toma de decisiones que los sujetos generan respecto de su vida y su salud. Mientras que otros lo refieren a grupos y comunidades donde la autogestión es entendida como la capacidad colectiva y autónoma de hallar soluciones a los problemas a partir de sus propios recursos, como ocurre con los grupos de AA donde la autonomía y la autarquía son parte central de su ideología asistencial.

A su vez, determinadas políticas internacionales en salud impulsaron un concepto de autogestión basado en la capacidad colectiva de obtener y manejar recursos propios, de generar autofinanciamiento con escasa o ninguna inversión del Estado, de colocar la responsabilidad del cumplimiento del programa de salud en los propios actores más allá de que los mismos tengan o no los recursos suficientes para implementarlo. Incluso, cuando durante la década de 1990 se decide entregar apoyos financieros a nivel local, se los identifica también con orientaciones autogestivas focalizadas en la mujer.

Algunas de estas propuestas incluyen elementos nucleares de las concepciones políticas autogestivas desarrolladas desde perspectivas anarquistas y socialistas, ya que apelan a la autonomía y autarquía del grupo como mecanismos de diferenciación y rechazo de la injerencia del Estado, así como a la importancia de la toma de decisiones en términos de poder, pero que en la práctica refieren a poder hacer o, si se prefiere, decidir sobre determinados objetivos (autovivienda, autocuidado de la enfermedad, huertos domésticos), pero no sobre las condiciones socioeconómicas y políticas que son decisivas para su estado de salud individual y colectiva. Es decir que las decisiones y el poder son referidos a ciertos aspectos y excluidos de otros.

El uso actual de la autogestión refuerza la concepción de la participación social como recurso, y solo una parte de las ONG y de los programas de API retomaron una concepción autogestiva centrada en la toma de decisiones no solo respecto de la salud, sino también de las condiciones económico-ocupacionales en términos de autonomía pero, además, en términos de lucha por hacer efectiva la toma de decisiones. Una de las paradojas de toda una serie de proyectos *dizque autogestivos* impulsados por las ONG reside en que los mismos no solo dependen inicialmente de recursos y financiamientos externos internacionales o nacionales, sino que en general no logran nunca el autofinanciamiento. Más aún, la continuidad de estos proyectos depende en tal medida de los financiamientos externos, que cuando desaparecen dichos financiamientos también suelen desaparecer esos proyectos asumidos como autogestivos.

Ahora, más allá de las características de estos procesos, es importante recordar que las definiciones de participación social como control por parte de los actores, en términos de *empoderamiento* y también de autogestión, pasaron a primer plano en los organismos internacionales y en el sector

salud cuando se profundiza la situación de pobreza y de extrema pobreza en América Latina. A mayor expansión de la pobreza habría como una mayor insistencia, desde organismos como el Banco Mundial, en impulsar la participación autónoma de los más pobres.

Frente a estos usos y apropiaciones, la posibilidad de establecer la orientación real de la participación reside en observar cuál es el sentido dado a las actividades, pero no solo en el discurso sino sobre todo en las prácticas. Así, por ejemplo, cuando las propuestas del Banco Mundial (1993) cuestionaron la orientación asistencial y el escaso uso de la prevención por la biomedicina, proponiendo desmedicalizar la salud e impulsar la educación básica a través de criterios similares a los del salubrismo radical, necesitamos analizar los objetivos de estas propuestas que justamente se vinculan a las denominadas políticas de *ajuste estructural* impulsadas por el neoliberalismo y que difieren de los objetivos de la API que se oponen a la privatización, al desfinanciamiento de los servicios y a la descentralización vertical promovidos por las políticas de ajuste. Pero este análisis no solo debe concentrarse en el sentido encontrado en el discurso teórico-ideológico sino sobre todo en las prácticas, que en este caso son bastante evidentes dada la orientación de las inversiones en salud promovidas por el Banco Mundial.

Observar el sentido de la participación social en las prácticas es decisivo, porque si bien en algunos casos detectamos similitudes entre discurso y práctica, lo más frecuente suele ser la similitud en ciertos aspectos parciales y la discrepancia en otros, o directamente la falta de similitudes, como ya lo señalamos respecto de los AMS y de ciertos organismos internacionales en salud. Ya que como vimos utilizan varios discursos simultáneos que apelan a la participación social en términos de toma de decisiones o en términos de recurso, pero donde las prácticas indican que lo dominante es el uso de la participación social en términos de mano de obra *voluntaria o involucrada*. La articulación discurso-práctica debe ser referida a las diferentes experiencias y, de ser posible, a lo largo de un lapso histórico amplio, dado que coyunturalmente pueden utilizarse una serie de actividades participativas autónomas que son discontinuadas al poco tiempo.

Pero, además, el sentido de las prácticas es decisivo para entender procesos como los de la denominada “resistencia pasiva”, donde la *pasividad* de los conjuntos sociales es considerada como uno de los principales mecanismos de oposición, de pertenencia, de unificación respecto de los sectores dominantes. La conclusión de que la pasividad constituye un proceso de resistencia está fundamentada por algunos autores exclusivamente en el sentido que le dan los sujetos que resisten; sin negar la pertinencia de encontrar en la intencionalidad de los actores dicho tipo de participación social, debemos

además observarla en las consecuencias prácticas de dicha pasividad, que no se reduce a los actores *pasivos* sino al juego desarrollado por los diferentes actores entre quienes opera la resistencia pasiva. Establecer esta articulación es necesaria, pues si no toda *pasividad* puede ser entendida como resistencia de las clases subalternas y frecuentemente más allá de la intencionalidad de los comportamientos. Desde Fanon a Scott, pasando por Ginsburg y una parte de los teóricos de la desviación, toda una serie de autores han encontrado en los comportamientos *desviados* o *diferentes* cuestionamientos intencionales o implícitos al sistema dominante, lo cual no negamos como posibilidad, pero ello debe ser observado en las transacciones específicas que se desarrollan entre los sectores hegemónicos y los *desviados* y *diferentes*, para concluir cuál es realmente el sentido y las consecuencias de conductas que aparecen simultáneamente como sumisas y cuestionadoras (Menéndez, 1979, 1981, 2002).

Esta actitud metodológica es necesaria, dado que los que trabajan en atención primaria de la salud a través de orientaciones críticas y no críticas y tanto en el sector salud como en las ONG, se caracterizan por realizar actividades semejantes, utilizar instrumentos similares y trabajar con los mismos actores sociales. Más aún, casi todos reconocen que la participación social favorece e impulsa la creatividad, la involucración del sujeto-grupo, la concientización, la responsabilidad, la democratización, el sentido de pertenencia, etc., y que dichas características pueden ser utilizadas para intervenir sobre el proceso de S/E/A. Pero, y lo subrayamos, estas características aparecen para algunas tendencias y organizaciones como si la participación social implicara *en sí* estos rasgos, en vez de considerarlos como desarrollos posibles, dependientes de las orientaciones, de las prácticas y de las condiciones dentro de las que operan.

Considero que son estas similitudes, así como la noción de la participación social como *buena en sí*, las que posibilitarían el pasaje de militantes de las ONG a trabajar como funcionarios en instituciones oficiales, cuando entran en crisis ideológicas o financieras los proyectos, o cuando al interior de los grupos se generan conflictos por micropoderes, o cuando se abren espacios institucionales oficiales que demandan mano de obra calificada. Estas orientaciones son también las que han posibilitado que por lo menos una parte de las ONG, que antes se oponían a ser financiadas por los gobiernos nacionales, aceptaran con suma facilidad y discreción dichos financiamientos cuando esta tendencia se incrementó durante los años noventa²⁸. A mi juicio, este *pasaje* se

²⁸Subrayo que no estoy cuestionando dichos financiamientos, sino analizando las orientaciones práctico-ideológicas de determinados grupos de la sociedad civil.

halla facilitado porque tanto en los AMS como en las ONG domina una orientación ideológica sobre la participación social centrada en la práctica, que frecuentemente excluye o niega la significación del análisis teórico, incluido el análisis teórico de las prácticas. De tal manera que el énfasis en la acción y el uso de técnicas similares en las ONG y en instituciones oficiales, además por supuesto de otros factores, posibilitan dicho pasaje.

Las principales actividades de participación social realizadas por los diferentes tipos de instituciones y organizaciones son:

- Formación de promotores, frecuentemente polivalentes.
- Adiestramiento de parteras empíricas, de personal experto en actividades de planificación familiar; en la prescripción de tratamientos básicos, en la realización de actividades quirúrgicas menores, en la identificación y datación de casos de paludismo, de Chagas, etc.
- Formación de comités de salud.
- Promoción y formación de grupos de autoayuda; detección y trabajo con redes sociales.
- Realización de tareas colectivas de saneamiento y similares.
- Construcción de huertos domésticos y/o colectivos para producir plantas medicinales y/o comestibles.
- Recolección de plantas comestibles y curativas y/o formación de herbarios.
- Elaboración de productos terapéuticos populares y galénicos.
- Realización de tareas de educación y/o concientización de la población sobre las causas y la solución de sus principales problemas de salud.
- Favorecer e intervenir en la organización de los promotores y/o los curadores populares.
- Favorecer y/o intervenir en la organización de la comunidad para actividades de asistencia y prevención, y/o para demandar y/o para luchar por problemas específicos (obtención de agua) o por problemas genéricos.
- Adiestrar y asesorar a grupos y comunidades en actividades de gestión; en *aprender a gestionar*.
- Contribuir a la organización y funcionamiento de los SILOS.
- Organizar grupos, cooperativas u otras formas colectivas de producción y comercialización a partir de las características del área.
- Enseñar a realizar diagnósticos de salud a nivel local.

Para realizar estas actividades se aplican generalmente instrumentos similares; se utilizan pláticas, talleres de educación y concientización, manejo de alguna variante de los denominados grupos focales, manejo de técnicas de

animación como dramatizaciones, teatro de títeres, uso de narrativas, música y canciones populares²⁹. Y también el desarrollo de experiencias prácticas como caminatas ecológicas, organización de museos locales en especial de herbolaria, preparación de alimentos, adiestramiento en atención curativa y preventiva; participación en asambleas comunitarias o cuidado de tipos especiales de *enfermos*; aprendizaje de técnicas educativas y de concientización. Se supone que el conjunto de estas técnicas es participativo desde el proceso de aprendizaje de las mismas, y que la aplicación involucra al *educador* en el proceso participativo.

Las definiciones, actividades e instrumentos propuestos por los técnicos y profesionales de los AMS y de las ONG para trabajar en participación social aparecen como similares, aunque la orientación puede diferir, ya que determinadas técnicas y actividades tienen que ver más específicamente con los objetivos de las tendencias que trabajan con proyectos de API que las que trabajan dentro de los límites de la APM. Pero la mayoría de las instituciones y organizaciones que trabajan en salud utilizarían formas de trabajo similares.

Los actores sociales con quienes se trabaja en participación social de la salud son los grupos familiares a través de las campañas de vacunación, son los miembros de las pequeñas comunidades a través del trabajo *voluntario* en actividades de saneamiento del medio, son los grupos de autoayuda respecto de un padecimiento específico o son las redes sociales organizadas para enfrentar determinadas carencias. Pero debemos subrayar que en la mayoría de estos grupos el actor sobre el cual se concentra el trabajo participativo es la mujer en su rol de esposa/madre.

Las tendencias asistenciales de lo cotidiano

Si bien los aparatos médico-sanitarios y las organizaciones no gubernamentales manejan definiciones, instrumentos, actividades y actores similares, ello no supone concluir que la orientación y las consecuencias de los proyectos son también similares. Así, los AMS tienden a favorecer una participación social individual o microgrupal centrada en la mujer y a impulsar la

²⁹Algunas de estas técnicas tienen un uso relativamente antiguo; en México, por ejemplo, el uso del teatro popular se desarrolló desde los años veinte, y en especial durante la segunda mitad de los años treinta, referido especialmente a problemas específicos como el alcoholismo.

participación en términos de recurso, colocando el eje de la primera en lo asistencial-curativo, y el de la segunda en su utilización como mano de obra.

Nuestra revisión de programas que utilizan la participación social nos permite concluir que manejan una concepción de la comunidad como homogénea y simétrica, omitiendo los factores que impulsan la heterogeneidad tanto en el interior como en el exterior de la comunidad. Los programas se caracterizan por su verticalismo, autoritarismo y control, y por tender a una aplicación coercitiva cuya expresión reciente más notoria en América Latina la constituyen los programas de planificación familiar que en algunos países de la región han incluido la esterilización sin consentimiento informado. Y, por lo menos en el caso de México, esta orientación se observa también a través de una de las políticas básicas impulsada desde los años ochenta, me refiero a la imposición de un proceso de descentralización en el sector salud decidido y aplicado verticalmente, de forma tal que se apelaba a la participación social en el discurso del sector salud sobre descentralización, pero se la negaba en la práctica.

El discurso sobre participación social que manejan las organizaciones internacionales referidas a la salud, y en menor medida los AMS, plantea la necesidad de desarrollar un tipo de participación social que implique la delegación de funciones y actividades por parte de las instituciones oficiales de salud. La descentralización pensada en los niveles provinciales, municipales y comunales expresa esta concepción cuyo referente son los sistemas locales de salud (SILOS). Pero en la práctica, dicha delegación de actividades ha sido mínima en la mayoría de los países de la región; más todavía, la posibilidad de que esta propuesta se desarrolle en términos de participación social como toma de decisiones en los tres niveles señalados constituye en numerosos contextos un riesgo político y profesional para los sectores dominantes, dada la posibilidad de que en dichos niveles se constituyan realmente proyectos de autonomía y no solo en términos de políticas de salud. Los AMS no solo desconfían del saber de los conjuntos sociales en salud, sino también de sus posibilidades de autonomía organizativa.

Esta actitud del sector salud hacia la participación social es reforzada por la actitud del personal de salud; estudios y experiencias de muy diverso tipo han evidenciado que el personal de salud, especialmente el médico, se caracteriza por no estar interesado en la participación social, por desconfiar de los saberes comunitarios, por rechazar que los sujetos y grupos sociales puedan intervenir en la toma de decisiones de tipo técnico, pero también de tipo social (Kroeger & Barbira-Freedman, 1992; Menéndez & Di Pardo, 1996, 2003); Rasmussen-Cruz, 1993; Rifkin, 1990. Dominaría en ellos la noción de que la población se caracteriza por su pasividad, desinterés y falta de

iniciativa, lo cual puede ser correcto a nivel manifiesto, pero sus explicaciones de la apatía de los conjuntos sociales no solo no son correctas por lo menos respecto de ciertos aspectos, sino que excluyen el papel de la biomedicina y del sector salud en la construcción de dicha apatía. Excluyen el papel de la verticalidad, de la falta de consulta a la población, de su inclusión solo como recurso, de la discontinuidad de las acciones, etc., lo cual no supone reducir la explicación de dicha pasividad y desinterés exclusivamente al papel del sector salud, pero sí la necesidad de incluirlo protagónicamente.

El saber biomédico tiende a excluir la participación social, y en particular la autogestión, por razones de tipo técnico e ideológico (Menéndez, 1978, 1983, 1990c), lo que se expresa sobre todo a través de dos procesos. En primer lugar, la reiteración con que la biomedicina aparece como el principal o como uno de los principales factores que se oponen, limitan y/o reorientan la participación social de los sujetos y comunidades, sobre todo cuando son de tipo autónomo. Y en segundo lugar que los médicos en general consideran que la participación social no es un asunto biomédico, ni siquiera del sector salud.

Esta tendencia sería consecuencia de las orientaciones ideológico-técnicas de la biomedicina, puesta de manifiesto tanto en la elaboración como en la aplicación de los programas de salud; no es un hecho casual que la normatividad técnica de la participación social en salud, por lo menos en el caso del sector salud mexicano, sea una de las normatividades menos precisas, tal como podemos observarlo en los programas nacionales y regionales elaborados sobre problemas generales y específicos de salud.

Esto se correlaciona con la alta deformación profesional que evidencia el equipo de salud en casi todo lo que refiere a participación social, y no solo a nivel clínico sino también en la formación de salubristas. Al respecto debemos reconocer que la mayoría, por no decir la totalidad de los médicos, estudian medicina para trabajar como médicos, y su formación de grado y posgrado refuerza esa motivación. De tal manera que en términos profesionales no solo no tienen motivaciones sino que tampoco poseen habilidades técnico-profesionales para trabajar en participación social, lo cual por supuesto no quiere decir que no las puedan aprender e instrumentar tal como ha ocurrido en América Latina.

Actualmente la mayoría de las ONG comparten algunas de las características analizadas, ya que se centran en actividades asistenciales, no normalizan las actividades de participación, y/o focalizan su trabajo en la mujer. Pero una parte de ellas se diferencian por fomentar el desarrollo o el mantenimiento de relaciones simétricas y la autonomía de la comunidad, así como por recuperar el saber popular rehabilitando sus creencias y prácticas no solo como recurso terapéutico sino también para reforzar la *autoestima* y

la autoidentificación positiva local. Pero, además, suelen impulsar el uso de nuevas estrategias de atención y prevención adecuándolas a la situación local, y promueven el aprendizaje de técnicas de gestión.

A su vez, una minoría de las ONG comparten algunas de las características enumeradas, pero las incluyen en objetivos de concientización y de organización que posibilitan el control sobre la toma de decisiones; por centrarse en el trabajo local pero también promover la referencia y/o articulación con unidades sociales mayores y con otros actores sociales tratando de ir más allá del proceso de S/E/A específico, así como también por impulsar actividades que promuevan la autonomía y en menor medida la autogestión comunitaria.

Más allá de reconocer su notable papel asistencial, de apoyo social, y en menor medida concientizador, observamos que las ONG que trabajan en el campo de la salud se enfrentan a problemas que no solo afectan su trabajo y orientación técnico-ideológica, sino que expresan las dificultades de la mayoría de las organizaciones de diferente tipo que deciden trabajar en participación social. Uno de los problemas, yo diría que permanente, refiere a la significación de los factores y actores externos en la organización y consolidación de los proyectos comunitarios y que podemos reducir a dos: la dependencia del financiamiento externo ya señalado y la dependencia técnica y social de los supervisores-asesores iniciales externos.

Estos factores y actores no solo inciden en la posibilidad de continuidad de los proyectos de participación social, lo que en el mejor de los casos solo condiciona la renovación anual del financiamiento, sino también en la orientación y los problemas sobre los cuales trabajar, dado que los financiamientos tienden a ser cada vez más específicos, de tal manera que se tiende a trabajar sobre aspectos que cuentan con financiamiento potencial y no sobre los problemas prioritarios, los cuales pueden coincidir pero no necesariamente.

Si bien las estrategias de los grupos financiados posibilitan reorientar parte de los recursos a sus objetivos propios, la tendencia creciente es hacia la adecuación funcional a las propuestas financiadoras. Una expresión paradigmática de esta dependencia la observamos en la tendencia de gran parte de las ONG a trabajar con grupos focales, aun para problemas y grupos donde otras técnicas son mucho más adecuadas y productivas, y si bien los grupos focales suelen ser utilizados a partir de numerosas variantes, el uso frecuentemente único y excluyente de esta técnica evidencia dicha situación de dependencia. Y recordemos que parte de los financiamientos que inducen el uso de ciertas tecnologías sociales, se hacen con objetivos de promover la participación social.

Las experiencias de participación social comunitaria evidencian recurrentemente las dificultades que existen en la construcción y el mantenimiento de

organizaciones grupales o comunitarias que aseguren la participación social. La población suele tardar en organizarse, pero una vez establecida la organización pueden surgir conflictos por micropoderes entre sus miembros, emergiendo fracciones e intereses personales y sectoriales que dificultan la gestión y conducen frecuentemente a la desaparición de la experiencia. Recuerdo que estas tendencias se dan no solo en la comunidad, sino también en el interior de las ONG.

Una parte significativa de las ONG, especialmente las de tradición más ideologizada y politizada dentro de determinadas líneas autogestivas, proponen inicialmente desarrollar un tipo de organización simétrica, dominada por relaciones horizontales, centrada en la autonomía del grupo. Al impulsar este tipo de organización heredan y/o redescubren las viejas disyuntivas entre privilegiar la eficacia devenida en gran medida de una organización centrada en liderazgos verticales, fuertemente organizados y a través de actividades planificadas, o en impulsar los proyectos a través de una organización laxa, con alto peso de la espontaneidad, con menor peligro de burocratización, pero que puede tardar mucho más en organizarse, ser más lenta en la toma de decisiones o incluso tener una menor eficacia por lo menos en acciones inmediatas.

Esta disyuntiva se resuelve frecuentemente con el fraccionamiento del proyecto en sectores que expresan las diferentes orientaciones, o en la reorganización del proyecto en términos verticales y jerarquizados que cuestionan los principios iniciales de simetría, pero aseguran una determinada eficacia por lo menos durante un tiempo.

Uno de los aspectos más decisivos de los proyectos de participación social se refiere a los factores que aseguran la continuidad de las acciones; entre otros, las formas organizativas, la existencia y tipos de financiamiento y el papel de los *asesores*, dado que generalmente son estos los que tienen la mayor capacidad de gestión y las vinculaciones con las financiadoras, así como la experiencia técnica de participación social. El papel decisivo inicial de los asesores, así como las consecuencias de diferente tipo generadas cuando se retiran, constituye uno de los problemas más frecuentes y que se reitera hasta la actualidad. Pero la posibilidad de continuidad y sobre todo de eficacia no solo refiere a estas instancias *externas*, sino también a factores que dependen de los miembros de las ONG y entre los cuales los más importantes son la cantidad de tiempo y de permanencia reales dedicada a la organización y sobre todo a la realización de las actividades de participación social.

La presencia constante en la comunidad de los miembros de las ONG y de otros grupos de la sociedad civil es, a mi juicio, uno de los factores más decisivos no solo para asegurar la constitución de la participación social sino,

además, para generar confianza, aprendizaje y orientación en la realización de los objetivos por parte de los miembros de la comunidad. Pero ocurre que la tendencia dominante de los equipos directivos, de por lo menos una parte de las ONG, es que estén cada vez menos tiempo trabajando en la comunidad, por lo cual las actividades comunitarias participativas son realizadas casi exclusivamente por promotores u otros actores sociales similares. Por eso estas características contradicen o por lo menos difieren de las ideologías participativas horizontales propugnadas por dichas ONG, lo cual puede tener un efecto paradójal en las ideas y prácticas comunitarias.

Más aún, generarían una relación entre práctica y discurso que es correlativa de una división del trabajo entre los miembros de las ONG y los sujetos de la comunidad, que puede tener un efecto en estos últimos dado que en algún lugar del saber de los promotores como de los grupos sociales con quienes trabajan las ONG y también el estado, lo relevante puede pasar no por lo que les dicen que deben hacer en términos de participación social, sino por lo que observan que hacen los que promueven la participación social. Y lo que observan es que los que impulsan, hablan y/o escriben sobre la participación social, no actúan la participación social en las comunidades sino en el discurso.

A partir de reconocer diferencias entre las orientaciones e instituciones señaladas respecto de las concepciones y prácticas de participación social, debemos no obstante señalar que la gran mayoría trabaja con similares unidades (microgrupos, especialmente el grupo centrado en la mujer), y realizan exclusiva o conjuntamente con otras acciones actividades de tipo curativo-asistencial. Estas actividades son dominantes desde el principio en gran parte de las experiencias, pero aun cuando en algunas tenga un carácter secundario, a lo largo del tiempo las actividades curativo-asistenciales devienen dominantes en gran parte de las experiencias. Esta tendencia se evidencia a través de una variedad de experiencias que indican no solo las necesidades sino además las preferencias de los sujetos y grupos sociales, pero también de los promotores de las ONG y del sector salud oficial, por las actividades asistenciales y curativas.

Los conjuntos sociales, especialmente los subalternos, tienen interés en solucionar sus problemas específicos de enfermedad en forma inmediata, lo que refuerza la tendencia a la participación individual y microgrupal en términos asistenciales. Las causas de esta orientación se atribuyen a que la población tiene poco tiempo para participaciones de tipo colectivo y no específicas, que los sujetos y microgrupos actúan respecto de prioridades consideradas como inmediatas, por lo cual las acciones de tipo personal les resultan más *económicas* en términos de tiempo y de organización de su vida cotidiana.

Otros autores, reconociendo o no estas características, subrayan que la escasez de participaciones de tipo colectivo obedecen a otros factores, especialmente a las relaciones de poder y micropoder, a las relaciones de hegemonía/subalternidad, a los conflictos sectoriales, etc., que limitan la participación social de los sujetos y grupos, o los convierten en altamente conflictivos.

Dada la casi inevitable orientación hacia lo asistencial, algunas tendencias niegan el carácter de participación social a las actividades de tipo individual, lo cual en términos teóricos y empíricos es en gran medida incorrecto, primero, porque existen participaciones de tipo individual y, segundo, porque deberíamos impulsar la articulación entre los diferentes tipos de participación social más que tender a la exclusión de algunos de ellos. No obstante, reconocemos la preocupación de estas tendencias, ya que según las mismas la orientación asistencial erosiona, limita o directamente excluye el desarrollo de las participaciones de tipo colectivo y no centradas en la atención médica.

Por este motivo, sería necesario reforzar continuamente las participaciones no asistenciales, dado que tanto desde el sector salud como desde las demandas de la propia población, se impulsan las de tipo individual y no solo en términos curativos. Por ejemplo, se observa a través de diferentes experiencias que la población, incluidos los promotores de salud, aprenden determinados saberes a través de talleres colectivos para usarlos en términos personales y no solo a través de prácticas de autoatención sino también como medio ocupacional.

Las características de este tipo de participación social pueden observarse en la trayectoria de los promotores de salud, que constituyen los principales actores a través de los cuales el sector salud y las ONG trataron de impulsar la participación social y la organización comunitaria. Especialmente las ONG centraron su trabajo en la formación de promotores, a través de quienes pensaron realizar actividades tanto asistenciales y preventivas como de organización comunitaria. Inicialmente, como señalan Kroeger y Barbira-Freedman, fueron como la "...contraparte de los médicos descalzos chinos, y gozaron de gran popularidad en los círculos intelectuales latinoamericanos de los '70" (1992, p. 361). Se esperaba no solo un rol de curador sino de transformador social; si bien esta expectativa, según estos y otros autores, ha declinado, sigue siendo no obstante considerado como el recurso más idóneo, pero su trabajo deviene cada vez más asistencial en la mayoría de las experiencias actuales (Christensen & Karlquist, 1990).

Esta tendencia se debió a factores como los ya señalados, pero también a los decursos tomados por los propios programas; nuestro análisis del Programa de Extensión de Cobertura (PEC) para Yucatán (Menéndez, 1981,

p. 287-296) evidenció que el programa, centrado en el uso de promotores, fue rechazado en forma pasiva y activa no solo por el personal de salud sino también por la población, debido a que el sector salud proponía reemplazar, en las medianas comunidades rurales, a los médicos y pasantes de medicina por promotores de salud, quienes quedarían a cargo de la atención primaria de la enfermedad, lo cual fue considerado negativo por la población. De tal manera que esta negatividad se articuló con el rechazo del personal de salud hacia la actividad asistencial de los promotores.

Pero, y lo subrayo, el rechazo no fue a lo asistencial, sino por el contrario, ya que tanto la población como los médicos cuestionaron el rol asistencial del promotor en función de demandar que la asistencia fuera dada por médicos y no por agentes comunitarios. En este proceso vuelven a emerger orientaciones contradictorias, pero que evidencian la importancia dada a lo asistencial no solo por la biomedicina sino también por los conjuntos sociales, especialmente los subalternos. El programa de extensión de cobertura (PEC) fue el primero que en forma integral intentó formar promotores en México para reemplazar en áreas rurales la atención realizada por médicos; en dicha propuesta se unificaban concepciones que veían en el promotor un agente terapéutico pero sobre todo un organizador social extraído de las propias comunidades rurales y/o étnicas. Este programa buscaba a través del promotor reducir las inversiones del sector de la salud, así como asegurar una mayor extensión de cobertura, concepciones que fueron impulsadas durante los años setenta por las políticas de salud en el Tercer Mundo.

Esta orientación se hizo cada vez más notoria, especialmente en los países con menores recursos, debido a las dificultades económicas que atravesaba el Tercer Mundo especialmente durante los años ochenta y noventa, expresadas por la agudización e incremento de la situación de pobreza y por la reducción o estancamiento de las inversiones en el sector salud. Esto condujo a que, en las sociedades menos desarrolladas, y especialmente entre la población rural pobre y marginal, una parte cada vez mayor de los problemas de salud fuera atendida por promotores y otros curadores populares, pese a las críticas constantes de la biomedicina hacia dichos curadores:

En gran número de países de la región (América Latina y Caribe) los sectores desprotegidos de la sociedad han quedado al margen de la asistencia sanitaria. Las ONG, el sector informal y en algunos casos el autocuidado han sido las únicas respuestas a las necesidades de la población más pobre. (Lavandez, 1990, p. 515)

Esto, lo reitero, no niega la existencia actual de experiencias que promueven un papel de los promotores no solo asistencial sino también organizativo e incluso político, pero no constituye la tendencia dominante. Nuevamente observamos que procesos que inicialmente son desarrollados a través de actividades, instrumentos y actores similares pero con diferentes y hasta contradictorios objetivos y orientaciones, como por ejemplo los impulsados por el Banco Mundial por una parte o los impulsados por determinados grupos de base por otra, convergen sin embargo en el dominio de actividades de tipo asistencial en función de una variedad de procesos que van desde la persistencia de la extrema pobreza, hasta el *desgaste* de por lo menos una parte de los activistas, pasando por las inducciones generadas desde instituciones del estado (programas contra la pobreza) y desde diferentes organizaciones civiles cuyas acciones se centran en el trabajo con sujetos y microgrupos, y en la solución o reducción de problemas puntuales como violencia doméstica, VIH-sida o desnutrición.

Esta orientación se refuerza por dos hechos que se reiteran a lo largo y ancho de la participación social en salud: primero, que la mayor parte de los programas que utiliza promotores trabaja con mujeres en su rol de esposas-madres y/o con mujeres con algún tipo de padecimiento específico o en tanto sujetos de agresión física, lo cual tiende a favorecer las actividades asistenciales, ya que además se articula con el rol establecido y asumido por las mujeres en el interior del grupo familiar; y segundo, que gran parte de las enseñanzas que reciben los promotores refieren a aspectos curativos y asistenciales; la cantidad de tiempo dedicado a preparar a estos promotores en organización comunitaria, por ejemplo, es muy reducido comparado con los tiempos dedicados a aprender/reaprender técnicas herbolarias, de relajación, uso de medicamentos, etc.

Estos procesos no solo se articulan con las tendencias asistenciales de los miembros de las comunidades, sino también con la identificación del promotor como *curador* que facilita su conversión en curador *privado* local, lo cual se acentúa si el promotor se desempeñó previamente como curador tradicional (huesero, yerbero, partera, etc.). Desde esta perspectiva, estos promotores/curadores no solo tratan de adquirir saberes y habilidades curativas, sino también diplomas y todo tipo de reconocimiento que los legitimen en su desempeño; y si las condiciones les posibilitan, demandar ingresos económicos del sector salud o de instituciones financiadoras. Una parte de los promotores deriva o retorna al ejercicio privado, que refuerza la orientación asistencial, dentro de un proceso de empobrecimiento y desocupación que

favorece que los promotores utilicen las habilidades adquiridas como forma de trabajo *profesional*³⁰.

Nuestras conclusiones se relacionan con dos procesos: uno, el reconocimiento de que la deserción de los promotores es un problema constante y generado por múltiples factores, en especial por la situación socioeconómica (Haro & De Keijzer, 1998a y 1998b). El segundo proceso refiere a la posibilidad de los promotores de convertirse en líderes locales que desarrollan tipos de participaciones *alternativas* a veces relacionadas con proyectos políticos, como ocurre en algunas zonas indígenas de Latinoamérica. Pero en otros casos, se dedican a organizar e impulsar acciones de salud, pero caracterizadas por su asimetría, verticalismo y autoritarismo.

Microgrupos, comunidades, clases sociales: autonomía o articulación

Uno de los problemas teóricos y prácticos más importantes que surgen de las experiencias y proyectos sobre participación social, es que mientras constantemente existen expectativas sobre el desarrollo y continuidad de la participación a través de movimientos sociales o de otros tipos de conjuntos sociales de nivel macrosocial, en la práctica estos operan coyuntural y discontinuadamente, mientras la mayor frecuencia y continuidad de la participación social en salud se desarrolla a través de pequeños grupos generalmente sin relación con los procesos políticos masivos de tipo coyuntural, aunque sí con los programas estatales y de las ONG que impulsan las actividades participativas.

³⁰Durante los años setenta, y aun durante los ochenta, se dio una discusión especialmente en el interior de las ONG y/o de grupos que trabajaban sobre investigación-acción, sobre si el trabajo comunitario debiera reducirse a incentivos ideológicos o debían incluirse incentivos materiales, lo cual retomaba una antigua discusión desarrollada en los grupos y partidos políticos. La trayectoria real de las ONG condujo a que se impusiera la aceptación de los incentivos materiales como proceso normal, reduciéndose a un mínimo los grupos que siguen insistiendo en los incentivos ideológicos. Actualmente no es de buen gusto tratar este tema, y en los hechos no solo dominan los incentivos materiales, sino que hay una tendencia a no discutir dicha cuestión ni el financiamiento de los incentivos. Subrayo que no cuestiono en absoluto este proceso, sino que me parece importante analizar cómo se dio y qué repercusiones tuvo en el trabajo de las ONG y de otros grupos de la sociedad civil, incluido el mundo académico.

Para analizar esta tendencia vamos primero a proponer un esquema³¹ de las unidades y actores sociales a través de los cuales se daría la participación social en el proceso de S/E/A, para luego analizar la dinámica existente entre ellos:

- a) *Personas y microgrupos*: los más importantes microgrupos en términos de frecuencia de acciones respecto de procesos de S/E/A son los grupos domésticos, de amigos o los grupos laborales a nivel de pequeño grupo, etc., en los cuales se generan y practican básicamente las actividades de autoatención. Incluyendo grupos sostén, redes familiares y redes sociales inmediatas, y la movilización de los recursos individuales y/o microgrupales para enfrentar un problema (*coping*). En estos grupos, especialmente en el doméstico, es que se reclutan los *cuidadores*, que en su inmensa mayoría son cuidadoras. Es a partir de estos sujetos y microgrupos que se crean redes sociales, especialmente redes familiares, pero también de amigos. En todos estos grupos, y especialmente en el grupo doméstico, la participación social refiere a la atención curativa o asistencial y también a la prevención, a través de actividades y relaciones sociales producidas *espontáneamente*, pero que supone la construcción y el desempeño de roles específicos, entre los que se destaca el de la esposa/madre. De allí que, si bien la acción participativa es desarrollada directamente por los miembros del grupo, existe no obstante una clara división del trabajo, especialmente en los grupos domésticos. Todos estos grupos se constituyen a partir de relaciones primarias.
- b) *Micro y mesogrupos*: incluye grupos laborales organizados formalmente como, por ejemplo, comisiones de seguridad e higiene industrial, grupos de autoayuda para padecimientos específicos y cuyo modelo es Alcohólicos Anónimos, comunidades terapéuticas, redes sociales amplias, comités de salud, de grupos que se constituyen para acciones inmediatas (demanda de servicio de agua) o a mediano plazo (instalación de un centro de salud). Una parte sustantiva de estas actividades está también centrada en la mujer, pero otras, como determinados grupos de autoayuda o grupos para gestionar determinadas demandas, incluyen también al varón. Incluso algunos grupos de autoayuda, como es el caso de Alcohólicos Anónimos, se constituyeron inicialmente a partir de varones.

³¹Esta propuesta es sintética y provisional; la misma presenta una clasificación, que como toda clasificación es metodológica, es decir, constituye un medio de organizar la realidad para comprenderla y, por lo tanto, no pretende ser la realidad, sino simplemente ordenar información de una determinada manera para luego dinamizarla a través de análisis específicos. Desde esta perspectiva, somos conscientes que la gradación presentada no coincide con muchas experiencias concretas, así como que cada uno de los *tipos* clasificados presenta características cuyas diferencias están en determinados énfasis de rasgos aparentemente similares.

La mayoría de estos grupos se conforman a partir, o en torno, de objetivos específicos y a partir de relaciones primarias, pero su rasgo distintivo respecto de los anteriores es que son construcciones intencionales y voluntarias que casi siempre producen una organización momentánea o permanente que asegura la continuidad del grupo y de sus actividades. Implica también la constitución de algunos roles jerarquizados. En la mayoría de los casos, las acciones son desarrolladas en forma directa por los miembros de los grupos, pero una parte de las actividades puede ser delegada, lo cual depende del nivel de organización desarrollado por los grupos.

- c) *Macrogrupos*: son grupos constituidos para el logro de objetivos específicos, que suelen tener algún tipo de organización que en algunos casos es formal y jerarquizado, donde si bien operan relaciones primarias estas funcionan dentro de un ámbito definido por el dominio de las relaciones secundarias. Algunos de estos grupos se constituyen a partir de los anteriores. Incluimos dentro de este tipo a los movimientos sociales de tipo genérico, como pueden ser los movimientos urbano-populares que pueden incluir demandas específicas referidas a procesos de S/E/A pero dentro de un conjunto de objetivos; también incluimos a los movimientos sociales organizados en torno a demandas específicas, como pueden ser los movimientos feminista, homosexual o ecologista, parte de cuyas acciones también refieren a procesos de S/E/A específicos. Forman parte de este tipo los movimientos de derechohabientes de instituciones de bienestar social, en términos genéricos o referidos a sectores específicos (personas de la denominada tercera edad); las ONG y los movimientos sociales constituidos a partir de una o varias ONG como es el caso del Movimiento Popular en Salud en México.

Algunos de estos grupos se constituyen a partir de sujetos que padecen problemas de S/E/A. Pero en este tipo incluimos, además, toda una serie de asociaciones y grupos que se crean a partir de los curadores, como las asociaciones médicas, las asociaciones de curadores *tradicionales* o de promotores, los trabajadores de la salud sindicalizados, las asociaciones de médicos desocupados, etc. Todos estos se caracterizan por implicar una construcción voluntaria e intencional, por operar a través de relaciones primarias, pero en ámbitos secundarios que suponen un nivel de complejidad, de organización formal y jerarquizada, una división técnica del trabajo que tiende a formalizarlos de una manera mucho más desarrollada que en los dos grupos anteriores. En casi todos estos grupos se establecen formas burocratizadas de funcionamiento, así como se constituyen sectores que tienden a monopolizar

la organización y la dirección de los mismos. De tal manera que no se delegan las decisiones sino solo determinadas actividades.

Ahora bien, la mayoría de las actividades de participación social en la vida cotidiana se da, en primer lugar, en los sujetos y grupos del tipo A y en segundo lugar, del B, debido al papel que estas actividades cumplen para asegurar la producción y reproducción biosocial de los sujetos y microgrupos. Más allá del nivel de vida, de las condiciones materiales e ideológico-culturales diferenciales que estratifican a los conjuntos sociales, los procesos de S/E/A que se dan en el tipo A y especialmente los de autoatención, operan a través de una estructuración producida *necesariamente* para asegurar la reproducción biológica y sociocultural de los sujetos y microgrupos. Sin negar que en el interior de estos microgrupos se dan procesos voluntarios e intencionales, estos no son los determinantes sino las actividades organizadas no conscientemente, es decir, lo que Bourdieu denomina *habitus*, y que en Antropología, sobre todo en la Antropología Cultural, ha recibido diversas denominaciones desde la década de 1920. En los otros dos tipos de unidades la realización de actividades participativas no solo es básicamente intencional y voluntaria, sino que supone, además, la construcción de organizaciones y/o instancias específicas. Más aún, supone un esfuerzo organizativo intencional más o menos continuo para asegurar el mantenimiento de dichas organizaciones y actividades participativas en cuanto tales.

En el primer tipo, las actividades referidas al proceso de S/E/A aparecen como formando parte del conjunto de acciones a través de las cuales los sujetos y microgrupos se reproducen; si bien se estructuran roles para dar cumplimiento a determinadas actividades, estos se aplican unificados con otras actividades que forman parte de la vida cotidiana de los actores. Estas actividades específicas son parte del quehacer diario de estos microgrupos. Mientras que en los otros dos tipos las actividades participativas pueden organizarse en función de un proceso específico, como es el caso de los grupos de autoayuda como Alcohólicos Anónimos; o pueden ser de tipo genérico, como el caso del Movimiento Urbano Popular, no obstante, en todos ellos la organización, las actividades, la división técnica del trabajo, etc., son producto de esfuerzos intencionales y voluntarios que necesitan ser continuamente instrumentados.

Como señalé, la continuidad participativa en el campo de la salud se da básicamente a través del primer tipo de grupos, donde se daría, además, el mayor número de actividades participativas respecto del proceso de S/E/A. Más todavía, gran parte de las actividades realizadas por estos microgrupos suponen el desarrollo constante de saberes populares y de una autonomía relativa de acción. Son estas particularidades las que condujeron a algunos estudiosos, implicados por otra parte en actividades de investigación-acción

inclusive como miembros de una ONG, a pensar que dichas unidades, conjuntamente con unidades del segundo tipo –especialmente los grupos de autoayuda–, constituirían el posible núcleo de propuestas de participación social más integrales, permanentes y no solo reducidas al campo de la salud. Mientras que para otros investigadores la participación y tipo de organización desarrollados en dichas unidades no necesariamente conducen a impulsar la participación social en unidades mayores y con contenidos genéricos.

La mayoría de la participación social respecto del proceso de S/E/A se realiza, por lo tanto, a través de microgrupos y de sujetos como parte *natural* y espontánea del conjunto de representaciones y prácticas usadas en la vida cotidiana y que aseguran la reproducción biosocial de los grupos. Pero, además, debe asumirse que de los grupos contruidos³², los que tienen mayor eficacia y continuidad en el tiempo, los que requieren un mínimo de organización para funcionar, son los conformados en torno a padecimientos o problemas específicos por los propios sujetos que padecen los problemas, por sus familiares o, en menor medida, amigos, y cuyo modelo es Alcohólicos Anónimos.

Congruentemente con ello observamos que la posibilidad de que se constituyan grupos mayores con capacidad participativa y que tengan cierta continuidad temporal también aparece concentrada en grupos que se organizan a partir de padecimientos y de *diferencias* que los estigmatizan, los marginan o los identifican negativamente, como pueden ser los casos del movimiento feminista, del movimiento homosexual o de las organizaciones contruidas a partir del VIH-sida. Si bien observamos que determinados grupos se organizan por demandas salariales y laborales, como ocurre en el caso del personal de salud, su participación suele ser coyuntural y sin evidenciar la notable continuidad participativa de los primeros.

La posibilidad del paso de estos grupos a otros con intereses más generales de tipo político, constituye no solo un proceso intencional, voluntario, organizado, etc., sino que requiere, también, reconocer que los grupos y movimientos organizados en torno a un padecimiento, problema o diferencia específicos tienden a reducir su esfera de acción a sus propios objetivos. Durante los años sesenta y setenta se depositaron expectativas no solo en el rol de los promotores de salud,

³²Si bien todo grupo social constituye una *construcción* que supone un determinado nivel de intencionalidad a nivel del sujeto o del grupo, la construcción de determinados grupos como el doméstico supone la inclusión no intencional sino estructural de toda una serie de actividades consideradas como parte intrínseca del mismo, mientras que en el caso de la totalidad de los grupos que clasificamos dentro de 2 y 3 se caracterizan por la decisión intencional de organizarse en torno a una o más actividades. Podríamos hablar entonces de grupos contruidos de primer y segundo grado.

sino también en los grupos de autoayuda como el germen a partir del cual constituir un movimiento que desde lo específico del proceso de S/E/A pasara a lo genérico en términos sociopolíticos. Inclusive se desarrollaron experiencias en esa dirección; sin embargo, la práctica evidenció, por lo menos hasta ahora, que la inclusión de objetivos y mecanismos de acción no reconocidos como propios por los *enfermos*, los *diferentes* y/o los *estigmatizados*, no solo no da lugar a la constitución de otro tipo de movimientos, sino que puede conducir a la disgregación de estos grupos y aun a perder o reducir su eficacia en términos *curativos* o por lo menos asistenciales (Dean, 1986).

No solo son determinados microgrupos, grupos o movimientos sociales los que, centrados casi siempre en sí mismos, participan respecto del proceso de S/E/A con la mayor continuidad y eficacia puntual, sino que los hechos indican que los sujetos y grupos que se acercan al proceso de S/E/A con objetivos básicamente políticos o ideológico-políticos tienden, como ya se señaló, a modificar sus objetivos en el proceso, o abandonan al poco tiempo el trabajo centrado en el proceso de S/E/A.

No obstante, no negamos ni cuestionamos la posibilidad de que la participación social, en términos colectivos, intencionales, con objetivos no solo específicos sino genéricos e inclusive nuclearmente políticos, se constituya, en determinadas coyunturas y a través de determinados actores, en instrumento o medio de la transformación social, pero este no es un proceso mecánico ni espontáneo, ni tampoco es la tendencia dominante en estos tipos de grupos. Más aún, en su interior se desarrollan prácticas y representaciones que continuamente tienden a reorientar pragmáticamente los objetivos de tipo genérico y político hacia sus propias necesidades de salud específicas.

El pasaje de los pequeños grupos a los movimientos sociales no se ha dado, por lo cual no solo no observamos un proceso de pasaje en la práctica, sino tampoco una teoría del pasaje formulada por los analistas al menos en términos de los grupos que operan en torno al proceso de S/E/A. Lo que encontramos son las propuestas de algunos líderes de los grupos de autoayuda de los años sesenta, y sobre todo de algunos teóricos e investigadores de este tipo de grupos como Katz y Bender (1976, 1981), o las relativamente antiguas teorizaciones autogestionarias de los años veinte y treinta; pero especialmente observamos un notable vacío de teorización actual, ya que lo que domina son más bien deseos movilizados como los de Touraine (1995, 1997), o directamente la falta de teorización, en el caso de América Latina.

Como ya señalamos, la mayor y más continua eficacia, en términos de sus propios objetivos, se da en los microgrupos y especialmente en la actividad de las mujeres en su rol de esposas/madres, en los grupos de autoayuda y en los movimientos organizados en torno a una *diferencia* que les da pertenencia

e identidad. La capacidad de integración y la eficacia parecieran residir en la especificidad, en la autonomía, en diferenciarse drásticamente de movimientos inclusivos no centrados en particularidades. Pero estas características que posibilitan su participación social, limitarían no solo el pasaje a demandas más genéricas, sino también la dificultad y/o rechazo a integrarse en movimientos más amplios.

Ahora bien, toda una serie de autores propone que por lo menos una parte de estos grupos y movimientos centrados en su especificidad inciden en la sociedad global a partir de dicha especificidad, lo cual no negamos, pero necesitamos observar cómo inciden. Ya que, si por incidencia nos referimos al trabajo de desestigmatización desarrollado por grupos homosexuales o a la lucha por la adquisición de poder, especialmente respecto de los varones por parte de las mujeres, no cabe duda que han incidido sobre todo en ciertas sociedades y clases sociales, pero según autores como Lasch, sin cuestionar el orden dominante o, mejor dicho, cuestionando solamente la parte que los afecta en su diferencia. Estos grupos y movimientos, según Lasch (1996), no luchan por generar modificaciones estructurales, sino que lo hacen sobre todo para obtener reconocimiento y para incluirse en la estructura más que para generar su transformación.

Pero esta tendencia a luchar por la particularidad se ha expresado históricamente incluso a través de uno de los más notorios movimientos sociales, por lo menos durante el siglo XIX y parte del siglo XX; me refiero al movimiento sindical.

Justamente la mayor parte del movimiento sindical se organizó en torno a especificidades: básicamente la demanda de mejores condiciones de trabajo y mayor salario; y la casi totalidad de sus objetivos, demandas y luchas se organizaron en torno a ellos; su búsqueda de *adquisición de poder* se dirigía hacia esos dos objetivos, y es respecto de ellos que logró su mayor identidad, movilización y eficacia, pero sin modificar estructuralmente el orden dominante, aunque sí modificando sustantivamente en ciertas sociedades las condiciones de vida y de trabajo de los miembros de esas organizaciones. Como sabemos, pues estoy contando una historia que casi todos conocemos, una parte de las tendencias políticas de izquierda cuestionaron como negativa la concentración del movimiento sindical en sus especificidades, de tal manera que, en algunas sociedades, cuando determinados partidos políticos de izquierda llegaron al poder liquidaron a los líderes sindicales, disolvieron sus organizaciones y/o dieron a estas un papel puramente formal.

Por supuesto que esta historia es mucho más compleja que mi esquemática presentación, pero lo que me interesa subrayar es que, por lo menos hasta ahora, los grupos que se constituyen a través de sus especificidades encuentran

en las mismas su mayor nivel de integración. Es a partir de su especificidad que desarrollan su *identidad* y pertenencia, establecen relaciones con otros sectores de la sociedad global y/o se constituyen en grupos de presión y a veces de poder, evidenciando su mayor eficacia en el logro de objetivos específicos.

De estas trayectorias basadas en la especificidad parecen olvidarse incluso algunos especialistas en movimientos sociales que comenzaron sus afanes a través del estudio de los movimientos laborales como es el caso de Touraine, quien viene señalando desde los años setenta que a través de diversos movimientos –e incluye reiteradamente los organizados en torno de la salud– ocurrirán algunas de las más significativas transformaciones:

Los nuevos movimientos sociales que no pudieron desarrollarse ni influir en la acción política durante los años setenta y ochenta deberían retornar [...] La debilidad relativa, y en especial la escasa organización de estos nuevos movimientos sociales no deben ocultar el hecho que constituyen un llamamiento al Sujeto más directo y más vigoroso que todos los movimientos anteriores. En los ámbitos más centrales de la sociedad postindustrial (la salud, la educación, la información) somos testigos de la formación de protestas, debates, propuestas que se dan por objetivo la defensa del sujeto contra una lógica tecnocrática y mercantil. (Touraine, 1997, p. 119)

Pero, como sabe bien Touraine, no solo las lógicas de los movimientos sindicales y sociales del siglo XIX y parte del XX eran también antitecnocráticas y antimerchantes, sino que toda una serie de teóricos marxistas y existencialistas insistió en el papel de la subjetividad y de las prácticas.

Por lo tanto, considero necesario reflexionar y tomar decisiones respecto de varios de los aspectos que venimos analizando. ¿Qué implica que los movimientos y grupos centrados en su especificidad reduzcan los objetivos y luchas a sí mismos? ¿Qué supone la carencia o por lo menos la existencia de escasas reflexiones no tanto sobre el sujeto sino sobre las prácticas –que por supuesto incluyen al sujeto– y que reiteradamente observamos en estos grupos y movimientos? ¿Qué posibilidad existe de producir una teoría del pasaje que posibilite pensar y sobre todo generar transformaciones desde los padecimientos específicos hacia las necesidades sociales generales? ¿Qué posibilidades existen de que los derechohabientes de las instituciones de seguridad social, como el Instituto Mexicano del Seguro Social, se organicen y luchen por defender *sus* servicios de salud que están siendo desfinanciados por el Estado y entrando en un proceso de deterioro difícilmente reversible? ¿Qué posibilidades existen en América Latina

de que dados los problemas de salud y las carencias cada vez más agudizadas de las personas de la tercera edad, estas se organicen y demanden soluciones a sus principales problemas socioeconómicos, incluidos los de salud? Y por supuesto, ¿qué posibilidades hay, no solo de que se organicen sino de que no se burocraticen y de que luchen y obtengan por lo menos algunas de sus posibles demandas?

Del análisis de la trayectoria de los grupos de autoayuda desde los años sesenta, de la trayectoria de la salud comunitaria desde los años cincuenta, de las propuestas de los médicos descalzos o de los discontinuados impulsos de la salud mental comunitaria que en los años sesenta y setenta generaron tendencias directamente subversivas desde la perspectiva de los sistemas dominantes, surgen propuestas y experiencias que refieren a modificaciones que van más allá de la particularidad, pero la mayoría de las mismas no solo terminaron centrándose en la especificidad, sino que además no generaron transformaciones a nivel de las estructuras, aunque sí produjeron modificaciones a nivel de sujetos y microgrupos.

De tal manera que el análisis de grupos y movimientos centrados en una especificidad determinada nos permite concluir que por lo menos los movimientos y grupos que se constituyen en torno a procesos de S/E/A establecen sus logros y limitaciones dentro de las condiciones descritas, lo cual no supone ningún lamento por dicha situación sino reconocerla fácticamente. Las expectativas respecto de los mismos deberían reconocer que dichos movimientos y grupos intentan modificaciones específicas (ser reconocidos, aumentar su estatus social, reducir o eliminar las estigmatizaciones, controlar un daño de salud específico) que a veces, en determinadas situaciones y coyunturas, logran conmover a la sociedad general, y que en ello radica gran parte de los objetivos y las posibilidades de dichos grupos y movimientos. Así como también existen grupos y tendencias, actualmente en receso, que buscan tensar dichos movimientos hacia propuestas más generales, inclusivas y transformadoras que coyunturalmente pueden generar modificaciones.

Discontinuidades e imaginarios

Respecto de lo analizado hasta ahora debe asumirse en toda su significación que el proceso de S/E/A no solo es cotidiano sino estructural a nivel de los sujetos y microgrupos, y que incluye tipos de participación social muy disímiles que cumplen diferentes funciones para asegurar el proceso de reproducción biológica y sociocultural, que en su mayoría tienden a reforzar las relaciones de hegemonía/subalternidad más que a modificarlas, dado que

es parte del proceso de producción/reproducción de su propia vida y de la sociedad dominante, que recordemos se reproducen conjunta y simultáneamente (Menéndez, 1979, 1981, 1982, 1990c, 2002). Desde esta perspectiva, asumimos la existencia de constantes procesos de participación social respecto de los procesos de S/E/A por parte de sujetos y grupos, incluso en forma organizada a partir de ellos mismos. Y por lo tanto la cuestión no es negar esta calidad participativa, sino utilizarla para mejorar las condiciones de vida y salud de sujetos y grupos.

Asumido esto, uno de los objetivos de la investigación de las experiencias participativas sería describir y analizar procesos de S/E/A que no tiendan centralmente a la reproducción de la subalternidad. Por supuesto que no desconocemos que en los procesos transaccionales la reproducción de la subalternidad implica cuestionamientos y modificaciones parciales a las tendencias y sectores dominantes (Menéndez, 1981), pero nuestra preocupación se centra en si el trabajo participativo en salud genera más o menos alternativas de participación general y autónoma que en otros campos de la realidad. Parte de los denominados movimientos urbano-populares han centrado sus objetivos en el desarrollo de demandas específicas; es más, según algunos autores este tipo de movimiento sería el más frecuente, aunque el mismo suele agotarse en el proceso de demandas específicas generando escasos desarrollos de tipo general y con continuidad en el tiempo³³.

Pero, además, respecto de por lo menos una parte de este tipo de movimientos –y por supuesto de sus estudiosos–, podemos interrogarnos sobre si los mismos incluyen realmente la especificidad como núcleo de sus objetivos, o si lo que domina es la antigua búsqueda del sujeto social de la transformación pensado, investigado y/o actuado exclusivamente a través de lo político. De la revisión de la bibliografía sobre movimientos sociales, por lo menos respecto de México, surge que esta no incluye la descripción ni el análisis de los grupos y/o movimientos organizados en torno al proceso de S/E/A, pese a que en la década de 1980 se constituyó en México el Movimiento Nacional de Salud Popular, que realizó congresos nacionales desde 1981, se organizó en ocho regionales y llegó a tener, a fines de dicha década, alrededor de cuatrocientos grupos adherentes. Si

³³Esta es la interpretación más frecuente entre los especialistas en movimientos sociales: “En términos globales, los movimientos reivindicativos aquí mencionados han carecido de una organización consciente y eficaz para impulsar y conseguir demandas fuera de su ámbito de acción. En ellos ha faltado cohesión e identidad, no solo para sostener y dar coherencia a sus demandas sino también para permanecer como movimientos sociales en situaciones críticas. En otras palabras, la matriz constitutiva de actores en el ámbito en donde se han formado los actores sociales, ha carecido de elementos socioculturales que solidifiquen y dinamicen una conciencia del cambio” (Muro, 1994, p. 79).

bien durante el proceso se generaron escisiones, desencuentros, conflictos, abandonos y/o reconstituciones, ello no explica su omisión; por lo que considero que dicha exclusión tiene que ver con la idea reiterada de encontrar *el* sujeto de la transformación, cuya identidad refiere a la condición económica, ocupacional y, últimamente, étnica de los actores, pensada a través de lo político. Pero, además, expresa la ignorancia de la existencia y el papel de los grupos o movimientos organizados en torno al proceso de S/E/A por la mayoría de los estudiosos de los movimientos sociales en América Latina.

Por otra parte, deberían formularse conclusiones, por supuesto provisionales, respecto de si del trabajo (lucha) cotidiano por la supervivencia, en particular el desarrollado en torno al proceso de S/E/A, surgen transformaciones no solo en términos existenciales referidas al sujeto y el microgrupo (*crecimiento personal*), sino también a las condiciones de vida de los conjuntos sociales subalternos dentro de las cuales participa dicho sujeto/grupo. Debe realmente analizarse, a través de las prácticas, la propuesta de que las estrategias de vida y/o de supervivencia modifican la cultura y reconstituyen la estructura, en cuanto dichas estrategias actualizan y reactualizan constantemente dicha estructura a través de las actividades de los sujetos. Debe tratar de observarse si lo dominante es la producción/reproducción de modificaciones subjetivas, que también alterarían la situación de subalternidad colectiva, o si lo que opera es la reproducción de las relaciones de hegemonía/subalternidad más allá de que se produzcan modificaciones en algunos sujetos³⁴.

La cultura puede ser *verdad* para un sujeto en términos de identidad y pertenencia, y ello puede ser útil para el desarrollo de estrategias de vida, pero también puede favorecer su dominación dentro de relaciones de hegemonía/subalternidad. La participación social en términos ideológicos, es decir como voluntad intencional de modificación, puede usar o no su propia cultura para modificar la estructura, por lo cual considero que la cultura como verdad que no se constituye en ideología favorecerá la reproducción subalterna de la estructura más allá del efecto de *resistencia cultural* que pueda tener.

Las acciones, luchas, transacciones en salud colectiva operan constantemente, pero en forma discontinuada, de allí la necesidad de que la participación social con objetivos de transformación sea mantenida como un imaginario que por lo menos ideológicamente tienda a recuperar recurrentemente la idea y/o las aspiraciones individuales y colectivas hacia la *autogestión* o hacia

³⁴Es obvio que no pensamos en situaciones dicotómicas, sino en un espectro de situaciones a través del cual observar este proceso en forma puntual.

la *comunidad*, para que en determinadas coyunturas se intente realizarlas. Este imaginario debe además funcionar como un referente constante de las propuestas *realistas*, para contribuir junto con otros procesos a que dicho *realismo* político y/o técnico integre/enfrente/confronte las necesidades y situaciones de los conjuntos sociales subalternos. Considero que esa calidad de imaginario es lo que conduce reiteradamente a buscar en la participación social mecanismos de transformación de la realidad social o por lo menos de las condiciones de salud colectiva, pese a que la experiencia evidencia reiteradamente las limitaciones e imposibilidades de las actividades y actores para lograr la transformación significativa de la realidad social, aunque también evidencie una mayor posibilidad de modificaciones en el campo de la salud.

Desde esta perspectiva considero que es útil referir los procesos de S/E/A a propuestas participativas de transformación social, aunque más no sea como imaginario o, si se prefiere, como mecanismo ideológico, dado que la experiencia de los sujetos, de los microgrupos, de los movimientos sociales centrados en la diferencia evidencian que una parte de sus principales logros se dan en términos de procesos de S/E/A, y no de transformación social.

Por último, sugiero que los movimientos, las luchas, las acciones no solo son discontinuas, sino que una parte del trabajo participativo tanto a nivel práctico como ideológico solo se mantiene en la mayoría de los casos durante un escaso tiempo, dada una multiplicidad de factores, entre los cuales subrayo el juego de transacciones que deben realizarse en el interior del movimiento social o de las ONG para asegurar tanto su autorreproducción como un mínimo de eficacia. Si, además, recuperamos la existencia de un proceso constante de deshistorización –desmemoria– en la constitución de los sujetos y los grupos, el referente de la participación social como imaginario colectivo e individual pasa a ser aún más necesario. En consecuencia, el trabajo participativo no debe ser pensado exclusiva y excluyentemente en términos de acción y sobre todo de acciones aplicadas, sino también en términos teóricos e ideológicos entendidos como necesariamente complementarios y no como antagónicos.

Bibliografía

Banco Mundial (1993). *Invertir en salud*. Washington, DC: BM.

Christensen, P. & Karlquist, S. (1990). Impacto de los promotores de salud en una zona de barrios pobres de Pucallpa, Perú. *Boletín de la OPS*, 109(2), 134-144, Washington DC.

Dean, K. (1986). Lay care in illness. *Social Science & Medicine*, 22(2), 275-282.

- García Sánchez, F. et al. (1961). El distrito integral de salud pública en México. *Salud Pública*, 4, 573-598.
- Grodos, D. & Bethume, X. (1988). Les interventions sanitaires sélectives : un piège pour les politiques de santé du Tiers Monde. *Social Science & Medicine*, 26(9), 879-890.
- Haro, A. & De Keijzer, B. (1998). Participación comunitaria en salud: a modo de conclusiones. En: Haro, A. & De Keijzer, B. (coords.), *Participación comunitaria: evaluación de experiencias y tareas para el futuro* (pp. 279-301). Hermosillo: El Colegio de Sonora; OPS; Produceps.
- Haro, A. & De Keijzer, B. (coords.). *Participación comunitaria: evaluación de experiencias y tareas para el futuro*. Hermosillo: El Colegio de Sonora; OPS; Produceps.
- Katz, A. (1981). Self-help and mutual aid: an emerging social movement. *Annual Review of Sociology*, 1, 129-141.
- Katz, A. & Bender, E. (1976). *The strength in us. Self-help groups in the modern world. New viewpoints*. New York: Franklin Watts.
- Kroeger, A. & Barbira-Freedman, F. (1992). *La lucha por la salud en el Alto Amazonas y en los Andes*. Cayambe: Centro de Medicina Andina; Ediciones ABIA AYALA.
- La Forgia, G. (1985). Fifteen years of Community Organization for Health Panamá: an assessment of current progress and problems. *Social Science & Medicine*, 21(1), 55-65.
- Lasch, Ch. (1996). *La rebelión de las élites y la traición a la democracia*. Barcelona: Paidós.
- Lavandez, F. (1990). Las organizaciones no gubernamentales y los sistemas locales de salud. *Boletín de la OPS*, 109(5 y 6), 512-520.
- Martínez, H. et al. (1993). Experiencias en participación comunitaria para promover la educación comunitaria en nutrición. *Salud Pública*, 35(6), 673-681.
- Menéndez, E. L. (1978). El modelo médico y la salud de los trabajadores. En: Basaglia, F. et al., *La salud de los trabajadores. Aporte para una política de la salud* (pp. 9-54). México: Nueva Imagen.
- Menéndez, E. L. (1979). *Cura y control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*. México: Nueva Imagen.
- Menéndez, E. L. (1981). *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. México: Ediciones de la Casa Chata.
- Menéndez, E. L. (1983). *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. México: Cuaderno 86 de la Casa Chata, CIESAS.
- Menéndez, E. L. (1990a). *Morir de alcohol. Saber e ideología médica*. México: Alianza Editorial.
- Menéndez, E. L. (1990b). Continuidad y discontinuidad del proyecto sanitarista mexicano. Crisis y reorientación neoconservadora. En: Almada, I. (coord.), *Salud y crisis en México. Textos para un debate* (pp. 221-245). México: Siglo XXI.
- Menéndez, E. L. (1990c). Autoatención y automedicación, un sistema de transacciones sociales permanentes. *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones* (pp. 165-204). México: Cuaderno 59 de la Casa Chata, CIESAS.
- Menéndez, E. L. (1992). Achiquemos el Estado mientras la muerte está. En: Alonso, J. et al., *El nuevo Estado mexicano* (pp. 177-206). México: Nueva Imagen (Vol. IV).

- Menéndez, E. L. (1993). Autoatención y participación social: estrategia o instrumento en las políticas de atención primaria. En: Roersch, C. et al., *Medicina tradicional 500 años después. Historia y consecuencias actuales* (pp. 61-104). Santo Domingo: Instituto de Medicina Dominicana.
- Menéndez, E. L. (2002). *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Menéndez, E. L. (2005). Políticas del Sector Salud mexicano (1980-2004): ajuste estructural y pragmatismo de las propuestas neoliberales. *Salud Colectiva*, 1(2), 195-224.
- Menéndez, E. L.; Di Pardo, R. (1996). *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*. México: CIESAS.
- Muller, F. (1979). *Participación popular en programas de atención primaria sanitaria en América Latina*. Medellín: Universidad de Antioquía.
- Muro, V. (1994). *Iglesia y movimientos sociales*. Zamora: El Colegio de Michoacán.
- Oakley, P. (1990). *Intervención de la comunidad en el desarrollo sanitario. Examen de los aspectos esenciales*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Oakley, P. & Mardsen, D. (1985). *Consideraciones en torno a la participación en el desarrollo rural*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.
- Organización Panamericana de la Salud (1994). *Metodología para la evaluación participativa*. Washington DC: OPS.
- Paganini, J. M. & Rice, M. (1989). *Participación social en los sistemas locales de salud*. S/d: Organización Panamericana de la Salud [manuscrito].
- Rasmussen-Cruz, B. (1993). La participación comunitaria en salud en el IMSS en Jalisco. *Salud Pública*, 35(5), 471-478.
- Rifkin, S. (1990). *Participación de la comunidad en los programas de salud de la madre y el niño y de planificación familiar: análisis basados en estudios de casos*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Rifkin, S. et al. (1988). Primary Health Care: on Measuring Participation. *Social Science & Medicine*, 26(9), 931-940.
- Rifkin, S. & Walt, G. (eds.) (1998). Selective or comprehensive Primary Health Care. *Social Science & Medicine*, 26(9).
- Rootman, R. & Moser, J. (1985). *Normas para investigar los problemas relacionados con el alcohol y preparar soluciones adecuadas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia. Dirección General de Servicios Coordinados de Salud (1973). *Informe 1973*. México.
- Touraine, A. (1987). *El regreso del acto*. Buenos Aires: Eudeba.
- Touraine, A. (1995). *Crítica de la modernidad*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Touraine, A. (1997). *¿Podemos vivir juntos?* San Pablo: Fondo de Cultura Económica.
- Ulate, J. (1986). *El trabajo popular en salud y la generación de contrahegemonía* [tesis de maestría]. México: UAM-Xochimilco.

Ulate, J. & De Keuzer, B. (1985). Sistemas de salud y participación popular: los casos de Nicaragua y México. *Nueva Antropología*, 28, 153-176.

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

Capítulo 4

Entre ideología y pragmatismo: ambigüedades y contradicciones de la participación comunitaria en salud³⁵

Didier Fassin

En los últimos decenios, en diferentes contextos, el término participación ha sido ampliamente utilizado. Así, se invocó tal concepto en la India cuando, en el año 1977, se lanzó el programa “People’s Health in People’s Hands”, con la formación de 140.000 voluntarios de salud repartidos por todo el país para cumplir funciones sanitarias primarias curativas y preventivas (Jobert, 1984). Se habló también de participación cuando en 1980, dentro del Plan Nacional de Participación en Salud, el gobierno de Costa Rica sembró el territorio nacional de comités de salud, encargados de representar a la población ante las autoridades sanitarias; comités que a su vez estaban agrupados en asociaciones cantonales, estas asimismo reunidas en federaciones regionales bajo la autoridad de una Confederación Nacional (Morgan, 1990). Como participación se designó también al proceso que se llevó a cabo en Burkina Faso, en 1983, con las denominadas “Campanas de Vacunación Comandos”, realizadas de manera vertical y autoritaria por los incipientes Comités de Defensa de la Revolución, que eran apoyados por diferentes organizaciones de masas (Soubeiga, 1994).

En el caso de la India el objetivo era la *delegación* de competencias a una red de individuos elegidos por su propia colectividad, individuos que ya en

³⁵Este artículo fue publicado bajo el título: “L’idéologie populiste et l’utopie communautaire”, en el libro de Didier Fassin *Les enjeux politiques de la santé. Etudes sénégalaises, équatoriennes et françaises* (París: Karthala, 2000).

aquella época se empezaban a denominar *agentes de salud comunitarios*. En Costa Rica, por su parte, el esfuerzo se concentraba en constituir unas estructuras que, elegidas localmente, sirvieran de dispositivos de *representación*, con el objeto de que los responsables de salud pública dispusieran de interlocutores para la implementación de la reforma sanitaria. En el ejemplo de Burkina Faso el resultado que se buscaba no era otro que la *adhesión* de la población a un programa de prevención; es decir, asegurar la presencia del mayor número de personas cuando los equipos móviles pasaran por los diferentes pueblos y localidades.

Este panorama que se acaba de describir sucintamente plantea de entrada dos cuestiones: ¿Qué hay de común entre estas tres políticas que proclaman todas ellas la participación popular en salud? ¿Se trata de una realidad idéntica expresada bajo tres formas diferentes, o se trata más bien del abuso de un mismo término?

Establecer estos paralelismos se impone toda vez que estas diversas formas de entender la participación no son mutuamente excluyentes. Al contrario, dentro de una misma política nacional aparecen a menudo asociadas en formas y grados diversos. Es el caso, por ejemplo, de la Nicaragua en la época sandinista donde, al principio de los años ochenta, el despliegue de la participación popular que se llevó a cabo combinaba acciones como la creación de una red de brigadistas de salud y de consejos populares de salud, y la realización de jornadas populares de salud (Donahue, 1983). Sin embargo, y una vez más, el caso de Nicaragua nos obliga a preguntarnos sobre sus similitudes y diferencias con los ejemplos expuestos de la India, Costa Rica y Burkina Faso.

¿Qué abarca pues, en realidad, la noción de participación? ¿Cuál es su importancia y cuáles sus implicaciones, para que en los años setenta y ochenta haya recibido el apoyo y la adhesión masiva y unánime de estados e instancias internacionales, a pesar de ser una época en que el orden mundial se caracterizaba por estar sometido a profundas divergencias ideológicas?

Hacia un enfoque comprensivo de la participación

El estudio de los textos que han servido de base para las múltiples iniciativas que sobre la participación en salud florecieron en el período citado, no nos aclaran nada al respecto, ya que, entre otras razones, el propósito de tales documentos no va más allá de simples declaraciones de intención y de principios extremadamente generales. Así, la Declaración sobre el Progreso Social

y el Desarrollo, promulgada en 1969 por la Asamblea de las Naciones Unidas, apela a una “participación activa de todos los elementos de la sociedad, ya individualmente o a través de asociaciones, a la definición y a la realización de las metas del desarrollo, respetando completamente las libertades fundamentales de la Declaración Universal de los Derechos del Hombre” (Naciones Unidas, 1975). Un decenio más tarde, esta formulación es retomada, más o menos con las mismas palabras, en la Declaración de Alma Ata sobre la Atención Primaria de Salud: “Todo ser humano tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente de la planificación y ejecución de la atención sanitaria que recibe” (OMS/Unicef, 1978). Como señalaba el director del Instituto de Investigación sobre el Desarrollo Social de las Naciones Unidas:

Existe un consenso cada vez mayor a nivel nacional e internacional sobre la importancia que hay que dar a la participación como medio y como fin del desarrollo. Este consenso oculta, sin embargo, las importantes diferencias que existen entre las instituciones y los expertos en lo concerniente a los conceptos de desarrollo y de participación. (Ghai, 1988)

Se puede afirmar, sin duda, que conforme la participación se impone con más fuerza en la retórica del desarrollo, resulta más difícil comprenderla y hacerla real en términos prácticos. Los analistas que han intentado aprehender la realidad de la participación en el campo de la salud pública la han abordado, al menos, de cuatro maneras diferentes.

La primera consiste en establecer una *definición* de la participación, pero ello conlleva a menudo enunciados imprecisos y poco operativos:

Participar significa estar implicado o tener la autorización para estarlo, ya sea en un proceso de decisión, en la prestación de un servicio, en la evaluación de una acción, o simplemente ser uno de tantos miembros consultados a raíz de un tema o un problema. (Brownlea, 1987)

Esta indeterminación ha conducido a ciertos autores a afirmar que, dada la heterogeneidad de las experiencias, “no es posible ni incluso útil disponer de una definición universalmente aceptable de la participación comunitaria” (Rifkin, 1986).

Un segundo enfoque analítico se orienta hacia la elaboración de *tipologías* de la participación. Se han propuesto varias, basadas en particular sobre la

distinción entre lo que en la participación compete al campo social o al sanitario (Muller, 1980), o también sobre el nivel de implicación de la comunidad (Agudelo, 1983). Pero las limitaciones de estas tipologías se ponen de manifiesto desde el momento en que se intenta aplicarlas a situaciones concretas, a las que finalmente no aportan elementos decisivos de comprensión: una categorización nunca reemplaza un análisis.

Una tercera aproximación propone aportar instrumentos que sirvan para la *evaluación* de la participación. La preocupación por este aspecto condujo ya en su época a ciertos especialistas de la planificación a intentar establecer ciertos grados, que van desde la manipulación hasta el propio control por los ciudadanos (Arnstein, 1969). En el campo de la salud se han desarrollado clasificaciones más finas, con el intento de describir mejor la diversidad de formas de participación mediante la ayuda de criterios eventualmente medibles: representatividad de los líderes, estructuración del medio, movilización de los recursos, autonomía de gestión, apreciación de necesidades (Rifkin, Muller & Bichmann, 1988). Una vez más, estas técnicas se muestran insuficientes para captar la complejidad y, sobre todo, la dinámica de las situaciones reales, las cuales se enmarcan mal en cualquier esquema, por muy sofisticado que sea.

El cuarto planteamiento ha sido la *denuncia* de las lógicas que subyacen en la formulación de los programas de atención primaria de salud (Navarro, 1984), y más específicamente del componente de participación comunitaria (Ugalde, 1985), que se interpretan como dispositivos ideológicos destinados en último término a ratificar las desigualdades de la división internacional de la salud. Si bien este tipo de lectura aclara las razones generales del éxito de nuevos términos que a veces se convierten casi en eslóganes, pone de manifiesto asimismo el hecho de que la participación se haya desarrollado en el seno de regímenes radicalmente opuestos, y que además haya tomado formas muy distintas en función de las estructuras políticas y sociales preexistentes.

El propósito de este texto no es sin embargo definir, clasificar, evaluar o denunciar la participación en salud, aunque por supuesto estos ejercicios estén plenamente dotados de legitimidad e interés. De lo que se trata más bien es de intentar comprender las diferentes modalidades de participación que se llevan a cabo, y ello a partir de un análisis crítico de las prácticas reales de las mismas. Este tipo de enfoque se inscribe en la línea de trabajos efectuados por antropólogos (Paul & Demarest, 1984), politólogos (Jobert, 1985) e incluso economistas (Hirschmann, 1985), que se han consagrado a un examen profundo del estudio de casos. Se apoya también en la realización de encuestas personales, llevadas a cabo en diferentes y variadas localizaciones y contextos, principalmente en Senegal, a nivel de comités de salud de zonas urbanas (Fassin & Fassin, 1990); en Ecuador, donde se trabajó con

movimientos de mujeres en medios populares (Fassin, 1992b); en el Chad y en Nicaragua, donde se efectuaron observaciones más puntuales.

Es sobre la base de estas diversas experiencias que se pretende poner de manifiesto el mundo real y actual de la participación. Se trata, en suma, de intentar responder a un doble interrogante: ¿Qué es lo que en realidad se lleva a cabo cuando se dice que se hace participar a las poblaciones en el campo de la salud? ¿Cuáles son las implicaciones sociológicas de la participación? Utilizando el lenguaje de Max Weber, de lo que se trata es de intentar *comprender lo que es y lo que significa* esta actividad social a la que se denomina participación.

Para ello, en un primer momento, propongo caracterizar las diferentes prácticas de participación a partir de una oposición fundamental, como es la que surge entre movilización y delegación. En la movilización el esfuerzo se centra en obtener la participación directa de la población, mientras que la delegación se basa en la participación indirecta a través de agentes o comités. Ambas modalidades, aunque no son mutuamente excluyentes en un contexto dado, tampoco son homogéneas en sus fundamentos ideológicos ni en sus realizaciones prácticas. Es por lo tanto necesario afinar y, sobre todo, enriquecer el análisis de estas dos formas de participación, insertándolo para ello en las estructuras sociales y políticas donde se desarrollan.

En una segunda parte, mi esfuerzo se va a centrar en poner de manifiesto, por un lado, el sentido que es común y compartido entre las diversas formas de participación, y por otro, las ideas y presupuestos de los que dichas formas derivan, así como las contradicciones e incluso los conflictos que de todo ello resulta. De manera particular, se va a tratar de mostrar los obstáculos estructurales con que tropieza la participación popular desde el momento en que esta establece sus principios independientemente de las lógicas sociales y políticas de los individuos y grupos a los cuales se dirige. Estas dificultades, por otra parte, son aún más marcadas en el campo de la salud, dada la especificidad de las relaciones que lo estructuran.

Finalmente, y como conclusión del texto, voy a intentar mostrar cómo la puesta en práctica de las formas contemporáneas de participación puede conllevar una redefinición conjunta de la salud y de lo político.

La invención de la participación

Antes de sumergirse en este análisis, quizás sea necesario inscribirlo en una perspectiva histórica. La participación, contrariamente a lo que ciertos textos oficiales (Naciones Unidas, 1975) e incluso ciertos trabajos científicos (Stone,

1992) han señalado, no es una invención reciente. Ya en la época colonial se puede constatar la existencia tanto de un discurso como de realizaciones prácticas de participación popular.

Al final de la Primera Guerra Mundial, dentro de la estrategia política de *mise en valeur* de la administración colonial francesa y de la *indirect rule* del Imperio Británico, florecen y se multiplican iniciativas para favorecer la creación de asociaciones, el desarrollo de mutualidades, y la valorización de los saberes y conocimientos de la población autóctona. Como muestra puede servir lo que en el año 1921 escribía un inspector general del Programa Agrícola del África Occidental francesa:

Organizar la mutualidad agrícola bajo sus formas más diversas, y particularmente mediante el sindicato, la caja de crédito, la cooperativa de productores. Estas asociaciones encontrarán una base ideal en las sociedades de previsión. Pero el campesino no las comprenderá, no se despertará su iniciativa, y no sacará ningún provecho más que en el caso que estos órganos sean extremadamente flexibles y que su tutela administrativa, necesaria al principio, se haga progresivamente menos estrecha y directa, para desaparecer en último término y ser reemplazada por un simple poder de control. (Chauveau, 1994)

Este tipo de discurso, frecuente entre los administradores, a veces influenciado por los mismos antropólogos que colaboraban con ellos, no puede evidentemente hacer olvidar el régimen de explotación y las relaciones de dominación instauradas por el orden colonial, pero sí testimonia el nacimiento de una preocupación que responde, por otro lado, tanto a una inquietud de justicia social como a consideraciones de índole práctica.

Después del final de la Segunda Guerra Mundial, estas prácticas se reactivan a partir de las doctrinas denominadas de “rehabilitación rural” en las colonias francesas, y del *community development* en el mundo británico. En este sentido, se puede citar aquí el texto de la Conferencia de Verano de Cambridge de 1948 sobre la Administración Africana, que define así el desarrollo comunitario:

Un movimiento establecido para promover mejores condiciones de vida en toda la comunidad con su participación activa y, si fuera posible, a partir de su propia iniciativa, pero en el caso de que ello no se expresara de manera

espontánea, se recurriría al uso de técnicas que permitan hacerlo surgir, de forma que se asegure una respuesta activa y entusiasta a este movimiento. (Foster, 1982)

Más específicamente en el campo de la salud, el Comité nombrado por el gobierno británico de la India, y dirigido por el inglés Joseph Bhore, había emitido al comienzo de los años cuarenta una serie de recomendaciones en favor de una mayor implicación de las poblaciones en su propia salud y en el desarrollo de los servicios médicos. El principio de la participación devino así, en el alba de las independencias africanas y asiáticas, un axioma de la política colonial, principalmente para intentar hacer frente a la escalada de los nacionalismos y al impulso y crecimiento de las ideologías revolucionarias.

Incluso durante los años cincuenta y sesenta, considerados habitualmente como los años del desarrollo y del triunfo de la ideología del progreso, la corriente participacionista estaba marcadamente presente. Esta tendencia aparecía reflejada en ciertas políticas nacionales, principalmente en algunos países que habían alcanzado su independencia, como por ejemplo la India, que promovió desde 1950 un vasto programa de movilización comunitaria en el cual la salud ocupaba un lugar importante. En otro caso, como el de Tanzania a partir de 1962, se implantó en nombre del denominado socialismo africano una gran reforma, cuyo fundamento era la reconstrucción de las comunidades tradicionales. Pero donde se manifiesta de manera significativa este movimiento es a través de las múltiples iniciativas locales fuertemente politizadas que surgieron principalmente en América Latina donde, bajo la influencia de la Revolución Cubana y del sector progresista de la Iglesia Católica, proliferaron un sinnúmero de movilizaciones populares. En algunos lugares estas iniciativas se configuraban como ligas campesinas, en otros como asociaciones de barrio, y en otros como comunidades de base que se alzaban contra un orden internacional cuya tendencia era (y es) imponer el modelo dominante de desarrollo.

Así pues, el entusiasmo por la participación que se ha dado en los años setenta y ochenta se inscribe en una ya larga historia forjada, por otra parte, en períodos recurrentes de interés y olvido, circunstancias todas que sin embargo se han ocultado más o menos conscientemente, quizás para hacer resaltar como innovador el impulso dado en la época actual al proceso participativo. Como apunta Chauveau:

Todo parece como si el desarrollo rural de los años sesenta y principio de los setenta haya servido y sirva aún hoy como una imagen no apta del modelo participativo. Ello a costa

del precio que significa siempre hacer una reinterpretación a posteriori del pasado, pero con una considerable recompensa para sus promotores: el poder de reivindicar un modelo “alternativo” opuesto al desarrollo “desde arriba” de los años sesenta, y por extensión, de toda la historia anterior del desarrollo. (Chauveau, 1994)

Por supuesto, esta historia no es específica del campo de la salud, ya que, como se ha podido mostrar, existe un verdadero entramado de correspondencias ideológicas entre el desarrollo comunitario rural y la atención primaria de salud (Foster, 1982). En realidad, es el conjunto de la intervención del mundo occidental en los países coloniales o postcoloniales la que, de una u otra manera, está concernido por esta historia de las ideas y las prácticas del desarrollo y de la participación.

Recobrar el pasado de la participación permite dotarse de los medios necesarios para poner al día las continuidades y discontinuidades que marcan su historia. Por ejemplo, en un país como Nicaragua, la implicación de individuos y de grupos en la actividad social o sanitaria evidentemente no se inventó durante la Revolución Sandinista de 1979, que la transformó en uno de sus principales eslóganes. En efecto, aun bajo la dictadura somocista se pueden apreciar tanto formas activas (a menudo contestatarias) como también pasivas de participación, por ejemplo, en programas de lucha contra el paludismo. El conocimiento y el análisis de estas situaciones encierran un gran interés, en tanto que explican, en parte, las modalidades ulteriores de participación que se desarrollaron en el período revolucionario, y permiten sobre todo comprender las rupturas instauradas por el sandinismo.

Esta inserción en la historia, a menudo borrada, es una condición necesaria para la comprensión del presente. Es precisamente este el que se va a explorar a continuación, analizando los dos principios de la participación: uno, cuyo eje es movilizar el conjunto de una población; otro, que se fundamenta en que esta delega en unos representantes el poder de expresarse en su nombre. Estos dos principios no se excluyen mutuamente, y de hecho son numerosas las formas compuestas que asocian movilización y delegación, si bien en general ya una u otra actúan como el elemento dominante, lo cual no es ni más ni menos que el reflejo de la imagen que se tiene de la población y de la concepción sobre el papel político que debe jugar.

La participación como movilización

La primera forma de participación, tal como se la encuentra en la práctica, pretende asociar directamente las poblaciones a las actividades de desarrollo, o más específicamente a las actividades de salud; es decir, ponerlas en relación con el poder sin la intervención de ningún intermediario. Se puede tratar, ya de acciones colectivas, como por ejemplo realizar un programa de vacunación o cavar un pozo, ya de acciones individuales, como pueden ser por ejemplo el cambio de comportamientos de riesgo o la adopción de medidas de protección. En cualquiera de sus expresiones, esta modalidad de participación, en la medida en que apela a la adhesión a valores, normas y conductas, supone una movilización de las poblaciones, es decir un movimiento por medio del cual se las asocia a un proyecto colectivo.

Según la retórica utilizada para designar estas poblaciones, se pueden distinguir dos modos de participación. Cuando se hace referencia al *pueblo*, se las representa como colectividades indiferenciadas que deberán ser movilizadas en masa. En general este tipo de visión se encuentra muy marcada políticamente, con un amplio espectro que va del nazismo al leninismo, pasando por toda la diversidad de movimientos nacionalistas. Con ello se intenta expresar el punto de vista de los que defienden los intereses de los dominados, tomando además una posición definida a su lado. En un sentido estricto, la calificación de *populismo* se reservará al tipo de ideología que habla del pueblo, para el pueblo y en lugar del pueblo.

En una segunda acepción se habla de *comunidad*, y en este caso la población es contemplada como un conjunto de individuos unidos por características comunes, ya se trate de cultura, de religión, o simplemente de pertenencia territorial a un espacio geográfico delimitado: un barrio, un poblado, etc. Esta terminología aparece como más neutra políticamente que la anterior, siendo incluso, por otra parte, de uso corriente tanto en el lenguaje de la administración colonial como en el vocabulario de las instancias internacionales.

Pero en realidad su origen no es otro que una postura de distancia con respecto a los dominados, a los que se pretende aportar las soluciones que se consideran las más apropiadas. Se denominará *comunitarismo* a esta construcción ideológica, cuyo supuesto es la búsqueda implícita de un consenso.

Al establecer esta distinción no se pretende caracterizar ni delimitar de manera definitiva, y en consecuencia estática, las múltiples concepciones sobre las poblaciones y la participación. Muy por el contrario, la práctica de un ejercicio lexicológico sobre las palabras “pueblo” y “comunidad” mostraría las variaciones semánticas en función de las personas y de las circunstancias en que se utilizan. Gracias a ello, no sería difícil por ejemplo que se pusieran

de relieve elementos más neutros en la acepción de pueblo y más políticos en el de comunidad. Al fin y al cabo, y de una manera general, como cualquier ideología, es susceptible de manipulaciones, derivaciones o inversiones de su sentido original (Wieviorka, 1993). La distinción que aquí se ha establecido tiende más bien a funcionar como “ideal-tipo”, pues ello permite que se pueda llegar a ver con más claridad las significaciones de realidades que, a menudo, se presentan de manera lo suficientemente mal diferenciadas como para que las posiciones ideológicas a las que subyacen aparezcan bastante confusas. Sin embargo, de lo que se trata no es tanto de reivindicar la exactitud de una tipología, cuyos defectos son siempre fáciles de evidenciar, como de mostrar la utilidad que puede aportar la diferenciación para aprehender estas realidades políticas, las cuales son a menudo opacadas por las retóricas imperantes. Así pues, más que una cuestión de clasificación, se trata de descorrer el velo para descubrir y evidenciar esas realidades. Es precisamente todo ello lo que se va a intentar ilustrar a continuación.

El *populismo*, en la forma que se ha definido más arriba, es quizás el elemento más constante en la historia de la salud pública de la India (Jobert, 1985). Fue en nombre del pueblo y de sus intereses que el gobierno de Jawaharlal Nehru emprendió la gran movilización de 1950-1952, con sus programas de lucha contra la viruela, el paludismo y la tuberculosis. Ese mismo espíritu nutrió el denominado Quinto Plan que Indira Gandhi puso en práctica a partir de 1973, una de cuyas piedras angulares era el establecimiento de una formación de corta duración para los terapeutas tradicionales, destinada a transformarlos en *médicos descalzos*, según esa nueva visión acuñada en la China revolucionaria. Con ese mismo Plan se llevó a cabo tres años más tarde la política autoritaria de reducción de nacimientos. En fin, cuando Morarji Desai del partido Janata le sucede en 1977 lanza asimismo una campaña de formación de ciento cuarenta mil voluntarios de salud. Como indicaba el eslogan que daba título al programa, de lo que se trataba era de poner la salud del pueblo en las manos del pueblo.

Más allá de sus diferencias, estas acciones tienen en común el hecho de que, en cada una de ellas, el pueblo es representado como un conjunto uniforme e indiferenciado, de ahí la expresión de “masas populares” con la que frecuentemente se le designa. Como prueba de esto, se pueden citar dos ejemplos en el contexto de la India que hemos evocado anteriormente. Uno de ellos es el recurso a métodos coercitivos para imponer, en el año 1976, la utilización de prácticas contraceptivas irreversibles (esterilizaciones masculinas y femeninas), lo que muestra que en nombre del interés colectivo del pueblo se puede ir contra el conjunto de los intereses de los individuos que lo componen. Más aún, supone también la negación de esta diferenciación de la sociedad, por la

cual en realidad solamente las clases pobres se ven afectadas por estas medidas. El otro ejemplo puede ser extraído del citado programa de 1977, en el que para planificar las necesidades de los agentes voluntarios se estableció un criterio puramente estadístico (un voluntario por cada diez mil habitantes), sin tener en cuenta, al hacer la división del territorio, que existe una gran variedad de formas de identificación social, como la proximidad espacial, las afinidades culturales o las realidades históricas. En todo este contexto, además, frente a este pueblo uniforme, homogéneo, indiferenciado, existe una élite diferenciada, que afirma sus propias señas de identidad, que detenta el poder de decisión y que legitima su acción en nombre de las masas. Se comprende así que la participación que se espera del pueblo se resume a su adhesión a los programas de salud pública, y en el momento de las elecciones, a la aprobación de las políticas y de los políticos que las conducen mediante un voto favorable.

Las situaciones revolucionarias exacerbaban todo este discurso populista. Un ejemplo es el caso de Burkina Faso en 1983, a raíz de la toma del poder por Thomas Sankara (Soubeiga, 1994). A partir de la denuncia de los regímenes anteriores, que no representaban más que a las fracciones acomodadas de la población, el nuevo poder proclamó su meta de apoyarse en el campesinado. Dada la situación de este último, el Consejo Nacional de la Revolución se propuso, sin embargo, antes que nada, el “concientizar a las masas”. Para ello se constituyeron por todo el país los denominados Comités de Defensa de la Revolución, “auténtica organización del pueblo en el ejercicio del poder revolucionario”, cuyo objetivo esencial era estructurar el espacio social en torno a un proyecto revolucionario. Para ayudar a dichos comités se crearon otras dos *organizaciones de masas*: la Unión Nacional de Mujeres de Burkina, donde se encuadraba a la población femenina, y el Movimiento Nacional de los Pioneros, que agrupaba a los adolescentes de diez a catorce años. Las acciones de prevención tomaron en este contexto una importancia particular, principalmente lo que se denominó “vacunaciones comandos”, que eran operaciones llevadas a cabo basándose en el modelo de las campañas militares con la finalidad de aumentar la cobertura vacunal.

En esta concepción de la participación por parte del gobierno de Burkina Faso, el pueblo es considerado como una materia amorfa que puede ser modelada, estimulada, movilizada. Se produce una cierta decepción en el seno del poder cuando este se da cuenta de que a partir de las organizaciones de masas creadas se reconstituyen y revitalizan en el área rural las formas de gobierno tradicionales, las cuales comienzan a actuar de manera autónoma respecto del proyecto revolucionario. Constatación dolorosa para los revolucionarios, que no tardan en calificar como “feudal” la permanencia de una sociedad campesina jerarquizada y privar sistemáticamente de sus atributos y

funciones a las autoridades tradicionales, que son relegadas. Declaradas inelegibles, son reemplazadas por delegados sin vínculo alguno con los linajes en el poder; delegados a los cuales las poblaciones no reconocen ninguna legitimidad. Se va creando así un vacío cada vez más profundo entre el gobierno revolucionario y las poblaciones rurales, originariamente concebidas como su principal apoyo: vacío que traduce, ni más ni menos, la disociación entre el pueblo imaginado y la sociedad real.

A pesar de lo señalado anteriormente, a veces existe una cierta congruencia entre la imagen del pueblo que se forman los gobiernos populistas y la verdadera realidad social. Ello se ha constatado, por ejemplo, en los primeros tiempos de la instauración de un régimen revolucionario tras un largo período de dictadura, como ocurrió de manera notable en Nicaragua después de la caída del poder somocista (Donahue, 1983). Una coyuntura verdaderamente excepcional, en la que la sublevación popular respondió de manera masiva a las aspiraciones del poder revolucionario: el pueblo parecía rebelarse como un solo hombre contra el tirano. Sin embargo, rápidamente comenzaron a aparecer entre el pueblo y sus nuevos gobernantes signos de las diferencias de intereses, de lógicas y de formas de entender el cambio. Los testimonios de los actores más implicados en las organizaciones de masas (Comités de Defensa Sandinista, Asociación de Mujeres Nicaragüenses, Juventud Sandinista 19 de Julio, etc.) ponen de manifiesto las dificultades para movilizar a los habitantes de las ciudades y del campo en los proyectos de salud pública. En este sentido, merecen una mención especial las denominadas Jornadas Populares de Salud, cuya eficacia desde un punto de vista de salud pública ha sido en general reconocida (Garfield & Vermund, 1986; Sandiford *et al.*, 1991). En estas jornadas toda una muchedumbre era reunida para realizar acciones de vacunación contra la polio, lucha contra los mosquitos para prevenir el dengue, distribución de antimaláricos, y limpieza y saneamiento de las zonas insalubres; todo lo cual se hacía en un contexto de progresivo encuadramiento y sometimiento de las poblaciones por las organizaciones de masas, y con disposiciones cada vez más autoritarias y exigentes que ordenaban a los individuos adherirse a las acciones colectivas. Ante las crecientes reticencias populares, avivadas por los mensajes alarmistas de la oposición política y de la profesión médica contra este tipo de movilizaciones sanitarias, los gobernantes reaccionaron endureciendo su postura y acentuando la coerción. Ello trajo consigo la desilusión gradual de los gobernados, que en un primer momento se refugiaron en una actitud de oposición y resistencia pasiva, que con el tiempo se hizo activa con el castigo que supuso la derrota electoral sandinista en los comicios de 1990.

Esta evolución consagra y refleja el desfase que existe entre la representación que se hacen los regímenes populistas de las poblaciones que administran y la realidad social a la cual, de hecho, viven confrontados. Y es que el recurso a la imagen del *pueblo* es extremadamente ambiguo, ya que, como advierte Pierre Bourdieu:

...permite a los que pueden reivindicar una forma de proximidad con los dominados, el erigirse en poseedores de un cierto derecho preferente sobre el pueblo y, por este medio, de una misión que es de su exclusividad. Pero les permite también asumir o reivindicar todo lo que les separa de sus rivales, al mismo tiempo que enmascarar, en primer lugar, a ellos mismos, la ruptura con el “pueblo” al arrogarse al papel de portavoz. (Bourdieu, 1987)

El retroceso en el proceso de participación que se ha podido constatar a lo largo de los diferentes períodos por los que transcurre una revolución, se puede interpretar como la consecuencia de la decepción que las autoridades sufren en sus expectativas con respecto a las poblaciones, y a la inversa, de estas hacia el gobierno; lo que conduce, de un lado, a un voluntarismo acrecentado, y de otro, a una progresiva desmovilización.

La *salida* del proceso de participación por parte de una población que en un momento dado elige la solución del *exit*, por hablar como lo hace Albert Hirschmann (1970), no es pues solamente un asunto de personas que ya no se sienten concernidas por el impulso popular, sino igualmente el hecho de una estructura de poder que poco a poco se aleja de los principios que inicialmente enunció. Es cierto que en el caso de Nicaragua los fenómenos de falta de ilusión, credibilidad y apoyo al proceso revolucionario que se manifiestan desde 1983, y que se traducen en las urnas en 1990, están también ligados a causas específicas, como fue el aumento de una creciente oposición en el interior del país, y sobre todo las presiones procedentes del exterior, teniendo en este aspecto el bloqueo americano un efecto particularmente devastador. En cualquier caso, y sin desdeñar el peso de estos factores, en la evolución citada jugaron un papel crucial mecanismos más dependientes estructuralmente del proceso revolucionario en sí. Lejos de ser un accidente histórico, el retroceso de la participación parece más bien inscribirse desde el comienzo del proceso revolucionario en la manera como se construye y utiliza el mito del “pueblo”.

El *comunitarismo*, según la acepción adoptada en este texto, se fundamenta en otro mito: el de la comunidad. En su forma más neutra, tal como es definida por las instituciones sanitarias internacionales, la comunidad está

constituida por “miembros ligados en grados diversos por características económicas, sociales y culturales comunes, así como por intereses y aspiraciones comunes” (OMS/FISE, 1978). En el espíritu de los que a ella recurren, esta definición se aplica particularmente a las poblaciones llamadas *tradicionales* (Olivier de Sardam, 1990). Sin duda, los sociólogos y antropólogos, desde Tönnies y Morgan en el siglo XIX, han contribuido ampliamente a forjar la imagen de un comunismo primitivo, imagen que perdura hasta nuestros días en trabajos como los de Pierre Clastres. Por otra parte, las mismas sociedades africanas o amerindias tradicionales alimentan esta representación, mostrándose hacia el exterior como grupos humanos que funcionan sobre el modelo del vínculo comunitario. Los defensores de toda esta línea de pensamiento resaltan por encima de todo las solidaridades entre los linajes en el África subsahariana y de los *ayllus* de la América andina, ocultando al mismo tiempo las relaciones de dominación y explotación que las estructuran o explicándolas recurriendo al fácil argumento de ser una consecuencia del contacto con el mundo occidental, de acuerdo a la teoría de la desculturación, que durante mucho tiempo ha servido para explicar el mal estado de salud de las poblaciones colonizadas (Vaughan, 1991). El ideal comunitario es, además, particularmente operativo para los agentes y agencias de desarrollo, ya que reencuentra y retoma la ideología del *desarrollo social*, que ha servido de fundamento a una parte importante de la política colonial desplegada a partir de 1930, y hacia la que las instituciones internacionales están dirigiendo de nuevo sus miras, en particular desde el informe del Banco Mundial de 1991, centrado en la idea del “desarrollo humano”.

A raíz del movimiento lanzado sobre la Atención Primaria de Salud, la *comunidad* se transformó en el corazón de la política sanitaria mundial. Gracias a la dimensión de consenso que en sí misma encierra, poniendo de relieve lo que acerca a los individuos, lo que tienen *en común*, más que lo que les oprime, la representación comunitaria del mundo social se presta particularmente bien a la utilización política que de ella hacen las instituciones internacionales, erigiéndose en defensores del pueblo contra sus enemigos, de manera similar al populismo antes descrito. Además, mientras que el *pueblo* aparece como belicoso, rebelándose contra el opresor, la *comunidad* se presenta como una instancia pacífica, una prolongación de los primitivos vínculos humanos. Las cosas no son, sin embargo, siempre tan delimitadas y netas, ya que se trata de retóricas cambiantes y de nociones inestables. Aunque, en general, las significaciones se refieren a ese núcleo de valores y de intereses comunes, algunas pretenden ser más operativas, definiendo la comunidad en base a un territorio donde la identidad se construye sobre una misma cultura o en torno a la idea de riesgo sanitario de la cual deriva la unidad de una población meta

(Woelk, 1992). Sea lo que sea, estas diversas caracterizaciones tienen en común el hecho de apenas interesarse por la dinámica política que bulle en cualquier grupo humano, tendiendo a ocultar las relaciones de poder y de desigualdad que existen, tras la pacífica noción de comunidad. Al leer los textos pioneros sobre este tema (Isely & Martin, 1977; Jancloes, Seck, Van de Velden & Ndiaye, 1982) se tiene la impresión de estar ante sociedades unidas y solidarias, donde todos colaboran para mejorar las condiciones sanitarias colectivas.

A diferencia de la ideología populista, que preconiza la movilización de masas, la ideología comunitaria pone el acento más bien sobre la movilización de los individuos. En realidad, el discurso al respecto no permanece homogéneo, sufre variaciones, a lo largo del tiempo y en función de quienes están implicados. En este sentido, es interesante seguir el proceso que va desde la primera formulación de la política de Atención Primaria de Salud en la Declaración de Alma Ata de 1978, hasta la formalización del programa de promoción de la salud en la Carta de Ottawa de 1986 (Badura & Kickbusch, 1991). Mientras que en el primer documento –que no debemos olvidar que estaba principalmente destinado al Tercer Mundo– la comunidad era aún un conjunto uniforme y homogéneo, en la segunda redacción, que implicaba mucho más activamente a los países industrializados, la noción se complejiza al introducir las diferencias de riesgo que en el seno de la comunidad existen frente a la enfermedad y la muerte. Es cierto que los niveles individual y colectivo aparecen permanentemente como indisociables, pero el grupo es concebido mucho más como un conjunto de individuos que ajustan sus comportamientos con el objetivo de obtener un mejor control de aquellos elementos sociales y ambientales que actúan favorable o desfavorablemente sobre su salud. Mientras que el populismo se basa en la *concientización* de las masas, el comunitarismo apela a una *autorresponsabilización* de los individuos, que en este último caso se pretende que sean usuarios instruidos y autónomos. Mientras que en el populismo el mundo social aparece uniforme e indiferenciado, el comunitarismo tiende a poner de manifiesto la diversidad y diferencia entre los individuos que componen el grupo. En cualquier caso, tanto en una como en otra manera de entender la participación, las interrelaciones sociales no son jamás verdaderamente tenidas en cuenta.

La participación por delegación

La segunda forma de participación se fundamenta en el principio de delegación, por el cual, en lugar de asociar de manera directa la población, lo que

se utilizan son agentes intermediarios que van a servir como interfaces entre los gobernantes y los gobernados. Dos elementos pueden ser delegados: el saber y el poder. La delegación del *saber* se inscribe en una lógica de desprofesionalización, por la cual algunos miembros de la sociedad son formados en los rudimentos de la medicina, de tal manera que les permita ejercer en su medio ciertas funciones curativas y sobre todo preventivas. Se trata de una delegación técnica. La delegación de *poder* implica una lógica de representación, pues consiste en transferir competencias en materia de decisión o de gestión a un grupo de individuos que serán quienes hablen en nombre de la colectividad. En la forma pretendidamente democrática, que es su parangón, el comité de salud es elegido por los habitantes, ya sea de un poblado o de un barrio. Se trata de una delegación política.

Por supuesto, y como ya lo he mostrado en otro texto (Fassin, 1992a), la distinción entre el saber y el poder se debe considerar con prudencia, en la medida en que se sabe, al menos desde los trabajos de Michel Foucault, que ambos se encuentran en parte ligados. Así, el saber médico transmitido a un agente de salud le dota de un poder social, y a su vez el poder político de los miembros de un comité se sostiene parcialmente por el saber social que se les reconoce. En cualquier caso, esta distinción permite separar dos modalidades muy diferentes de concebir y practicar la participación que, si bien no se excluyen mutuamente, sí son objeto de frecuentes confusiones.

El modelo de *desprofesionalización* se inspira en la experiencia, bien conocida, de los denominados “médicos descalzos” de la China revolucionaria. De acuerdo a la concepción maoísta de la salud pública, lo que se buscaba era contrarrestar el pensamiento elitista de los médicos, que, como clase profesional, carecía del interés y de la voluntad de ponerse al servicio de las clases más desfavorecidas, sobre todo de las que habitaban en las regiones rurales más aisladas. Fue así como, en la nueva política, la propia población elegía sus propios agentes de salud, que recibían una formación de base y adquirirían así un deber con respecto a su grupo, al cual tendrían las capacidades de prestar una asistencia sanitaria al menos elemental.

Este modelo fue seguido por otros países, y ya hemos visto cómo en particular la India lanzó un ambicioso programa nacional de formación de voluntarios. Más aun, fue este el modelo que la política de Atención Primaria de Salud intentó universalizar a partir de 1978. Sin embargo, la frecuente identificación de dicha política con el agente de salud comunitario, quien en realidad no debería ser más que un instrumento de la misma, es reveladora, en el sentido de confundir el fin y lo que no es más que uno de los medios de alcanzarlo. Ello ha significado que, en numerosos países, la puesta en práctica de la Atención Primaria de Salud se haya limitado esencialmente a la formación

de trabajadores rurales, con la enseñanza de algunas tareas estereotipadas de prevención y promoción de la salud. Es precisamente este aspecto del programa de Alma Ata el que ha sido objeto de la mayor parte de las críticas que le han sido dirigidas. De hecho, y con la perspectiva que da el tiempo, prácticamente todos los comentarios surgidos desde diferentes ámbitos coinciden en la explicación de los principales factores que han conducido al fracaso de la Atención Primaria de Salud: el desfase entre la formación dada a los agentes de salud, centrada en las actividades preventivas y la percepción que las poblaciones tienen de sus propias necesidades, sentida prioritariamente en términos de recibir atención curativa; la impropia utilización de las nuevas competencias adquiridas por los agentes formados, al ser usadas como fuente de prestigio e ingreso; el escaso reconocimiento por parte de la colectividad de estos agentes, dotados de conocimientos limitados y sin disponibilidad de medicamentos; los frecuentes abandonos de su lugar de trabajo por dichos agentes. Los múltiples estudios de casos efectuados al respecto, particularmente en Zambia (Twumasi & Freund, 1985), en Nepal (Stone, 1986) y en Bolivia (Bastien, 1990), dan un fiel testimonio de estas dificultades.

Si hubiera que determinar la causa esencial de esta situación, se podría decir que con frecuencia estos programas se han concebido y llevado a cabo ignorando, o apenas teniendo en cuenta, que los individuos elegidos para desempeñar la tarea de agentes de salud viven inmersos en un contexto de relaciones sociales y configuraciones culturales. ¿Cómo sorprenderse de que las poblaciones prefieran los medicamentos a los mensajes educativos, de que los agentes de salud se comporten como médicos, de que su credibilidad sea cuestionada, cuando el modelo dominante de estas sociedades es una medicina fundamentalmente orientada hacia las actividades curativas? ¿Cómo no darse cuenta de que si existe un gran número de agentes comunitarios que abandonan su trabajo, es porque no reciben remuneración; que cuando son elegidos por los jefes locales es por razones de intereses económicos o políticos; que si algunos no son aceptados por la población, es por ser demasiado jóvenes o pertenecer al sexo femenino; que si otros intentan aprovechar su estatuto para adquirir beneficios materiales o simbólicos, todo ello no es ni más ni menos que la traducción, en el campo de la salud, de mecanismos de producción y reproducción social que tienen lugar en el seno de esas colectividades? La reducción de la intervención sanitaria muy a menudo a un simple dispositivo técnico, y la dedicación de una escasa atención a las realidades de la sociedad, a sus valores, a sus estructuras, a sus conflictos, explican en gran parte las dificultades de la realización de estos programas, aunque no se deben subestimar los efectos de la oposición de la clase médica a este tipo

de iniciativas, ya que cuestionan su monopolio profesional, no solamente en el terreno terapéutico sino también en el acceso a los recursos públicos.

El principio de *representación* constituye la segunda modalidad posible de delegación. Dicho principio reposa sobre la elección de individuos salidos de la misma colectividad, a los que se les otorgan poderes que asumen en nombre de la misma. Los comités de salud, a veces llamados *consejos de salud*, son la forma más común. Estos comités son los interlocutores naturales de las autoridades o de los agentes de desarrollo, y sirven de intermediarios entre ellos y las poblaciones. Su papel efectivo es muy variable. Por ejemplo, los imperativos del sistema financiero de recuperación de costos, tal como han sido enunciados por las instituciones internacionales, principalmente en la Iniciativa de Bamako de 1987, han significado al mismo tiempo un elemento favorable al desarrollo de dichos comités, así como un factor de restricción de su campo de actividad, al estar centrada esencialmente en la administración de los fondos. De acuerdo a esta política, para que haya medicamentos en los centros de salud es necesario que las personas que los usan contribuyan financieramente, y para que los fondos sean correctamente utilizados hace falta una estructura local, aceptada por la población, que asegure su control. Por un sutil juego respecto del doble significado de la palabra participación, esta ha recibido a menudo una acepción estrictamente limitada a esta contribución financiera. Además, siendo determinados más en función de necesidades económicas que políticas, los comités de salud son frecuentemente simples comités de gestión. Sin embargo, en ocasiones sucede que dichos comités tienen o se atribuyen responsabilidades más amplias en el campo sanitario, notablemente como portavoz ante las autoridades o como contrapoder frente a los profesionales de la salud. Pero aun en estas circunstancias, se tiende a desarrollar a los comités otorgándoles más un papel de mera representación del usuario, que de verdadera implicación política en las decisiones de salud pública que afectan a las poblaciones que los han elegido.

La manera en que los comités son constituidos, es decir, cómo los representantes son elegidos, es siempre el reflejo de la ideología que prevalece en un contexto dado. Esquemáticamente se pueden distinguir dos modalidades. Una, que se puede titular *relativista*, en el sentido que acepta de antemano las especificidades de cada contexto social y cultural, consiste en dejar que intervengan los mecanismos de reproducción local del poder. Así, por ejemplo, en Senegal, a principios de los años ochenta, el proyecto de atención primaria de salud realizado por la cooperación belga y que sirvió de modelo a la política nacional senegalesa, respetó las estructuras políticas locales. En Senegal, en esa época, a pesar de una apertura formal al multipartidismo, el estado se confundía con el Partido y, a pesar de una apariencia de procedimientos democráticos, las

elecciones locales se realizaban a partir de los comités de barrios, que eran a su vez emanaciones de los comités del Partido Socialista. Hay que destacar, además, cómo solamente los delegados de cada barrio podían optar a ser elegidos y ocupar un puesto en estas instancias. De todo ello resultó una fuerte politización de los comités de salud, foco así de rivalidades y conflictos, aunque también, en una óptica más positiva, motivo de fuerte implicación simbólica en el plano social, pues las elecciones a los comités de salud generaban toda una dinámica de transacciones, acuerdos, disputas e impugnaciones.

A la inversa de este ejemplo de Senegal, en el proyecto financiado por el Banco Mundial en el Chad para el desarrollo de su ciudad capital, Yamena, se adoptó la decisión de rechazar sistemáticamente la inclusión de los jefes locales en los comités de salud, y de proceder a verdaderas elecciones públicas. Ello significó, sin embargo, que tanto las autoridades de los barrios como, a veces, los mismos habitantes, no cooperaran adecuadamente en el proyecto. Esta modalidad, que se puede denominar democrática al actuar de acuerdo a las reglas formales de representación política, presenta al mismo tiempo la ventaja de conferir a los comités así constituidos una mayor autonomía respecto de los poderes locales, y el inconveniente de asegurarles una menor legitimidad.

Más allá de sus diferencias, la delegación del saber y la delegación del poder tienen en común el inscribir estas formas de participación en el espacio de las luchas políticas. Así, en la India, el programa de formación de voluntarios de salud de 1977 fue motivo de diversos conflictos: por una parte, entre el gobierno del estado federal y los gobiernos de los diferentes estados subnacionales; por otra parte, entre los mismos partidos políticos locales, que querían tomar el control de las acciones, principalmente en la designación de los agentes sanitarios (Jobert, 1985). Del mismo modo, en Costa Rica, los comités de salud instaurados en el marco del Plan Nacional de Participación Popular en Salud a partir de 1980, fueron disueltos dos años más tarde por el nuevo presidente, quien veía en ello un dispositivo peligroso para el régimen autoritario que estaba implantando (Morgan, 1990). En el caso de Nicaragua, la politización de los brigadistas de salud y de los Consejos Populares de Salud es particularmente marcada, ya que ambos constituyen instrumentos de la revolución sandinista, lo que no deja de tener consecuencias sobre la manera en que las poblaciones se reconocen o no en esas personas o instancias, y aceptan o rechazan colaborar con ellas. Pero incluso en los casos donde el vínculo con el poder establecido es menos neto, la delegación del saber a los agentes de salud y del poder a los comités de salud son siempre de naturaleza política, y las modalidades de su puesta en práctica reflejan tan solo las ideologías que las justifican.

La participación contra la sociedad

En los Andes ecuatorianos, en el año 1995, campesinas indígenas se constituyeron en grupo organizado por iniciativa de una de ellas, que un poco antes había recibido una formación sobre desarrollo comunitario. A la primera reunión asistieron alrededor de ciento cincuenta mujeres, pertenecientes a diversas cooperativas de la región. Con la fuerza y el argumento del gran número de personas que integraban el grupo, acudieron a solicitar el apoyo financiero del Departamento de Desarrollo Rural Integral (DRI) del Ministerio de Agricultura, para la realización de un proyecto de cría de conejos de India. Invitado a encontrarse directamente con el conjunto del grupo, un representante del organismo público realizó esta visita y aceptó ayudarles en su proyecto, pero con la condición de que el criadero fuera comunitario, según la concepción en vigor en los medios oficiales del desarrollo. Ante ello, las mujeres manifestaron que lo que pretendían era hacer cada una su propio criadero, a lo que el oficial ministerial les respondió que este tipo de prácticas entraba en contradicción con el espíritu indígena tradicional supuestamente volcado hacia el bien colectivo. Más aún, dicho oficial les explicó que la proposición que hacían era el resultado de la dominación simbólica que sobre ellas ejercía el sistema capitalista. La negociación fue corta, y el grupo, falto de objetivos, se disolvió poco después, permaneciendo un núcleo de apenas una treintena de mujeres, emparentadas entre sí, que continuaron reuniéndose y llevando a cabo diversas actividades no bien definidas.

Un año más tarde, volvieron a acudir al DRI, esta vez con la intención de aceptar la propuesta ministerial de hacer la crianza de cerdos de forma comunitaria. Sin embargo, y con gran sorpresa de las mujeres, el representante ministerial, impresionado por la constancia y fidelidad de este pequeño grupo, decidió otorgarles la aprobación de lo que inicialmente habían solicitado, es decir, que cada una hiciera la crianza individualmente. Viendo esto, las otras mujeres de las cooperativas volvieron a hacer a su vez la misma demanda, recibiendo sin embargo una respuesta negativa, con el argumento de que ellas no se interesaban más que en los beneficios que podían sacar de la asociación, y no en el proceso de participación comunitaria en sí mismo. Esta diferencia de tratamiento condujo, inevitablemente, a prolongadas tensiones entre el grupo de mujeres cuya solicitud había sido aceptada y el otro cuya solicitud había sido rechazada.

Este relato ilustra bien la contradicción más flagrante de la ideología participativa: la participación de las poblaciones es necesaria, pero siempre de acuerdo a la forma de ver y entender la misma por parte de los gobernantes, los agentes de desarrollo o los expertos. Aunque se hable mucho de “investigación

participativa” y de “participación comunitaria”, de lo que se trata siempre a fin de cuentas es de un agente exterior que intenta cambiar las cosas (Chambers, 1983). En nuestro ejemplo, el ideal comunitario que tiene el representante del DRI entra en conflicto con los intereses individuales de las mujeres indígenas, las cuales en un principio se habían reunido para encontrar juntas los medios de afrontar de la mejor manera posible la dureza de las condiciones de vida, de nutrición y de salud, que enfrentaba cada una de ellas. Tal es, de hecho, la tendencia general de esta región de los Andes, donde las propiedades comunitarias son cada vez con más frecuencia divididas en parcelas y distribuidas a las familias, para poder paliar el fracaso de la reforma agraria y el efecto de la presión demográfica. Los indígenas saben bien que la productividad de estos terrenos privatizados, al igual que la de las crianzas individuales de ganado, son muy superiores a la de los bienes colectivos; teniendo además en cuenta que las propiedades comunitarias son a menudo motivo de conflictos entre los miembros que se asocian para explotarlas. En consecuencia, que un organismo de cooperación imponga su visión de la participación es contradecir el principio mismo de dicho término. Tanto más cuanto que, como se constata en la anécdota referida, la concepción al mismo tiempo práctica y paternalista de la participación que se intenta llevar a cabo puede modificarse o adaptarse a las circunstancias, pasando de un proyecto comunitario a un programa individual, según la buena voluntad de los agentes de desarrollo.

El estudio de caso que exponen Benjamin Paul y William Demarest (1984) a propósito de un proyecto comunitario de México, pone de manifiesto contradicciones parecidas a las citadas. Habiendo obtenido en 1976 la aldea maya de San Pedro una financiación para la instalación de un centro de salud y la contratación de un médico, se encargó a una especialista norteamericana la coordinación del proyecto y la administración de sus fondos. Convencida de la necesidad de asociar la población a la gestión del centro, dicha especialista solicitó al alcalde formar un comité representativo del conjunto de la comunidad. El alcalde, que era asimismo profesional de la salud, y que se había formado en los años sesenta al lado de uno de los pioneros de la Atención Primaria de Salud, se encontraba él mismo implicado en el origen de la solicitud del proyecto, por todo lo cual aceptó de buen grado constituir un comité, reuniendo a tal fin a un grupo de sus conciudadanos. Pero este comité fue considerado como no representativo por la coordinadora del proyecto, ya que, según ella, en él no se encontraba ningún miembro de la oposición, que en este caso era la fracción conservadora de la población, capitaneada por el sacerdote católico y el director de la escuela. Se presentó entonces un nuevo comité, que tampoco recibió la aprobación de la coordinadora. El alcalde hizo caso omiso de ello y nombró un comité provisional. Poco después, las

elecciones municipales condujeron al poder a la oposición, y los habitantes eligieron un nuevo comité, en el cual los aliados del antiguo alcalde rehusaron participar, pero que en cualquier caso se consideró que se había constituido de manera suficientemente democrática. Al reunirse el comité para configurar su equipo directivo, la coordinadora intervino una vez más para explicarles que debían recibir una formación previa a fin de que aprendieran “las técnicas de dinámica de grupo y de toma de decisiones por consenso”. En pocos meses las relaciones entre el nuevo comité y la coordinadora se deterioraron hasta llegar a la ruptura y la dimisión colectiva del grupo. “A pesar de ello el proyecto se continuó, y la financiación permitía asegurar sus salarios al médico y a la coordinadora, que proseguía su búsqueda ilusoria de la participación comunitaria”. Como señalan los autores en su conclusión, “los especialistas del desarrollo comunitario harían bien en pasar más tiempo en buscar comprender cómo la comunidad está organizada, y menos tiempo en intentar organizarla ellos mismos”. El desconocimiento de las estructuras de la sociedad y el rechazo a tener en cuenta la lógica de los actores, son circunstancias que subyacen frecuentemente en la retórica participativa, y en ello hay sin duda algo parecido a una especie de *ceguera sociológica*, la cual puede llegar incluso hasta la misma negación de la realidad social.

Pero las contradicciones de la participación no residen únicamente en su confrontación con el mundo social, pues antes que nada son intrínsecas al concepto de participación en sí. La ideología participativa se caracteriza en efecto por la búsqueda simultánea de cuatro finalidades: la eficacia, la equidad, la ciudadanía y la legitimidad. En lo concerniente a la primera finalidad, se admite en general que asociar las poblaciones a un proyecto es darle más oportunidades de tener éxito, y quizás incluso a un menor costo, lo cual mejoraría al mismo tiempo la eficiencia (Dumas, 1983). En cuanto a la equidad, como segundo objetivo, se espera que la implicación de los individuos en una acción colectiva permitirá tener en cuenta los imperativos de justicia social, al brindar la oportunidad a las categorías desfavorecidas de que su voz sea escuchada (Rifkin, Muller & Bichmann, 1988). En la búsqueda de la ciudadanía como tercera meta, se piensa que las personas, al poder expresarse sobre las orientaciones dadas a los programas de salud que les conciernen, desarrollan así capacidades críticas que favorecen su implicación en otros campos, según el principio de *empowerment* (Hildebrant, 1994). En cuanto a la cuarta meta, defender la idea de la participación cualquiera sea su realidad efectiva, contribuye a dotar de legitimidad al estado o a la institución que realiza la acción sanitaria (Fassin & Fassin, 1990).

Desgraciadamente, estas cuatro metas entran a menudo en competencia entre sí, e incluso en conflicto. Así, por ejemplo, la eficacia de un programa, al

menos a corto plazo, es más segura mediante una acción de tipo voluntarista, la cual sin embargo dejará un menor espacio a la expresión de la ciudadanía. Asimismo, la búsqueda de una mayor equidad conduce frecuentemente a una crítica del orden social y político, crítica que es apenas compatible con la necesidad de legitimidad que empuja a los que detentan el poder a promover ciertas formas de participación.

Estas contradicciones se manifiestan, sin embargo, de manera variable según el campo de actividad en el cual se intenta poner en práctica la participación social. A este respecto, la salud se revela como el terreno donde los conflictos son más marcados. Dos elementos específicos, en efecto, se oponen al principio mismo de la participación. El primer elemento está ligado a la ideología ampliamente dominante, que tiende a reducir la salud simplemente a la medicina. Sin duda, para cualquier persona, la salud se expresa en primer lugar de manera negativa, cuando se ve privada de ella por enfermedad o invalidez, lo que le conduce a buscar en la medicina la atención que necesita. Pero esta tendencia normal, se ha visto reforzada por toda la historia de la medicina y de los progresos científicos y tecnológicos unidos a ella (McKeown, 1979). En cuanto al segundo elemento, tiene que ver con la manera como los médicos han logrado obtener el monopolio de la actividad terapéutica legítima, y en último término con la manera como el poder médico se ha ido constituyendo; cualquier forma de implicación más directa de pacientes, representantes de la población o incluso otro personal de salud, es inmediatamente considerada como una amenaza, un cierto grado de pérdida de poder, siendo denunciada en nombre de la complejidad del saber médico (Freidson, 1970). Al estar estos dos factores ampliamente interiorizados por cada uno, tanto profano como profesional, la participación resulta mucho más difícil de poner en práctica en la salud que en otros campos.

¿Hacia nuevas formas de participación en salud?

La constatación de estas dificultades y estas contradicciones de la participación en el campo de la salud debe conducir a desplazar el análisis, buscando y examinando formas de acción social que no respondan ni a las concepciones habituales de *lo que debe ser la participación*, ni a las representaciones sociales de *lo que es la salud*. Una serie de experiencias sociales realizadas en el Tercer Mundo en campos diversos como el hábitat, el desarrollo rural y el medio ambiente urbano, merecen en este sentido una atención particular. El hecho no es, por otra parte, nuevo, y ya Antonio Ugalde (1985)

se sorprendía de que los programas que pretendían promover la participación no se interesaran por los movimientos sociales, tanto rurales como urbanos, que se habían multiplicado en América Latina durante los años sesenta y setenta. De estas experiencias latinoamericanas (Slater, 1985), y de otras asiáticas (Hasan, 1990) y africanas (Lachenmann, 1994), ¿qué se puede deducir? Al menos se pueden sacar dos lecciones.

La primera es que *la retórica de la participación constituye un obstáculo para la comprensión de los procesos políticos que portan en sí mismos los movimientos sociales actuales*. Las realidades concretas de las agrupaciones de campesinos, de las asociaciones de barrio, de los comités de saneamiento, de las cooperativas de mejora del hábitat, no surgen de una lógica de participar en un hipotético desarrollo, sino que se inscriben en historias determinadas por dificultades (económicas, ambientales, políticas, jurídicas, etc.) y oportunidades (interés de una agencia de desarrollo, encuentros con organizaciones no gubernamentales, implantación de programas de ayuda de urgencia, plazo para la utilización de fondos públicos, votación de una ley, etc.). Para comprender estas historias hace falta tener en cuenta al mismo tiempo el contexto local y la situación global. Dicho de otra manera, evitar caer en la trampa tanto del análisis microsocioal de lo que sucede en el nivel comunitario, como del análisis macrosocioal del enfoque estatal. Solamente así se puede escapar a los discursos fáciles y simplificadores sobre la crisis de lo político. Es, pues, falso decir que en la actualidad estamos asistiendo a una progresiva falta de interés y compromiso político de los actores en el Tercer Mundo. Más bien lo que hay que hacer es interesarse por las manifestaciones y significaciones contemporáneas de lo político, y explorar otras vías que las clásicas del clientelismo, del partido único o de la democracia formal. Por tanto, son otras las referencias conceptuales que es necesario utilizar en la actualidad, diferentes a las que anteriormente delimitaban el campo de la participación.

La segunda lección es que *las mayores posibilidades de encontrar experiencias susceptibles de transformar el espacio político de la salud, se hallan fuera del campo tradicional de la salud misma*. En este sentido, es cierto que las experiencias realizadas en el campo de la salud se limitan esencialmente a las iniciativas de los profesionales. Y es que, como se ha señalado más arriba, la salud es interiorizada como un asunto de la medicina y los médicos, más que como una cuestión de individuos o de grupos. Además, todos los programas innovadores en el ámbito de la salud, ya se trate de acciones de movilización o de promoción, de formación de agentes sanitarios o de constitución de comités de salud, provienen del exterior, así como de los individuos que ocupan la parte más alta y cualificada de la pirámide social. Por el contrario, en el campo del medio ambiente urbano y del desarrollo local se constatan, por ejemplo,

formas organizadas y a veces movimientos sociales que, al intervenir sobre cuestiones conectadas con la salud, contribuyen a redefinir sus contornos.

Si bien la participación en salud en el Tercer Mundo es, como se ha visto, una realidad social antigua, hay que señalar que es asimismo una realidad dinámica y cambiante. A los enfoques utópicos de los grandes programas de movilización popular y de desarrollo comunitario de los años sesenta y setenta, les sucedió en los decenios ochenta y noventa una orientación más pragmática, asociando de manera más o menos acertada la inquietud por la gestión de las acciones, con la preocupación por el concepto de ciudadanía. Una perspectiva reduccionista según la cual, después de haber sido presentada como una revolución y una panacea, la participación se encuentra restringida a la contribución financiera de las poblaciones, a la administración de los recursos por sus representantes y a las llamadas a la población para transformar las prácticas individuales de salud. Se debe, no obstante, contemplar esto no como un fin de historia, sino más bien simplemente como una etapa ligada al contexto ideológico y económico particular del neoliberalismo triunfante e inscrita en un proceso más largo.

La historia de la participación comenzó antes que se lanzaran los eslóganes de la Atención Primaria de Salud, y se prolongará más allá de las vicisitudes actuales de las políticas internacionales en materia de desarrollo sanitario. Lo esencial es comprender y asumir la necesidad de abandonar de una vez el consagrarse obstinadamente a enunciar lo que debe ser la participación, y más bien centrar la atención en los individuos y en los grupos que hoy día, en el Tercer Mundo, la ponen en práctica.

Bibliografía

- Agudelo, C. (1983). Community participation in health activities: some concepts and appraisal criteria. *Bulletin of the Pan-American Health Organization*, 17(4), 375-385.
- Arnstein, S. (1969). A ladder of citizen participation. *American Institute of Planners Journal*, 5, 216-224.
- Badura, B. & Kickbusch, I. (1991). *Health promotion research. Towards a new social epidemiology*. Copenhagen: WHO, European Series N° 37.
- Bourdieu, P. (1987). Les usages du "peuple". En: Bourdieu, P. (ed.), *Choses dites* (pp. 178-184). París: Minuit.
- Brownlea, A. (1987). Participation: Myths, realities and prognosis. *Social Science and Medicine*, 25(6), 605-614.
- Chambers, R. (1983). *Rural development. Putting the last first*. Londres: Longman.

- Chauveau, J. P. (1994). Participation paysanne et populisme bureaucratique. En: Jacob, J. P. & Lavigne Delville, Ph. (eds.), *Les associations paysannes en Afrique. Organisation et dynamiques* (pp. 25-60). Paris: Karthala.
- Clastres, P. (1974). *La société contre l'État*. Paris: Minuit.
- Donahue, J. (1983). The politics of health care in Nicaragua before and after the Revolution of 1979. *Human Organization*, 42, 264-272.
- Domas, A. (1983). Participation et projets de développement. *Revue Tiers Monde*, 24(95), 513-526.
- Fassin, D. (1992). Más allá de los mitos. La participación política y social de las mujeres de sectores populares en el Ecuador. En: Defossez, A. C., Fassin, D. & Viveros, M. (eds.), *Mujeres de los Andes. Condiciones de vida y salud* (pp. 335-354). Bogotá: IFEA-Universidad Externado de Colombia.
- Fassin, D. & Fassin, E. (1990). La santé publique sans l'État? Participation communautaire et comités de santé au Sénégal. *Revue Tiers Monde*, 30, 881-891.
- Fassin, D. & Jeannée, E. (1994). La fin des modèles? La santé publique découvre les pratiques sociales. *Santé Publique*, 6(4), 325-330.
- Foster, G. M. (1982). Community development and primary health care: their conceptual similarities. *Medical Anthropology*, 183-195, Summer.
- Garfield, R. M. & Vermund, S. H. (1986). Health education and community participation in mass drug administration for malaria in Nicaragua. *Social Science and Medicine*, 22(8), 869-877.
- Ghai, D. (1988). *Participatory development: Some perspectives from grass-roots experiences* [Discussion paper]. Ginebra: United Nations Research Institute for Social Development.
- Hasan, A. (1990). Community groups and non-government organizations in the urban field in Pakistan. *Environment and Urbanization*, 2(1), 74-90.
- Hildebrandt, E. (1994). A model for community involvement in health program development. *Social Science and Medicine*, 39(2), 247-254.
- Hirschmann, A. O. (1970). *Exit, voice and loyalty*. Cambridge: Harvard University Press.
- Hirschmann, A. O. (1985). *Getting ahead collectively: grassroots experiences in Latin America*. New York/Oxford: Pergamon Press.
- Isely, R. B. & Martin, J. F. (1977). Le comité de santé de village. Point de départ du développement rural. *Chronique OMS*, 31, 331-346.
- Jancloes, M.; Seck, B.; Van de Velden, L. & N'diaye, B. (1982). Participation des habitants des villes du Sénégal aux Soins de santé primaires. *Forum Mondial de la Santé*, 3, 425-429.
- Jobert, B. (1984). The testing of the alternative: two major innovations in Indian social policy. *Social Science Information*, 23(6), 91-954.
- Jobert, B. (1985). Populism and health policy: the case of community health volunteers in India. *Social Science and Medicine*, 20(1), 1-28.

- Lachenmann, G. (1994). Civil society and social movements in Africa. En: Jacob, J. P. & Lavigne Delville, Ph. (eds.), *Les associations paysannes en Afrique. Organisation et dynamiques* (pp. 61-95). París: Karthala.
- Morgan, L. M. (1990). International politics and primary health care in Costa Rica. *Social Science and Medicine*, 30(2), 211-219.
- Muller, F. (1980). *Participation in primary health care programs in Latin America*. Medellín: Escuela Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.
- Naciones Unidas (1975). *Popular participation in decision making for development*. New York: Department of Economic and Social Affairs.
- Navarro, V. (1984). A critique of the ideological and political positions of the Willy Brandt Report and the WHO Alma Ata Declaration. *Social Science and Medicine*, 18(6), 467-474.
- OMS/FISE (1978). *Alma Ata 1978. Les soins de santé primaires*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Olivier de Sardan, J. P. (1990). Sociétés et développement. En: Fassin, D. & Jaffré, Y. (eds.), *Sociétés, développement et santé* (pp. 28-37). París: Ellipses.
- Paul, B. D. & Demarest, W. J. (1984). Citizen participation overplanned: The case of a health project in the Guatemalan community of San Pedro Laguna. *Social Science and Medicine*, 19(3), 185-192.
- Rifkin, S. (1986). Lessons from community participation in health programmes. *Health Policy and Planning*, 1(3), 240-249.
- Rifkin, S.; Muller, F. & Bichmann, W. (1988). Primary health care: On measuring participation. *Social Science and Medicine*, 26(9), 931-940.
- Sandiford, P.; Morales, P.; Gorter, A.; Coyle, E. & Smith, G. D. (1991). Why do child mortality rates fall? An analysis of the Nicaraguan experience. *American Journal Public Health*, 81(1), 30-37.
- Slater, D. (1985). Social movements and a recasting of the political. En: Slater, D. (ed.), *New social movements and the State in Latin America* (pp. 1-25). Amsterdam: CEDLA.
- Soubéiga, A. (1994). Participation ou mobilisation des populations? Les soins de santé primaires au Burkina Faso de 1983 á 1991. *Santé Publique*, 6(4), 405-413.
- Stone, L. (1992). Cultural influences in community participation in health. *Social Science and Medicine*, 35(4), 409-417.
- Ugalde, A. (1985). Ideological dimensions of community participation in Latin American health programs. *Social Science and Medicine*, 21(1), 41-53.
- Vaughan, M. (1991). *Curing their ill. Colonial power and African illness*. Stanford: Stanford University Press.
- Wieviorka, (1993). *La démocratie á l'épreuve. Nationalisme, populisme, ethnicité*. París: La Découverte.
- Woelk, G. B. (1992). Cultural and structural influences in the creation of and participation in community health programmes. *Social Science and Medicine*, 35(4), 419-424.



Capítulo 5

Un acercamiento teórico a la participación comunitaria en salud³⁶

Antonio Ugalde

Introducción

Desde hace casi tres décadas funcionarios de instituciones internacionales han insistido sobre la necesidad de la participación comunitaria en los programas de salud, principalmente en programas de atención primaria. Gobiernos, ONG, instituciones internacionales (Banco Mundial, OMS/OPS, Unicef, USAID y demás) e investigadores han ido definiendo de forma diferente, y a veces contrastada, lo que es participación comunitaria. Hoy día, pasadas varias décadas de esfuerzo, nos encontramos con una confusión que dificulta el análisis y el intercambio de experiencias. En este sentido, Eng *et al.* (1990) sugirieron la necesidad de desarrollar un marco conceptual para entender, conceptualizar y evaluar la participación comunitaria. De acuerdo a estos autores: “Esto es muy necesario, ya que se ha escrito mucho sobre la participación comunitaria en salud, pero hay muy poca consistencia en la conceptualización y medición de la misma” (Eng *et al.*, 1990, p. 1.350). Tumwine (1989, p. 157) toma quizás una posición más crítica al afirmar que las personas que trabajan en programas de desarrollo en países del Tercer Mundo “...han abusado del concepto de participación de la comunidad y de otros slogans al no prestarles más que una atención simbólica”. Este mismo punto lo ha reiterado Johnston (1990, p. 161) en su evaluación de los programas de

³⁶Este artículo fue publicado previamente en Menéndez, E. (coord.) (1999), *Participación social: metodología, problemas y expectativas. El caso Nicaragua 1978-1989* (pp. 29-45). México: Instituto Mora.

participación comunitaria en Indonesia, al decir: "...la retórica del gobierno está llena de llamadas a la participación comunitaria". Madan (1987, p. 616) analiza la manipulación del concepto de participación comunitaria en India. En este país como en muchos otros, los programas de participación comunitaria que empezaron con una intención de mejorar las condiciones de vida han sufrido a lo largo de los años modificaciones profundas que desvirtúan el intento original y añaden confusión al concepto de participación. Madan señala:

La estructura institucional [de participación comunitaria] sigue hoy día en pie, pero ahora los gobiernos estatales la usan para otros fines, tales como la descentralización de la planeación, que en realidad busca incrementar al máximo los beneficios para el gobierno más que promover la participación comunitaria. (Madan, 1987, p. 616)

En la primera sección de este artículo haré una revisión rápida de las concepciones que varios autores y proyectos tienen del concepto de participación comunitaria.

Qué es participación comunitaria

El punto de partida sobre participación comunitaria en salud es la definición acordada en la Conferencia de Alma Ata en 1978. Es cierto, como han indicado varios autores, que mucho antes de Alma Ata existían proyectos que incluían una dimensión de participación (Madan, 1987), y que desde hace muchos años sectores tales como agricultura, desarrollo urbano y vivienda habían incorporado la idea de la participación comunitaria (Ugalde, 1987). Sin embargo, se puede decir que Alma Ata consagró la necesidad de la participación comunitaria en salud. La definición de Alma Ata es lo suficientemente general como para dejar un margen amplio de interpretaciones desde diferentes acercamientos ideológicos:

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 [...]. El sistema de salud tiene

la función de explicar y asesorar, así como dar clara información sobre las consecuencias favorables y adversas de las actividades propuestas y de sus costos relativos. (OPS, 1984, p. XII)

El énfasis en el autocuidado (*self-care*) individual, familiar y colectivo puede responder a dos posiciones ideológicas opuestas. De una parte está la interpretación conservadora que utiliza el concepto de autocuidado para reducir el rol del sector público y hacer responsables a los individuos, familias y comunidades de su salud. El Banco Mundial ha tomado la posición extrema de esta posición al indicar en su reporte *Invertir en salud* que “lo que la gente hace con su vida y la de sus hijos afecta su salud mucho más que cualquier otra acción del gobierno” (Banco Mundial, 1993, p. 37). La otra vertiente liberal está representada por el movimiento holístico que intenta desmitificar la orientación biomédica de la medicina, reducir la medicalización de la atención y desprofesionalizar la medicina. Esta tendencia no disminuye el papel que juega el estado, sino que le asigna responsabilidades diferentes, por ejemplo proteger a los ciudadanos contra los productores de enfermedad y muerte (la industria del tabaco, la industria generadora de cáncer; exigir medidas que disminuyan los accidentes de trabajo, etc.), y la de educar en salud a los ciudadanos.

La literatura revisada sugiere que algunos autores e instituciones consideran que solamente se puede hablar de participación auténtica cuando la comunidad participa en la toma de decisiones (Escalona Reguera y Agüero Benítez, 1979; Eng *et al.*, 1990; Bermejo & Bekui, 1993; Brownlea, 1987). Arnstein (1969, citado en Eng *et al.*, 1990) visualiza la participación a lo largo de una línea a un extremo de la cual se encuentran formas de participación inducidas desde fuera o manipulativas hasta el otro extremo, en el que se encuentra el control ciudadano de las decisiones sobre salud. En este extremo las comunidades negocian de igual a igual con el gobierno, tienen poder de veto y de obtener control completo sobre sus decisiones y recursos.

En este último sentido, algunos autores consideran que la participación debe ser una forma de incrementar el poder de las comunidades (*empowerment*), es decir, es una participación en acción social y política más que una participación en el proceso decisorio; y para otros –quizá inspirados por Freire y Alinsky– sería una forma de iniciar un proceso de liberalización. Midgley (1993) ha resumido claramente esta perspectiva:

Con la afirmación de que los modelos convencionales de desarrollo de la comunidad habían perdido apoyo, quienes abogaban por la participación de la comunidad intentaron

generar una forma más radical de desarrollo local. [...] su enfoque se proponía enseñar a los desposeídos tácticas de la negociación política, así como dotarlas de poder. [...] la participación de la comunidad desarrolla la toma de decisiones democráticas, inspira orgullo y facilita la auténtica participación en el proceso de desarrollo. (Midgley, 1993, p. 210)

Por lo general, las agencias y personas que trabajan en proyectos de desarrollo han definido la participación de la comunidad de una forma mucho más limitada, y con frecuencia en relación con un proyecto específico dirigido por ellas. Según esta perspectiva, la participación es la cooperación o involucramiento (*involvement*) que la comunidad ofrece o tiene con la entidad (agencia internacional, ONG, gobierno, universidad) que lleva a cabo el proyecto en la forma de *inputs*, sea de materiales, de mano de obra, de información, de financiamiento, de logística, o de aceptación del entrenamiento que la agencia ofrece para que la comunidad o algunos de sus miembros puedan administrar el proyecto una vez que ella se retire. La cooperación se puede dar además en todas o en algunas de las actividades del proceso administrativo: en la programación, en la supervisión/vigilancia, y en la evaluación. Eng *et al.* (1990, p. 1349) en su estudio realizado en Togo e Indonesia concluyeron que participación exitosa es aquella que “se caracteriza por una asociación (*partnership*) entre la comunidad y la agencia”.

Otros autores y gobiernos han considerado que existe participación popular cuando hay una movilización de masas o voluntarios que participan en actividades organizadas por gobiernos o por agencias de desarrollo. Así, se habla de participación en campañas de vacunación, construcción de viviendas, letrinas o acueductos, campañas de saneamiento, etc. Para Muller y Vila-González (1979), en Cuba, la población participa cuando cumple las instrucciones que da el gobierno. Específicamente, para estos autores hay dos formas de participar: una, participando en ser educados, y la segunda, participando en las campañas y otras actividades a través de las organizaciones de masas. Bermejo y Bekui (1993, p. 1.149) también sugieren que en Nicaragua durante los años sandinistas las comunidades participaron activamente en programas de control de enfermedades a través de campañas; estos autores indican que un 10% de la población nicaragüense participó como voluntaria en salud durante el gobierno sandinista, en gran parte como brigadistas (Bermejo & Bekui, 1993, p. 1.147). Igualmente, Frieden y Garfield (1987, p. 162) en su estudio de Nicaragua equiparan participación con movilización de masas, y con el trabajo de voluntarios y la presencia de brigadistas. Hay autores e instituciones que asumen que hay participación de la comunidad

cuando se crea un comité de salud. Para Agudelo (1983, p. 377) la presencia de comités de salud es una garantía de participación comunitaria.

Argumentos en favor de la participación comunitaria

Hasta aquí se han podido observar los diferentes acercamientos al concepto de participación comunitaria. La respuesta a la pregunta: ¿por qué deben participar las comunidades? dependerá en parte de la forma en que cada persona haya definido el concepto de participación. Así, habrá personas que favorezcan una modalidad de participación comunitaria pero estén opuestos a otras formas, o la consideren positiva dentro de un contexto político o cultural pero no en otro. Como sugiere Pritchard (1986), la participación puede beneficiar a algunos actores en la comunidad y ser de menor consecuencia para otros. Incluso se podría añadir que puede tener efectos negativos para ciertos sectores de la comunidad. A continuación se describen las diferentes posiciones sobre el porqué de la participación comunitaria.

La necesidad de la participación de la comunidad surge, en parte, como consecuencia del fracaso de los proyectos de desarrollo en el Tercer Mundo y de los proyectos de bienestar (*welfare*) para los pobres en los países industrializados (en este trabajo me limito al análisis del Tercer Mundo). El fracaso de gran cantidad de proyectos de desarrollo en el Tercer Mundo se ha explicado de muchísimas formas. Si bien en este artículo no intentaré ni siquiera hacer una aproximación a un tema tan complejo, no obstante hay consenso en reconocer que uno de los factores del fracaso ha sido el hecho de que los proyectos han sido diseñados por técnicos con poco conocimiento de la realidad sociocultural de las comunidades a las cuales iban dirigidos y sin el *input* de las mismas. Proyectos *técnicamente* correctos han sido rechazados o han sido utilizados de una forma diferente a la prevista por aquellas personas que debían beneficiarse de ellos. Una evaluación de cincuenta y siete proyectos del Banco Mundial señaló que la mayoría de ellos no había conseguido el objetivo propuesto y sugirió que una de las causas de los fracasos había que encontrarla en la falta de comunicación con los usuarios (Paul, 1983, p. 95).

Libros y reportes sobre el desarrollo están llenos de comentarios como el siguiente:

A menudo sucede que se crean instalaciones y se ofrecen a la gente, que luego no las utiliza en forma satisfactoria. Se han erigido numerosos esquemas de suministro de agua potable pero las mujeres, las cargadoras de agua tradicionales, no utilizan las costosas bombas instaladas por la agencia encargada del programa. A menudo se construyen viviendas rurales en las cuales la gente se niega a vivir. Esto sucede cuando se excluye de los procesos de toma de decisiones la participación de las personas interesadas. (Kottak, 1985, p. 325; citado en Mohan Matur, 1993)

En definitiva, las agencias o agentes implementadores promueven la participación por razones funcionales que benefician a ellos mismos, ya que si el proyecto no tiene éxito el fracaso es de la agencia. La participación es para evitar los errores que pudieran poner en entredicho su capacidad gestora (Tumwine, 1989). Típico de esta visión es el siguiente comentario de Mohán Matur:

La experiencia confirma que los planes tienden a fracasar cada vez que los organismos de desarrollo dejan de tener en cuenta a la gente. Por otra parte, la activa participación de las personas en el proceso de desarrollo contribuye a logros de eficiencia en las operaciones relacionadas con los proyectos. [...] Los planificadores y administradores [...] en el Tercer Mundo, poco o nada han tenido en cuenta a la gente [...] lo que se ha venido multiplicando durante todos estos años son los métodos de planificación de arriba hacia abajo. (Matur, 1993, p. 220)

Desde esta perspectiva, es importante que la comunidad coopere con los técnicos, y participe dando a conocer sus preferencias y necesidades. Por ejemplo, Frieden y Garfield (1987, p. 164) atribuyen el éxito de la participación comunitaria en Nicaragua a que se consultó a la población, lo que permitió preparar rotatorios y carteles más impactantes que transmitían mejor los mensajes sobre higiene y saneamiento. Hay que señalar, sin embargo, que en el sector privado los estudios de mercadeo cumplen esta función, pero sería incorrecto afirmar por ello que los usuarios participan en las empresas.

La necesidad de descentralizar el proceso decisorio para invertir la planeación vertical de arriba hacia abajo y dejar de imponer decisiones desde niveles centrales está relacionada con esta visión de la participación comunitaria. En este sentido, se ha considerado que la descentralización

administrativa es un requisito para que se pueda dar la participación comunitaria (Bermejo & Bekui, 1993, p. 1146).

Un segundo argumento en favor de promover la participación comunitaria es de tipo económico. La participación en forma de trabajo voluntario o a bajo costo, a través del pago de los servicios de salud, de cuotas de recuperación o de donaciones de materiales y terrenos, abarata el costo de los servicios (Agudelo, 1983, p. 381; Iniciativa de Bamako, 1987; World Bank, 1993). Para los economistas neoliberales, la financiación de los servicios por la comunidad a través de pago o cuotas de recuperación es una forma de privatización, política muy en boga en estos últimos años. La conexión entre pago, privatización y participación queda bien establecida en el comentario que se lee en el proyecto de Financiación y Mantenimiento de Salud financiado por AID. El reporte presentado a AID indica que una vez que se ha hecho el cambio de financiación pública a la privada,

Sería conveniente establecer algún tipo de rol para la comunidad en el manejo del servicio, de forma que los que pagan los servicios tengan una voz en la forma en que se utilizan los fondos recogidos y en el manejo del servicio. (Abt Associates, 1992, p. 4)

De otra parte, los sistemas políticos comprometidos con la mejora del bienestar de los pobres también promocionan la participación con el fin de reducir costos. Muller y Vila-González, en su estudio sobre participación en Cuba comentan:

La vacunación de polio [fue] realizada totalmente por las masas con el asesoramiento del Ministerio de Salud Pública, lo que significa para el país un importante ahorro de recursos humanos y materiales y un recurso para la educación sanitaria de la población. (Muller & Vila-González, 1979, p. 201)

Hay autores que impulsan la participación comunitaria como un mecanismo de control/vigilancia y supervisión, y de evaluación de los servicios de salud a nivel local. Se considera que la ciudadanía o los usuarios, al estar más cerca de los proveedores, pueden ser más eficientes en estas actividades del proceso administrativo que el sector público, y reducir los abusos de los proveedores de los servicios (Johnston, 1990). En este entendimiento también coinciden las ideologías conservadora y liberal. La primera porque aboga por una disminución de las funciones del sector público y la segunda porque favorece el incremento de poder de los usuarios (Hatch & Eng, 1984).

En apoyo de los puntos anteriores existen estudios de casos de proyectos, en su mayoría ejecutados por las ONG, que demuestran la validez del principio de participación para abaratar costos y/o incrementar la utilización y el mantenimiento de los servicios una vez que la agencia externa se retira. Hay también investigadores que han estudiado los sectores sanitarios de gobiernos comprometidos en mejorar el bienestar de las clases más necesitadas en Ghana, Zimbabwe, Cuba y Nicaragua, y han concluido que en ellos se ha conseguido *la participación de la comunidad*.

Limitaciones de la participación comunitaria

La crítica a la participación comunitaria que se presenta a continuación tiene su fundamento en un entendimiento del subdesarrollo y de las causas de la pobreza en el Tercer Mundo que contrasta con la interpretación neoliberal. También está basada en un entendimiento de lo que es una participación política democrática diferente a como se ha ejecutado en algunos países socialistas. Según los economistas neoliberales, el desarrollo y la pobreza responden a problemas internos de los países subdesarrollados, de tipo cultural, político, social y económico. Por lo tanto, las intervenciones deben ir dirigidas a modificar las barreras que impiden que los países en vías de desarrollo sigan los pasos que han recorrido los países más avanzados. Los sujetos de intervención son las sociedades del Tercer Mundo. En otro artículo he presentado mi posición al respecto, que contrasta con la anterior, en la que se sugiere la necesidad de incluir las relaciones entre los países industrializados y los del Tercer Mundo para llegar a un entendimiento más preciso de los problemas de este último grupo de países (Ugalde, 1987).

Para efectos de esta discusión, participación solamente es el acceso al proceso decisorio, o administrativo, o acceso al poder (*empowerment*) por parte de las comunidades. No se considera participación comunitaria la movilización, ni la cooperación/colaboración de las comunidades con agentes externos. También se distingue participación comunitaria de los esfuerzos de las agencias implementadoras para obtener información de los usuarios para reducir los fracasos de los programas y proyectos sanitarios. Como se ha indicado en líneas anteriores, las empresas comerciales utilizan de manera rutinaria diferentes técnicas de mercadeo para conocer las necesidades, gustos e intereses de los usuarios, pero nadie sugeriría que a través de esos intentos están organizando a las comunidades.

En pocos países capitalistas o de economías mixtas las comunidades pobres tienen posibilidades de acceder al poder, y al respecto debemos recordar que los programas de participación comunitaria se dirigen a las comunidades rurales y barrios urbanos marginados; nunca se habla de proyectos de participación comunitaria para las clases medias o dirigentes. De poco sirve a una comunidad exigir que los médicos cumplan con su horario cuando sus superiores no lo exigen. Las comunidades pueden reclamar a las autoridades de salud que mantengan abastecidas de medicamentos básicos las farmacias comunales, pero raramente la demanda será escuchada, porque el problema se encuentra en la incompetencia, la desorganización y la corrupción de las autoridades, así como en los abusos y la explotación de las compañías farmacéuticas multinacionales. Si esta es la realidad política, el esfuerzo para mejorar la calidad de los servicios debe dirigirse a resolver los problemas de los ministerios de salud pública, de las oficinas regionales y locales de salud, así como controlar a través del sistema jurídico la conducta de las empresas.

En los años setenta la OMS y la OPS lanzaron un programa de fortalecimiento de los servicios de salud, cuyo objetivo era mejorar la capacidad administrativa del sector público de salud. Aunque no se difundieron los resultados de esos esfuerzos, se sabe que su impacto fue muy limitado. No se ha hecho un análisis sistemático (o, si fue realizado, no se ha dado a conocer) de las causas del poco éxito del intento, lo que sin duda ayudaría a entender mejor las dificultades en reformar el sector público.

Se podría pensar que el fracaso de la reforma administrativa del sector sanitario refuerza la necesidad de la participación comunitaria. La experiencia que se tiene de los programas de participación hace dudar de que esta solución sea una alternativa. Una de las dificultades es la falta de homogeneidad cultural, social y económica que se da dentro de las comunidades. Numerosas etnografías nos recuerdan el faccionalismo que existe en muchas de ellas. Varios autores han señalado que el faccionalismo, la estratificación social y diferentes manifestaciones de caciquismo imposibilitan que comités de salud u otras organizaciones representen los intereses de la mayoría. El estudio patrocinado por la OPS sobre participación comunitaria identificó esta limitante:

Las profundas divisiones sociales, económicas y políticas limitan la capacidad de lograr la cohesión social necesaria para alcanzar la participación amplia y eficaz de la comunidad. (OPS, 1984, p. 7)

En las comunidades en las que se han organizado comités de salud u otros mecanismos de participación, la estratificación social hace que los estratos más poderosos sean los únicos favorecidos de los programas de *participación* comunitaria. Se trata de la participación de unos pocos para su propio beneficio, aunque sea *en nombre de la comunidad*. Es decir, los programas de participación acaban reforzando la estratificación social:

De los estudios [en América Latina] se deduce que la participación se limita a menudo a grupos muy pequeños de dirigentes o de residentes que tienen altos ingresos, son mejor instruidos y más bien de edad avanzada. (OPS, 1984, p. 13)

La estratificación social hace problemáticos los intentos de descentralización para acercar la planeación y las fases del proceso administrativo (programación, supervisión y evaluación) a los usuarios y a la comunidad. Dentro de una sociedad, las comunidades están también estratificadas, no todas tienen los mismos recursos ni la misma capacidad de negociar con el gobierno estatal o central (Eng *et al.*, 1990, p. 1350). La descentralización y la transferencia de poder a las comunidades pueden aumentar las diferencias entre ellas.

La descentralización de los servicios de salud en México se enfrentó con tantos problemas y abusos que fue suspendida (González-Block *et al.*, 1989). Por ejemplo, a fines de los años ochenta el gobernador de un estado descentralizado suspendió la distribución de suplementos alimentarios a aquellos pueblos que no votaron por el partido del gobernador (el Partido Revolucionario Institucional) (Ugalde, 1988). En otro artículo, González-Block comparó dos estados mexicanos en uno de los cuales se había realizado la descentralización. Los resultados muestran que esta tuvo como efecto “un viraje de 180 grados en la política de distribución de servicios [...] de ser equitativa a ser injusta [...]. Principalmente las poblaciones indígenas sufrieron una significativa reducción de servicios” (González-Block, 1991, p. 85). Aún más importante es la observación de que en México la descentralización demostró “ser una medida que aumenta el control central más que una que implemente los principios democráticos o que responda a las presiones políticas desde los de abajo” (González-Block, 1991, p. 78).

En vista de estas limitantes y de la incapacidad del sector público, las agencias internacionales han optado por recurrir a las ONG para inducir la participación comunitaria. Según este punto de vista, las ONG son las mejores instituciones para proteger los intereses de los pobres y para incrementar su poder político (Tumwine, 1989; Johnston, 1990). Pero esta opinión no es compartida por todos

los conocedores de la realidad del Tercer Mundo. Midgley (1993) sugiere que con frecuencia quienes promueven a las ONG son poco realistas:

Es cierto que a menudo [las ONG] son progresistas, flexibles y responden a las necesidades de las comunidades, pero no siempre es así. Algunas veces, organizaciones voluntarias de motivación religiosa se valen del fomento de la participación comunitaria para hacer proselitismo, y algunas veces son todo lo contrario de progresistas. [...] muchas organizaciones voluntarias son de naturaleza marcadamente paternalista. Su personal a menudo es idealista, y con frecuencia trata de imponer sus creencias y actitudes a la gente. (Midgley, 1993, pp. 216-217)

Aún más dudoso es pensar que una organización de afuera de la comunidad, a veces extranjera, puede o debe organizar las comunidades e imponerles una modalidad de actuación política. Por ejemplo, Eng *et al.* (1990, p. 1353) señalan que CARE, una ONG estadounidense, tiene una política de fomentar la participación comunitaria. De acuerdo a la misma fuente, en el proyecto de suministro de agua a comunidades rurales en la provincia de Java Occidental, CARE organizó un subcomité para el mantenimiento de los acueductos. Naturalmente, esta decisión, así como las decisiones técnicas, financieras y organizativas, las tomaba CARE de acuerdo al contrato firmado con la agencia financiadora del proyecto, en este caso AID (Eng *et al.*, 1990, p. 1357). No queda esclarecido el tipo de modalidad participativa impuesto por CARE, pero se puede sugerir que probablemente estaba sesgado por la cultura de sus directivos y financiadores. En este caso, como en muchos otros intentos de organización, las ONG no consideran el impacto negativo que sus esfuerzos en promover la participación pueden tener en las comunidades. Como entre otros muchos han señalado Bermejo y Bekui (1993, p. 1146), “la introducción de formas foráneas de participación de la comunidad, tales como comités de salud, pueden llevar a la destrucción del sistema social tradicional y tener un impacto negativo en el desarrollo de la participación”. Aún más, si los organizadores de la participación comunitaria hacen posible la participación de los marginados en la toma de decisiones –es decir, les hacen partícipes de poder, o sin ir tan lejos, despiertan su conciencia política– es probable que se produzcan situaciones de violencia de Estado como sucedió en Chimaltenango (Heggenhougen, 1984) y en muchos otros sitios.

Como he indicado en otro trabajo (Ugalde, 1985, p. 39), las comunidades pueden supervisar/controlar temporalmente el desempeño de los funcionarios

civiles que les prestan servicios en aquellos gobiernos que están políticamente comprometidos en el bienestar de las comunidades pobres en algunas circunstancias específicas, por ejemplo, en los períodos que siguen a revoluciones mientras los nuevos gobiernos implementan cambios estructurales. En principio, el control de funcionarios públicos son funciones administrativas y políticas, y las comunidades deben ejercerlas a través de sus gobiernos locales y no de estructuras paralelas implantadas por el Ministerio de Salud o por el sector privado. Además, es poco realista pensar que comunidades pobres puedan controlar, aun en situaciones pos-revolucionarias, a funcionarios profesionales que están protegidos por poderosos gremios. Por ejemplo, Lampi3n (1974) document3 el imposibilidad del gobierno mao3sta de controlar al gremio m3dico en China. Los grupos organizados, tales como los sindicatos obreros, las uniones de campesinos, los grupos cooperativistas, etc., pueden ejercer presi3n a trav3s de los canales pol3ticos que el sistema permite, pero con frecuencia sus intereses no siempre coinciden con los de las comunidades. Otro mecanismo de control son los movimientos sociales que generalmente promueven participaci3n a trav3s de la acci3n (Brownlea, 1987, p. 611).

Estas 3ltimas formas de participaci3n a trav3s de grupos de presi3n y movimientos sociales son totalmente diferentes a los programas de participaci3n comunitaria en salud que han implementado en Am3rica Latina las agencias internacionales y ONG. Tambi3n son diferentes a los programas oficiales de los ministerios de salud p3blica. Por ejemplo, el Ministerio de Salud P3blica de Colombia, al igual que en muchos otros pa3ses de la regi3n, incluy3 entre sus pol3ticas la de “extender la cobertura de atenci3n primaria de salud mediante la participaci3n de la comunidad y organizar a la comunidad para que participe en la planificaci3n, ejecuci3n y evaluaci3n de las actividades de salud...” (OPS, 1984, p. 53). Naturalmente, el Ministerio nunca implement3 su pol3tica. Por las razones antes mencionadas, los comit3s de salud no pudieron dar acceso a las comunidades al proceso decisorio.

Hay muchos otros obst3culos que dificultan la participaci3n comunitaria en las comunidades indigentes: falta de tiempo, de recursos, analfabetismo, falta de experiencia en organizar reuniones con gente de fuera, reticencia a aceptar ideas que vienen de otros lados porque han sido engañados frecuentemente, represi3n, etc. (Hall *et al.*, 1979, p. 9). Hay que reconocer tambi3n que mucha gente, como sugiere Brownlea (1987, p. 607), no tiene inter3s en participar, “...simplemente quieren seguir con sus cosas [...], est3n satisfechos con haber delegado el papel de decisores a otros.”

Sin duda, entre los pobres del Tercer Mundo la limitaci3n m3s importante para participar es su exclusi3n pol3tica. Por ello, es una contradicci3n pretender que las comunidades pobres accedan al poder (*empowerment*) a trav3s de

programas de participación promovidos por instituciones oficiales o agencias multinacionales de ideologías neoliberales. Otras instituciones y agencias de corte progresista deben entender que promover participación comunitaria en el sentido de hacer partícipes a los pobres del poder o, como sugiere White (1978, p. 8), de “romper su dependencia de los más poderosos” implicaría en la mayoría de las sociedades capitalistas del Tercer Mundo un cambio fundamental en la distribución del poder, podría decirse un cambio revolucionario.

Queda por preguntar cuál podría ser el rol de la participación popular en aquellas sociedades en las cuales los gobiernos han tomado la decisión política de mejorar las condiciones de vida de los grupos más marginados y están comprometidos en la transformación política de la sociedad. El caso de Nicaragua durante el gobierno sandinista es particularmente interesante para esclarecer este punto.

Nicaragua 1979-1990: ¿participación o cooperación?

En esta sección se discutirán los límites de la participación comunitaria bajo gobiernos que han tomado la decisión política de favorecer a las clases más necesitadas. Hay un consenso bastante generalizado en que el gobierno sandinista puso en el lugar más prioritario de su agenda política la transformación social y política de Nicaragua. Los esfuerzos para mejorar los niveles de salud y educación de la gran mayoría de la población en situaciones francamente hostiles también han sido bien documentados.

Varios artículos que he citado a lo largo del capítulo han comentado la participación comunitaria en programas de salud en Nicaragua durante el gobierno sandinista. Lo que esos autores han documentado es la movilización masiva de la población, quizás de más del diez por ciento de la misma, para participar en actividades de salud: inmunizaciones, educación en salud y saneamiento ambiental. La participación consistía en actividades llevadas a cabo por voluntarios. También se han discutido en esos artículos algunos esfuerzos por parte de las autoridades de salud para obtener *inputs* de la población y así mejorar la eficiencia de los servicios y el impacto de las actividades educativas. Es decir, de acuerdo a la descripción hecha por estos autores, la participación se limita a colaborar con las autoridades o seguir sus recomendaciones, y habría que colocarla dentro de la escala de Arnstein hacia el nivel de participación simbólica (*tokenism*).

No hay información publicada que ofrezca detalles de tipo etnográfico de la manera en que las comunidades participaron en el proceso decisorio y

en el proceso administrativo del sector salud (planeación, supervisión y evaluación), aunque el trabajo de Bermejo y Bekui (1993) sugiere que en Nicaragua durante el gobierno sandinista la descentralización fue muy limitada. No obstante, los estudios de caso realizados sobre Tipitapa permiten examinar en detalle la naturaleza de la participación comunitaria en Nicaragua (Linger *et al.*, 1994).

Según el estudio de Tipitapa, la estrategia del gobierno sandinista para la participación comunitaria en salud estuvo basada en el reclutamiento de brigadistas como personal voluntario, quienes a su vez se encargaban de movilizar a las comunidades. Es difícil separar la participación comunitaria de la figura del brigadista. Como uno de los encuestados en Tipitapa indicó: “sin brigadistas no hay participación”. Las funciones que la comunidad realizaba a través de la labor de los brigadistas, y que se encuentran expresadas en las entrevistas llevadas a cabo en Tipitapa, son actividades de: sanidad ambiental (eliminación de charcas, basura, limpieza de botellas, construcción de letrinas, limpieza de casas y predios), vacunación, vigilancia epidemiológica, distribución de alimentos, dar de comer al médico y a la enfermera durante las campañas de vacunación, selección del lugar de construcción de las Casas Bases, recibir educación y recibir atención médica. Estas actividades pueden clasificarse en dos tipos: unas son activas (por ejemplo, contribución con trabajo y recursos), y las segundas son receptoras (utilización de servicios y de educación sanitaria). Los entrevistados en ninguna ocasión manifiestan que las comunidades participaron en el proceso administrativo de los servicios de salud o en el proceso decisorio. Tampoco participaron en estas funciones los brigadistas, quienes sin embargo habían sido entrenados en servicios paramédicos y referían enfermos a hospitales y centros de salud. Ni hay referencias a intentos de desmedicalizar la medicina para liberar a los ciudadanos del control de los profesionales.

Los encuestados son conscientes del concepto de participación de acuerdo a la definición de Alma Ata:

En principio sabíamos que la gente era de lo más idónea para resolver sus problemas, porque ellos mismos los vivían, ellos sabían cuáles eran sus problemas y no era lo mismo que nosotros hiciéramos planes desde arriba para decirles este van hacer o estos son sus problemas y nos dábamos cuenta cuando nos reuníamos con ellos y nosotros decíamos, hay problemas de esto y esto, pero ellos decían no, pero si los problemas que tenemos son estos, estos, entonces, la idea de

tener participación social era eso, de que la gente se hiciera cargo de resolver sus propios problemas, con la vinculación del MINSA con los líderes de cada barrio y con las instituciones del municipio. (Linger *et al.*, 1994, p. 30)

Pero este tipo de participación no tuvo lugar de acuerdo a las entrevistas de Tipitapa. La verticalidad y la centralización están claramente expresadas con términos tales como: “*se nos llamaba a vacunar*”, “*les bajaban orientaciones*”, “*tiraba la orientación*”, “*se convocaban al trabajo*”, “*daban las instrucciones*”, “*colaboraba*”, “*trabajar con determinadas líneas de trabajo*”, “*estaban dispuestos, se nos orientaba*”. No se menciona que las comunidades directamente o a través de los brigadistas tuvieran la oportunidad de decidir los servicios que querían recibir, ni siquiera de ofrecer información para que la planeación de los servicios respondiera a las necesidades expresadas por la comunidad. Al contrario, algunos entrevistados están molestos por el poco caso que el MINSA les hace: “*el MINSA no se acerca*”; “*el rol de las comunidades los define MINSA*”; “*solo para la jornada se acercaban [el personal de salud]*”; “*solo nos bajaban las orientaciones del trabajo y teníamos que cumplirlas*”; “*que quede bien claro, los brigadistas siempre hemos sido marginados del MINSA*”; “*los brigadistas eran manejados por el responsable de salud de los Comités de Defensa Sandinista*”.

Quizá la crítica más clara de la falta de participación de las comunidades y de los brigadistas en el proceso decisorio sanitario es la caracterización que estos últimos hacen de sí mismos autodenominándose *jornaleros*. En palabras de uno de ellos:

Había en algún momento como que se llegaba a la pasividad, por eso los brigadistas decían que solo los ocupaban como jornaleros. [...] nos llevó a reflexionar que realmente los brigadistas de salud tenían razón, que realmente nosotros los agarrábamos como ellos decían, jornaleros, solo para Jornadas de Vacunación. (Linger *et al.*, 1994, pp. 42-43)

La marginalización de las comunidades por parte del MINSA queda también manifiesta en el comentario de una de las educadoras del organismo:

Lo jornalero repercutió, si por ejemplo venían las Jornadas de Vacunación se les llamaba, pero en otras actividades no; entonces ellos decían no, nosotros queremos hacer más por la gente, queremos trabajar más, queremos aprender más, en el terreno [...] entonces ellos comenzaron a reclamar de que ellos ya no

querían seguir siendo brigadistas jornaleros. Ellos siempre lo han reclamado, siempre siempre [...] porque siempre nos lo han dicho a la cara y no escuchamos. (Linger *et al.*, 1994, p. 49)

El estudio de Tipitapa sugiere que la participación comunitaria en Nicaragua estuvo limitada a una contribución en recursos de mano de obra y, en menor dimensión, a contribuciones económicas. Más que participación lo que se da en Nicaragua es una movilización o cooperación/colaboración en unas actividades muy limitadas. Hubo poca descentralización, y raramente los decisores y planificadores intentaron obtener información de las comunidades sobre sus necesidades. Las necesidades de vacunación, de saneamiento ambiental, de educación, fueron definidas desde arriba. No hubo un intento por parte de las autoridades de incorporar a las comunidades directamente o a través de sus representantes en el proceso decisorio sanitario. Este punto se confirma al oír las críticas sobre la participación política permitida por el gobierno sandinista, y al tener en cuenta que los alcaldes eran nombrados por el Frente en vez de ser elegidos por los ciudadanos. Un ex-alcalde manifiesta:

Las grandes decisiones, las fundamentales, las tomaban los organismos del FSLN, nadie más. Yo creo que el concepto de “poder popular” del cual se hablaba en el discurso político nuestro, fue producto más del conocimiento de la experiencia cubana que tuvieron algunos dirigentes nuestros [...]. Creo que el esquema poder popular nunca tuvo validez. Cuestiones de cara a un partido que centralizó todas sus decisiones, tuvimos de frente a organismos sociales, gremiales con mucha perspectiva, pero que todos estuvieron subordinados a un poder real que los revestía de un color roji-negro, que no les permitía accesibilidad a otros sectores de la población civil [...]. Estuvimos engegucidos, escuchábamos solo lo que queríamos escuchar, veíamos a quien queríamos ver y realmente era no más la expresión popular que concebía Juan Pérez, o el poder que quería doña María [...]. Nosotros hablábamos del poder popular como habla el cura del cáliz: “este es mi cáliz y quien me acompañe en él será salvo, el que no se va para el infierno”, exactamente fue el nuestro. (Linger *et al.*, 1994, pp. 69-70)

La falta de impacto de los programas de concientización reportada por algunas de las personas entrevistadas también es una indicación de que el MINSA no buscó, de una forma sistemática, *inputs* de las comunidades para

que sus intervenciones fueran más eficaces. Por eso los educadores del MINSA y los voluntarios tuvieron dificultades en transmitir adecuadamente el mensaje educativo, y así otro ex-alcalde comentaba:

Nos vimos en situaciones donde tuvimos que ir incluso, no solo a fabricar la letrina, sino que también hacer los hoyos para instalarla y tuvimos que hacer eso para tratar de lograr que la gente tomara conciencia. Me acuerdo que hubo un tiempo en que estábamos regalando la letrina y la gente la agarraba y la vendía para resolver su problema de la plata. (Linger *et al.*, 1994, p. 15)

Lecciones o promesas

Las movilizaciones de las comunidades para llevar a cabo intervenciones sanitarias de probado impacto llevadas a cabo por gobiernos comprometidos políticamente en mejorar la calidad de vida de los más necesitados y de transformar las estructuras de poder son encomiables. En el Tercer Mundo, donde los recursos son muy escasos, la extracción de trabajo voluntario de los pobres solo puede ser justificada bajo esos gobiernos. Desde este punto de vista, el esfuerzo del gobierno sandinista fue ejemplar. En otras condiciones políticas, las movilizaciones son una forma más de explotar a los pobres.

La diferencia entre movilización y participación la expresó claramente un ex-alcalde de Tipitapa:

Hablábamos de participación popular para vacunar chavalos, para alfabetizar adultos, para ir a las milicias. ...fuera de ello no era posible hablar de participación popular, yo pienso que independientemente que una de las mejores experiencias en participación popular que hubo en Tipitapa es la salud, esta era una participación popular propiedad del FSLN. (Linger *et al.*, 1994, p. 66)

¿Qué lecciones se pueden aprender de la experiencia sandinista? ¿Cuál hubiera sido una política más adecuada para un gobierno con voluntad política de mejorar la calidad de vida de los marginados? ¿Debió haber promovido la incorporación de las comunidades al proceso decisorio sanitario? Las preguntas son complejas y no es fácil contestarlas. Dada la realidad social

y cultural de Nicaragua, no está claro que hubiera sido posible incorporar a las comunidades en el proceso decisorio siguiendo los modelos hasta ahora avanzados de organización de comités de salud, de elección de responsables de salud, etc. Hay que recordar que entre las barreras indicadas anteriormente para la participación se encuentran los bajos niveles educativos, costumbres que pueden enfrentarse con prácticas sanitarias, falta de experiencia, y de tiempo, y que hay personas que prefieren delegar esas funciones a otras. Todas estas limitantes se dieron en Nicaragua.

Hay otros factores que levantan más dudas sobre la posibilidad de incorporar a las comunidades en el proceso decisorio. Es correcto afirmar que en la toma de decisiones hay muchos factores además de los técnicos y que es necesario desmedicalizar la medicina y la salud pública. Sin embargo, no se puede llegar al extremo de no tener en cuenta en la formulación de políticas el conocimiento técnico y los conocimientos científicos que se han acumulado en el campo de la salud. No hay solución sencilla a los conflictos que surgen entre las necesidades técnicas y las necesidades expresadas por las comunidades, muchas de las cuales responden a sus valores culturales y condiciones sociales. Sin duda, las personas en Tipitapa que vendieron las letrinas consideraban más importante el dinero. Si se les hubiera preguntado lo que necesitaban habrían contestado que tener mayores ingresos. ¿En este caso los encargados de salud pública hubiesen debido dejar de repartir e instalar las letrinas y distribuir dinero en efectivo? ¿Una decisión así habría hecho la participación comunitaria más genuina en Nicaragua al dejar a los ciudadanos recibir lo que consideraban más importante? La entrega de dinero en efectivo ¿hubiera producido más salud que la entrega de letrinas, bajo la premisa de que las familias saben utilizar los recursos mejor que el gobierno? Tratar de convencer a estas personas, a través de la educación, de las ventajas de instalar las letrinas, es decir de las ventajas de la prevención de la enfermedad a través de mejoramientos de la higiene del hogar, no deja de ser una forma velada de manipulación de valores. Algunas comunidades rurales pequeñas han identificado la construcción de un hospital como su necesidad más importante de salud. Está claro cuál es la respuesta que las autoridades regionales o centrales deberían dar a esta demanda. Hay muchos ejemplos que se pueden presentar para sugerir que un buen número de las necesidades expresadas por las comunidades no pueden o no deben ser atendidas. El otro extremo de no escuchar e intentar entender las necesidades de la comunidad tampoco es aceptable. Identificar cuál es la norma de conducta ideal por parte de las autoridades es lo difícil. Tampoco es fácil definir qué es lo que se debe descentralizar y qué es lo que debe quedar centralizado en el sector sanitario, porque en países como Nicaragua hay pocas personas entrenadas para ocupar cargos

a niveles regionales y locales (Bermejo & Bekui, 1993). Por ejemplo, se puede afirmar que el éxito de las campañas de vacunación en Nicaragua se debió a la centralización.

La participación comunitaria, en su sentido de entrometerse en el proceso decisorio o de adquirir poder (*empowerment*) o de crear concienciación, es parte de un proceso político y no es posible separarla de él. La participación en salud solo puede ser un reflejo de la participación política. En una situación post-revolucionaria lo más importante es el mantenimiento de los principios que motivaron la revolución. La necesidad de salvaguardarlos impone los límites de la disensión, pero dentro de estos límites debe haber un amplio campo de divergencia. El sector salud también funciona dentro de los límites. Más que fomentar comités de salud u otras formas organizativas de participación, que al ser impuestas desde arriba limitan la disensión y que según la experiencia acumulada hasta el presente han producido resultados mínimos, los gobiernos deben estimular el espíritu crítico y dar espacio a los movimientos sociales que son la forma más genuina de expresión popular. De este punto de vista, como indicaba el ex-alcalde de Tipitata anteriormente citado, en la Nicaragua sandinista había muchos organismos sociales cuyos puntos de vista debieron haber sido incorporados en el proceso decisorio. Asimismo, se puede sugerir que deben fortalecerse las formas democráticas de gobierno de manera que las necesidades de salud de las comunidades sean articuladas por sus representantes y dedicar una buena parte de los recursos políticos de la nación a educar escuchando, y evitar la organización de estructuras paralelas en el sector sanitario. A veces será necesario subvertir los valores a través de la educación participativa, y otras veces los profesionales tendrán que aprender de las comunidades.

La participación también se consigue compartiendo información, haciendo partícipes a las comunidades de información que frecuentemente los gobiernos mantienen secreta (*accountability*) (Brownlea, 1997).

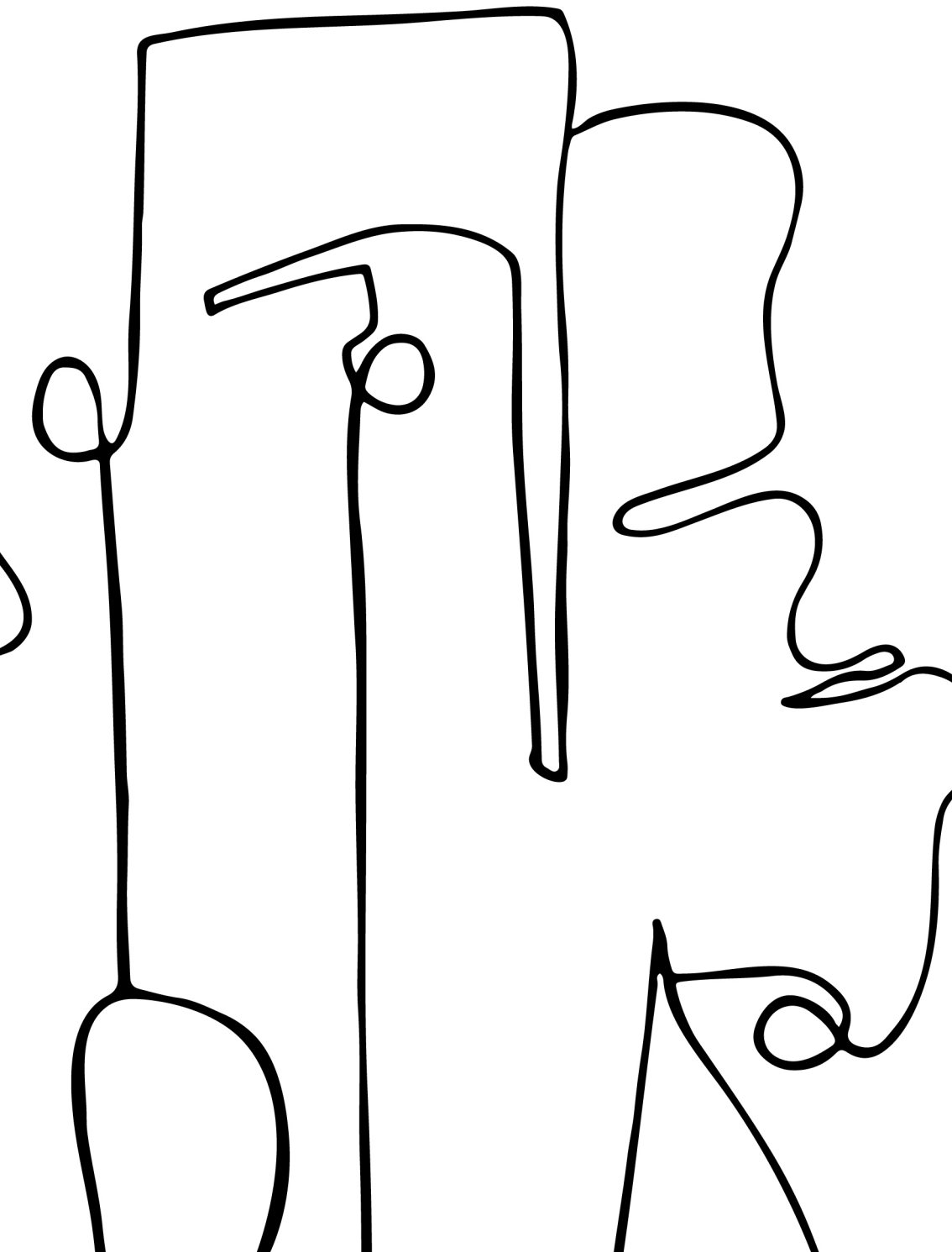
La democratización del sistema judicial para que los ciudadanos y las comunidades puedan enjuiciar al gobierno, a sus empleados, y a los individuos y corporaciones que no cumplan con la legislación sanitaria, es un aspecto olvidado en los estudios de participación comunitaria. Pero la participación en el sistema judicial es probablemente uno de los caminos más importantes para dar poder a los ciudadanos. Educar a los ciudadanos en sus derechos, incluido el de demanda judicial (por ejemplo, al funcionario que no cumple con su horario), y el desarrollar mecanismos tales como cortes populares que simplifiquen los procedimientos legales, debe ser también tarea de los programas de participación comunitaria.

En definitiva, cuando se habla de participación comunitaria es necesario empezar a pensar en alternativas radicalmente diferentes a las que hasta ahora han propuesto organismos y agencias internacionales, gobiernos y ONG, generalmente para su propio beneficio, y no queda más remedio que incurrir en el terreno político.

Bibliografía

- ABT Associates (1992). *Health financing and sustainability. Technical theme papers. Year two.* Bethesda Md [inédito].
- Agudelo, C. A. (1983). Community participation in health activities: Some concepts and appraisal criteria. *Bulletin of the Panamerican Health Organization, 17*, 375-385.
- Banco Mundial (1993). *Invertir en salud.* Washington, DC: BM.
- Bermejo, A. & Bekui, A. (1993). Community participation in disease control. *Social Science and Medicine, 36*, 1.145-1.150.
- Brownlea, A. (1987). Participation: Myths, realities and prognosis. *Social Science and Medicine, 25*, 605-614.
- Eng, E.; Briscoe, J. & Cunningham, A. (1990). Participation effect from water projects on EPI. *Social Science and Medicine, 30*, 1.349-1.358.
- Escalona Reguera, M. & Agüero Benítez, N. (1979). *Revista Cubana de Administración de Salud, 5*, 211-223.
- Frieden, T. & Garfield, R. (1987). Popular participation in health in Nicaragua. *Health Policy and Planning, 2*, 162-170.
- González-Block, M. A. (1991). Economic crisis and the decentralization of health services in México. En: González de la Rocha, M. & Escobar Latapí, A. (comps.), *Social responses in Mexico's economic crisis in the 1980's.* San Diego: Center for US-Mexican Studies, Universidad de California.
- Gonzalez-Block, M. A. et al. (1989). Health services decentralization in Mexico: Formulation, implementation and results of policy. *Health Policy and Planning, 4*, 301-315.
- Hall, B.; Etherington, A. & Jackson, T. (1979). *Evaluation, participation and community health care: Critique and lessons.* Toronto: International Council for Adult Education. Participatory Research Group [Reporte inédito].
- Hatch, J. W. & Eng, E. (1984). Community participation and control: Or Control of Community Participation. En: Sidel, V. W. & Sidel, R. (compiladores): *Reforming Medicine. Lessons of the last quarter century* (pp. 223-244). New York: Pantheon.
- Heggenhougen, H. K. (1984). Will primary health care efforts be allowed to succeed? *Social Science and Medicine, 19*, 217-224.

- Johnston, M. (1990). Mawas Diri: a tool to stimulate community participation. *Health Policy and Planning*, 5, 161-166.
- Kottak, C. P. (1985). When people don't come first: Some sociological lessons from completed projects. En: Cernea, M. M. (comp.), *Putting people first: Sociological variables in rural development* (pp. 325-356). New York: Oxford University Press.
- Lampton, D. M. (1974). Health, conflict and the Chinese political system. *Michigan Papers in Chinese Studies*, 18. Ann Arbor.
- Linger, C. (1994). *Estudio sobre la participación popular en la atención de la salud en los municipios de Tipitapa y Diriomo (Nicaragua)* [mimeo].
- Madan, T. N. (1987). Community involvement in health policies; Socio-structural and dynamic aspects of health beliefs. *Social Science and Medicine*, 25, 615-620.
- Midgley, J. (1993). La política social, el Estado y la participación de la comunidad. En: Kliksberg, B. (comp.), *Pobreza. Un tema impostergable. Nuevas respuestas a nivel mundial* (pp. 205-218). México: Fondo de Cultura Económica.
- Mohán Matur, H. (1993). Desarrollo centrado en la gente. En: Kliksberg, B. (comp.), *Pobreza. Un tema impostergable. Nuevas respuestas a nivel mundial* (pp. 219-239). México: Fondo de Cultura Económica.
- Muller, F. & Vila González, E. (1979). Participación popular en la atención sanitaria primaria en un área rural de Cuba, 1978. *Revista Cubana de Administración de Salud*, 5, 181-209.
- Oficina Panamericana de la Salud (1984). *Participación de la comunidad en la salud y desarrollo en las Américas. Análisis de estudios de casos seleccionados*. Washington, DC: OPS, Publicación Científica N° 473.
- Paul, S. (1983). *Strategic management of development programmes*. Geneva: ILO.
- Tumwine, J. K. (1989). Community participation as myth or reality: A personal experience from Zimbabwe. *Health Policy and Planning*, 4, 157-161.
- Ugalde, A. (1988). *Notas de campo*. México: s/d.
- Ugalde, A. (1987). Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria en los programas de salud en Latinoamérica. *Cuadernos Médico-Sociales*, 41, 27-43.
- White, A. (1978). *Slow Sand Filtration Project: Outline for the Community Education and Participation Component*. Institute for Development Studies, Brighton (Documento inédito).



Capítulo 6

Más allá de los mitos: La participación política de las mujeres de sectores populares en Ecuador³⁷

Didier Fassin

América Latina tiene una larga historia de luchas políticas y sociales en los sectores populares. Sin embargo, la evidencia de una participación de las mujeres en dichas luchas es un hecho relativamente nuevo, aproximadamente dos décadas según Teresita de Barbieri y Orlandina de Oliveira (1986), un poco más de un medio siglo según Diana Medrarlo y Cristina Escobar (1985).

Por una parte, esta aparición tardía proviene de un sesgo de la historiografía clásica que, como señalan David G. Sweet y Gary B. Nash (1987, p. 501), no acuerda ninguna consideración al papel de los grupos dominados –entre los cuales están las mujeres– en el movimiento de la historia. El esfuerzo reciente de historiadores e historiadoras por establecer otra verdad da lugar a un descubrimiento del papel de las mujeres en ciertos movimientos independentistas (Arrom, 1988), étnicos (Moreno Yáñez, 1985; Von Werlhof, 1982) o sindicales (French, 1989; Limones Ceniceros, 1989), lo que va mucho más allá de la imagen tradicional, confinada a la representación de algunas heroínas como paradigma de la presencia femenina en la historia (Martínez, 1989).

Pero, por otra parte, no se puede negar que el nivel de subordinación en el que han sido mantenidas las mujeres latinoamericanas durante siglos ha tenido como efecto limitar efectivamente la influencia femenina, por lo menos dentro del espacio político, que es un campo casi reservado de los hombres, como nota

³⁷Este artículo fue publicado en el libro colectivo de Defossez, Anne-Claire; Fassin, Didier; Viveros, Mara (eds.) (1992). *Mujeres de los Andes. Condiciones de vida y salud* (p. 335-354). Bogotá: IFEA-Universidad Externado de Colombia.

Verena Radkau (1986). Ciertamente, es deseable cuestionar la dicotomía público-privado y rechazar la identificación exclusiva del poder con el primer término de esta oposición (Tarrés, 1989), en el sentido que este tipo de conceptualización vuelve siempre a la idea de una eterna dependencia femenina: ha sido la orientación crítica de una corriente importante de la Antropología feminista (Edholm, Harris & Young, 1977). Sin embargo, es necesario no perder de vista la realidad de la dominación masculina en casi todas las actividades sociales y probablemente en todas las sociedades, lo que no excluye, por supuesto, ciertas formas de resistencia (De Oliveira & Gómez Montes, 1989).

El aumento de las movilizaciones femeninas se presenta entonces no solo como una construcción subjetiva, sino también como un hecho objetivo, que se trata de explicar ahora. Con el propósito de dar cuenta de esta realidad, se ha desarrollado una literatura sociológica que tiene una doble característica: tiende a ser bastante generalizante, otorgando más espacio al análisis teórico que a los datos empíricos; y resalta las acciones más notables o espectaculares, pareciendo desatender situaciones banales (Rapold, 1986).

El presente trabajo propone una especie de contrapunto a esta visión. Por un lado, se trata de partir de estudios de casos concretos, para solo después destacar unos hechos que parecen significativos a un nivel más general en las luchas políticas y sociales de las mujeres. Y por otro lado, se basa en un material obtenido por observación y entrevistas no únicamente de líderes, sino también de gente común, a fin de evitar una sobrevaloración de las aptitudes y los intereses de las mujeres en la esfera pública, y una subestimación de las verdaderas potencialidades de los sectores populares.

Además, rompiendo con la tradición científica que separa los movimientos urbanos de las movilizaciones campesinas y que se refiere a modelos interpretativos respectivamente clasistas y étnicos, se intenta hacer un análisis comparativo entre mujeres de la ciudad y del campo: es decir, tratar de hacer resaltar las características generales de las luchas femeninas antes de analizar las diferencias, ligadas en particular al modo de producción y al tipo de cultura.

Si se debe encontrar una filiación intelectual a la aproximación de las luchas de las mujeres que está propuesta aquí, se la debe buscar en el camino indicado por el historiador francés Michel de Certeau en su libro programático, *L'invention du quotidien*, en el que trata de descubrir cómo los grupos dominados desvían el funcionamiento de las estructuras del poder a través de "los detalles de sus acciones cotidianas". Estos mecanismos de resistencia los denomina "tácticas", que opone a las "estrategias".

Llamo táctica a un cálculo que no tiene espacio propio, ni tampoco una frontera que distingue al otro como una

totalidad visible. La táctica no tiene otro lugar que el lugar del otro. Se insinúa en ello de manera fragmentaria [...]. Siempre el débil debe sacar partido de fuerzas que le son ajenas. (De Certeau, 1980, pp. 20-21)

Con este instrumento conceptual, se puede esperar poner en evidencia una verdadera *politización de las prácticas cotidianas* de las mujeres de sectores populares.

Mujeres urbanas

El Comité del Pueblo es un barrio popular situado al norte de Quito. Tiene una de las experiencias más conflictivas y más controvertidas de la historia urbana del Ecuador contemporáneo (Bravo Araneda, 1980; Godard, 1988). Se constituyó en 1971 como cooperativa, bajo el nombre de “Comité Provienda Popular”, formada por un grupo de militantes del PCMLE, Partido Comunista Marxista Leninista del Ecuador; aquel grupo era dirigido por un profesor de la Universidad Central, Carlos Rodríguez Paredes, “el Doctor”.

Era la época del descubrimiento del petróleo, que se convirtió en la primera riqueza del país, pero igualmente un período de crecimiento de las desigualdades sociales: prometiendo el acceso a la propiedad por el precio simbólico de un sucre por metro cuadrado, la cooperativa logró así captar la participación de amplios sectores pobres de la capital. Era también la época de un gobierno de militares que se reclamaba de una izquierda populista y no veía con buenos ojos este tipo de iniciativa popular: se dieron violentos choques entre la policía y los miembros de la cooperativa; los dirigentes fueron encarcelados pero liberados poco después bajo la presión de la calle; las oficinas del Banco de la Vivienda y del Municipio fueron invadidas por los manifestantes; y de uno de los enfrentamientos resultó un muerto.

A pesar de la intensidad de la lucha, las dos primeras tentativas de obtener terrenos, sobre la base de un decreto de 1938 que daba a cualquier organización popular el derecho de reivindicar tierras, fracasaron: en 1972 la cooperativa no logró conseguir la hacienda de la Fundación Mariana de Jesús, que sin embargo había sido dada por una rica familia a beneficio de los pobres, y en 1973 fue descartada por una maniobra gubernamental de la hacienda La Mena, que había invadido y luego aceptado desalojar contra una promesa de venta. Estos fracasos hicieron cambiar de táctica a los dirigentes de la cooperativa. Como escribe Gonzalo Bravo Araneda, rebajaron el nivel reivindicativo de las consignas, que “pasan de: la tierra es nuestra, si no nos la dan, la

tomaremos, a una actitud que podría resumirse en la frase: la tierra es nuestra, si no nos la dan, la compraremos” (1980, p. 86). Esta nueva orientación, más pragmática, permitió en 1974 adquirir, a 11 sucres el metro cuadrado, las 140 hectáreas de la hacienda La Eloísa, fue origen de la ruptura del Comité del Pueblo con el PCMLE el año siguiente.

A partir de la compra de las tierras, que fueron distribuidas entre los socios por sorteo a un precio de 5.500 sucres el lote de 180 m², la cooperativa tuvo que cambiar de objetivos oficiales y transformarse de hecho en comité pro-mejora, destinado a ocuparse de la provisión de servicios, como la luz, el alcantarillado y el agua potable (Unda, 1986). Sin embargo, para guardar la legitimidad del comité pro-vivienda y sobre todo para mantener un control sobre sus miembros, con fines electoralistas claros –Carlos Rodríguez Paredes fue candidato a la Municipalidad de Quito en 1978 y a la diputación de la provincia del Pichincha en 1979—, los dirigentes no expidieron los títulos de propiedad a los moradores. La entrega de las *escrituras*, siempre postergada, fue sometida a una especie de chantaje: por cada participación en reuniones públicas, en manifestaciones callejeras, los *buenos socios* recibían un ticket supuestamente necesario para conseguir los títulos de propiedad. Finalmente, fue el gobierno social-cristiano de León Febres Cordero quien legalizó, en 1986, la situación de los habitantes del Comité del Pueblo.

Actualmente, la situación se ha vuelto bastante compleja. Por un lado, se ha desarrollado una oposición fuerte a la Directiva “rodriguista”, en particular dentro del Comité Pro-Agua Potable animado por el cura irlandés de la parroquia: entre otros resultados, esta oposición ha logrado obtener el financiamiento de la red de agua potable y de alcantarillado con el apoyo del Municipio de Quito, y ha iniciado el proceso de liquidación de la cooperativa. Por otro lado, los fieles de Carlos Rodríguez Paredes, aprovechando las amistades de su líder con el ministro de Bienestar Social y ciertos diputados del Congreso Nacional, han conseguido apoyos gubernamentales y parlamentarios; además, para recobrar su legitimidad popular perdida, la cooperativa Comité del Pueblo trata de incrementar su cantidad de socios gracias a la afiliación de los moradores ilegales, los *invasores*, a los cuales prometen títulos de propiedad.

En esta larga, y a veces confusa, lucha por el derecho a una vivienda y una infraestructura de base, las mujeres han jugado un papel decisivo: Gonzalo Bravo Araneda menciona por ejemplo que “en las luchas callejeras de las masas, ocupan un lugar muy destacado las mujeres” (1980, p. 82). Aún más, en publicaciones internacionales sobre movilizaciones y organizaciones femininas de América Latina se cita como ilustración “las mujeres del Comité del

Pueblo” (Lavinás & Le Doaré, 1982). Pero ¿cuál ha sido realmente la participación femenina en la historia política y social de este barrio?

Es lo que aquí se va a intentar entender a partir de una encuesta antropológica realizada entre 1989 y 1991, es decir, casi veinte años después de la constitución de la cooperativa. La mayor parte del material proviene de entrevistas con mujeres que estuvieron entre las fundadoras del Comité del Pueblo, realizadas a la vez colectivamente en un taller de artesanía donde trabajan e individualmente en los domicilios de cada una de ellas; y esto fue completado por informaciones conseguidas por otros actores y a través de los periódicos. En este estudio no se pretende, obviamente, reflejar la totalidad de las múltiples modalidades de la participación femenina en dos décadas de la compleja vida política y social del Comité del Pueblo; solo se trata de mostrar que la realidad de las luchas de estas mujeres ha sido relativamente distinta de lo que una cierta mitología intenta hacer creer.

En muchos casos, han sido las mujeres quienes tomaron la decisión de afiliarse a la cooperativa, enfrentando a menudo la incredulidad de sus maridos. La afiliación no solamente significaba encontrar el dinero para inscribirse y pagar después las mensualidades, si no también soportar –frecuentemente solas, “porque los hombres trabajaban”– todas las consecuencias de esta decisión: participar en las sesiones semanales que tenían lugar en la Universidad Central; más tarde, cuando fueron adquiridas las tierras, ir cada domingo a las mingas donde se hacía el trabajo colectivo de tala de los árboles y nivelación del terreno; y durante toda esa época movilizarse para participar de las manifestaciones en el centro de la ciudad. De manera sorprendente, algunas mujeres lograron llevar estas actividades sin que lo supieran sus esposos.

En el caso mío –cuenta una mujer cuyo esposo, irónicamente, fue algunos años después un dirigente zonal del Comité del Pueblo– no sabemos nada ni yo ni mi marido. Pero mi cuñado, no sé cómo, se enteró, pero... Ven por tal parte, están vendiendo a sucre el metro. Y mi cuñado y mi esposo discutiendo de eso. Mi esposo no creía. Entonces ¿qué pasó? En la primera etapa les ubicaron en el Banco de la Vivienda, y por allí me fui a ver. ¡Oh Dios mío, este loco! ¿Por qué no se mete por aquí? ¡Qué pena que me daba! Una señora paisana mía que estaba allá. Mi hijita, dice, ¿por qué no se hace inscribir en la Universidad?, van a dar los terrenos ¿Qué? le digo. ¡Sí! dice. No son del Banco de la Vivienda, pero por otro lado van a hacer otra cooperativa. Yo me fui a la Universidad sin que sepa mi esposo. Yo calladita me fui. Me inscribí con lo que tenía. Cien sucres, creo.

Así era la ambición de tener donde meterme con mis hijos. Porque eran toditos seguiditos, seis. Y no tenía casa. Entonces pasé unos seis ocho meses sin que sepa él. Pero yo solita asistía a las sesiones de la noche. Cada ocho días; creo que era. A las ocho. Llegaba mi esposo. ¿Y tu mami, dónde está?, preguntaba a mis hijos. Dijo que si donde una señora, que si donde la costurera, que si donde no sé qué (se ríe). Ellos no se enteraban. Decía: vea, mi hijo, si viene tu papá, le dices que me he ido a tal parte. Entonces no se enteraba. Porque él no quería el hecho.

...Un día me descubre. Me había atrasado por un velorio que había en la Concordia (ciudad situada a dos horas de Quito). Y mi marido desesperado. Hasta las doce de la noche buscándome. ¿Que dónde se ha ido? ¿Pero dónde? Muerto de las iras. Y digo yo a las dirigentas, a las compañeritas: ¿Qué voy a decir a mi marido que no sabe?, ¿qué?, digo. No, dice esa dirigente, no se preocupe. Le voy a dejar donde usted. Nosotros le vamos a dejar. Y yo entrando a las tres de la noche a la casa. Nunca le he tenido miedo a mi marido, pero esa vez sí. Mire, compañero, dice la dirigente, me va a hacer un favor de disculpar, nos hemos ido a la Concordia, hubo este caso que se murió. Sabe, compañero. Y mi marido espantado. ¿Qué pasa con este montón de gente aquí? Le dice la dirigente: usted que es una persona que no se enteraba que la compañera desde hace ocho meses ha estado a lado de nosotros, porque vamos a conseguir unos terrenos. Y mi marido dice: ¿Qué es que no has tenido confianza en mí, que no me has conversado? Oh, le digo, como vos todo el tiempo estás peleando con tu hermano, ya desde ocho meses ya me lo entregaron. ¡Cómo! Que no eres capaz analizar. ¿Y cuánto tienes pagado? Solo tenía apenas dos mil sucres pagado. [...] Ahí cambió totalmente mi marido.

Sobre los comienzos de esta experiencia política, las mujeres tienen una opinión generalmente positiva, a pesar de los recuerdos que todas tienen de haber sufrido por las marchas bajo aguaceros o por los gases lacrimógenos de la policía.

Cuando recién, era bonito. Todos éramos unidos. Manejaba la unidad. Sobre todo, para el primero de mayo. ¡Cómo eran los desfiles! Llenábamos más de quince cuadras, del Comité del Pueblo. Una sola marcha era. Éramos bien organizados. No tenemos que ser cobardes, tenemos que enfrentarnos con la policía, nos decía el Doctor.

Por necesidad de un terreno, de un pedazo de tierra, hubo bastantes gentes que en verdad se metieron a fondo. ¡A combatir! No sabíamos nada de política, nos decíamos, todo politiquería. Pero defendíamos a sol y sombra a este Doctor. Entonces cualquier cosa que tenía era de coger a mujeres y hombres para ayudar. Y muchas veces más que los hombres éramos las mujeres. La consigna del Comité... ¿cómo era? Combatir es vencer. El Comité ni un paso atrás. El pueblo unido jamás será vencido. Me gustaba asistir a las sesiones. Era interesante. El Doctor hablaba. Nos decía que había que luchar. Yo, de las marchas y de las reuniones no me cansaba. Lo que me fastidiaba era la política. Pegar propagandas, encontrar otros afiliados.

De hecho, es cuando la cooperativa se transformó en terreno electoral para los dirigentes que, para muchos de los socios, el entusiasmo se transformó en desilusión: cada uno tenía su lote y aspiraba a conseguir su título de propiedad; pero, para eso, había que dar pruebas de fidelidad a los dirigentes. Las mujeres en particular tenían que participar en todos los eventos políticos donde asomaba Carlos Rodríguez Paredes, por temor de pagar multas y sobre todo de no tener los tickets indispensables para recibir las *escrituras* tan esperadas. Ahora que tienen los títulos de propiedad –rechazados como nulos por los dirigentes de la cooperativa en liquidación–, todavía guardan preciosamente las fichas cubiertas de sellos y fechas mostrando que han cumplido con sus obligaciones políticas; las guardan no solamente como recuerdos de años de angustia, sino también por miedo de necesitarlas un día.

De noche salíamos para pegar las propagandas. Teníamos que hacer el engrudo con la harina cocinada. Teníamos que comprar pinturas para escribir en las paredes. Fuimos bien explotadas por el Doctor. Ahora me doy cuenta. Y si no salíamos, habían las multas y nos atajaban las tarjetas. Era peligroso salir así. Incluso una noche estaba con mi sobrina que tenía doce años y mi hija que tenía seis. Llegaron los policías cuando estábamos pegando las propagandas para el Doctor. Era las once de la noche. Nosotros logramos escapar en un bus que pasaba. Pero otras fueron puestas presas.

Al mismo tiempo, las mujeres tenían que cumplir con sus deberes de esposas y madres. Entre las preocupaciones que vuelven con más frecuencia en los discursos es la inquietud respecto de los hijos. Además, enfrentaban a veces los reproches de los maridos y los parientes por descuidar a los niños y la casa.

Yo sabía madrugar a cocinar, a lavar, a dejar limpio, que nadie me diga nada, y me iba, y volaba a la manifestación. ¡Con qué hambre llegaba! Mojada por la lluvia. ¡Y las bombas lacrimógenas! Era algo tremendo. Y de ver mis hijos con los ojos llenos de lágrimas, me arrepentía. Me decía: no sabía lo que iba a pasar. Doce años tenía el mayor. Otras veces, los niños los dejaba aquí botados, entre los cartones, porque no había las paredes de ladrillo en ese tiempo. Yo pensaba: ya basta de todo eso. Además, mi familia me criticaba.

Ahora, casi todas se han alejado de la Directiva de la cooperativa, lo que significa para ellas “haber recobrado la libertad”. Esta opción ha implicado en muchos casos soportar represalias de parte de las fieles: insultos, calumnias, ventanas rotas. Pero si han abandonado a sus antiguos líderes, muchas siguen con actividades políticas y sociales. La mayoría se han reunido con el Comité Pro-Agua Potable del párroco: frente a las amenazas en contra de él, se han movilizado, han organizado manifestaciones de apoyo en el centro de la capital, han intervenido públicamente en el Congreso Nacional y han interpelado al presidente de la República.

Además de eso, algunas mujeres militan en un partido político, generalmente en alguno de los que defienden los intereses de los moradores del barrio: PSC, Partido Social Cristiano, del anterior presidente de la República, que les hizo acordar los títulos de propiedad, o DP, Democracia Popular, del actual alcalde de Quito, que ha desarrollado programas de infraestructura (por supuesto, se podría criticar esta versatilidad que aprovechan los populismos de todos tipos; pero al mismo tiempo, se debe reconocer que los dirigentes mismos del Comité del Pueblo han dado el ejemplo, pasando del PCMLE al FADI, Frente Amplio de Izquierda, luego al APRE, Acción Popular Revolucionaria Ecuatoriana, del cual salieron recientemente, mientras mantenían alianzas con la ID, Izquierda Democrática, del actual Presidente de la República, y con el FRA, Frente Radical Alfarista, de la oposición parlamentaria...).

Finalmente, muchas mujeres tienen compromisos de tipo social, a través de organizaciones de barrio o de redes de solidaridad. Participan en las mingas barriales para la instalación de las infraestructuras, aseguran colectivamente la protección de su vecindad, forman grupos de ayuda a los ancianos pobres. De esta manera, vuelven a encontrar las formas de sociabilidad que habían apreciado tanto en los primeros años de existencia de la cooperativa. Y cualesquiera que sean sus críticas en contra del funcionamiento de esta, reconocen el aporte positivo de esta experiencia: “nos enseñó a ser colaboradoras, a llevar una solidaridad entre nosotras”.

Mujeres campesinas

El papel de las mujeres en las luchas indígenas ha sido enfatizado en varias ocasiones, especialmente en el Ecuador, donde figuras como Lorenza Ave-mañay, quien participó en la sublevación de 1803 en Guamate, en el corregimiento de Riobamba (Moreno Yáñez, 1985), pertenecen al martirologio nacional. Más recientemente, durante el levantamiento de junio de 1990, algunas acciones espectaculares, como el secuestro de un grupo de militares en Achupallas, provincia del Chimborazo, fueron llevadas a cabo por mujeres. Sin embargo, se puede preguntar cuáles son, fuera de estos personajes y situaciones excepcionales, las formas habituales de participación femenina en las actividades políticas y sociales en el campo y en un contexto étnico (Arizpe, 1975). Es lo que se trata de hacer en el caso de grupos de mujeres indígenas de una parroquia rural de la sierra ecuatoriana: Toacaso, en la provincia del Cotopaxi.

La zona comprende un pueblo, en su mayoría mestizo, y unas veinticinco comunidades, en su totalidad indígenas, con una población de aproximadamente 8.000 habitantes. Como resultado de los cambios estructurales de la sociedad serrana, las luchas de los campesinos indígenas y los efectos de la Reforma Agraria, las haciendas, que ocupaban la mayor parte de las tierras, han casi desaparecido en solamente dos décadas, dejando sitio a la formación de un minifundio. La alta conflictividad entre el centro mestizo y la periferia indígena se cristalizó al final de los años setenta con la presencia de un párroco que, en particular por los intereses materiales que tenía en la zona, se puso al lado de los terratenientes; rebelde a la jerarquía eclesiástica, fue condenado por el Vaticano, pero siguió en su oficio hasta que la policía vino a instalar a su sucesor en 1988. Estos acontecimientos han marcado profundamente la historia de la zona, abriendo un abismo entre mestizos e indígenas y fortaleciendo la conciencia política dentro del campesinado pobre.

Así se puede explicar la constitución, en 1979, de un esbozo de organización campesina, formada por cuatro de las comunidades indígenas más comprometidas en los conflictos de tierras y que recibe el nombre de *Mushuc Mamallacta*, Nuestra Patria. Es importante resaltar el hecho de que estas comunidades se han asociado de manera independiente, sin la intervención de la Iglesia Católica, que fue la iniciadora de la mayoría de las organizaciones de segundo grado del Cotopaxi, y sin el apoyo de instituciones no gubernamentales, que colaboraron solo a partir de 1982 (Córdoba, Crespo, Dávila de Vega *et al.*, 1987). Sin embargo, se debe mencionar el papel catalizador del equipo de alfabetizadores que trabajaron en la zona durante esa época, desarrollando una importante actividad política.

Después del rechazo de parte de las autoridades provinciales de legalizar la organización bajo el nombre escogido, empezó un período de enfrentamiento con el Estado que culminó con la toma, en dos ocasiones, del Palacio de Justicia de Latacunga. Por fin la organización fue reconocida oficialmente en 1984 como UNOCANC, Unión de Organizaciones Campesinas del Norte del Cotopaxi. Reunía en esa época doce comunidades, a las cuales se añadieron después otras ocho. Ahora, aparece como una de las organizaciones de segundo grado más destacadas del MIC, Movimiento Indígena del Cotopaxi.

El desarrollo de un movimiento femenino dentro de este contexto ha sido relativamente tardío y totalmente ligado a la historia de la UNOCANC. Los primeros pasos fueron dados en 1985, cuando la hermana del presidente de dicha organización, regresando de un curso de capacitación en otra zona de la provincia donde había visto funcionar a grupos de mujeres indígenas, propuso hacer lo mismo en su propia comunidad, buscando el apoyo del organismo estatal DRI, Desarrollo Rural Integral.

Vino aquí con esta idea –se acuerda su cuñada y futura presidenta del grupo– y nos conversó para nosotros. Conversó así: ¿Qué hacemos? ¿Formamos el grupo o no formamos el grupo? Porque sería bueno formar grupo de mujeres, habido beneficios, asimismo ayuda. Formar un grupo y buscar beneficios, aun ayuda. Para mujeres, decíamos nosotros que sería bueno; conversamos a otras mujeres también. Y nosotros hemos encargado conversar a otras mujeres cuando vamos a trabajo, adonde quiera, a mingas, conversando, diciendo que vamos a hacer un grupo de mujeres, si quieren integrar ¿no? Allí hemos podido conseguir algunas mujeres para hacer el grupo. Cuando comenzamos, primera reunión, comenzamos con ciento cincuenta mujeres. Eran de toda la zona. Ciento cincuenta mujeres hemos reunido así. Al comienzo. Y a otra reunión asimismo llegaron bastantes, De allí buscamos un proyecto por financiar el DRI. En ese tiempo, estaba de jefe un compañero que se llamaba Raúl. Invitamos a él. Nos ofreció que va a dar cuyeras, cuyeras individuales. Eso nos ofreció a dar para las compañeras que están organizadas.

Bueno, nosotros hemos reunido, hemos conversado. Pero después, cuando volvió el compañero Raúl, dijo que bueno, sí hay cuyeras, pero no hay para cada uno, hay una sola cuyera para hacer comunal, para que trabajen toditos en esa cuyera. Eso oyeron las compañeras; dijeron que no, no queremos comunal, sino individual. El ingeniero dijo que no, si quieren vamos a hacer comunal, si no

nada. De allí las compañeras se desobligaron estar en el grupo. Salieron. Y quedamos las dieciocho no más. Y las dieciocho estuvimos un año ya organizadas. Y no dieron breve la cuyera comunal. Nosotras, las dieciocho, estábamos resueltas para hacer comunal y dieciocho cuidar. Ya estábamos un año de hecho grupo pero no teníamos ningún beneficio todavía. De allí, después de un año, avanzamos a conseguir las cuyeras que nos ofreció dar en comunal. De allí, dio individual. Dieciocho cuyeras nos dio el DRI. Viendo eso, las compañeras vueltas en Winsa también han hecho grupo. De Winsa han hecho treinta y seis mujeres. Y ellas también asimismo recibieron cuyeras individuales las treinta y seis. Viendo que tenemos cuyeras ya individuales, formaron otros grupos en Yanahutco Grande, San Bartolo, San Francisco y Vicente León. Y otras compañeras que salieron viendo que hemos tenido las cuyeras, otra vez integraron al grupo, después nosotros éramos setenta y una mujeres. Y después de eso avanzamos a conseguir otra vez asimismo del DRI, financiado por la FAD. Con ellos del DRI llegaron la plata, nos dieron comprando a cada compañera a diez pollos cada uno. Teníamos otro beneficio. Asimismo después de un año. Eso solo para los dos primeros grupos no más. Ya después no quisieron financiar. Los otros grupos viendo que nosotros hemos tenido las cuyeras, ellos han pensado que a ellos haciendo grupos van a financiar, pero no fue así, porque decían que ellos vienen solo por los beneficios. Asimismo el grupo de Winsa también ellos han sido solo para coger beneficios. Destruyeron el grupo, se acabó. Cogieron las cuyeras, después se terminó con ese grupo. Pero después viendo que teníamos pollos a diez pollos cada mujer, otra vez formaron el grupo en Winsa. Pero no tocó para ellos nada. Y así hemos luchado, hemos luchado.

Esta larga narración indica bien las diferencias de lógica entre las mujeres campesinas y las instituciones que las apoyan y a veces las manipulan. Las primeras tienen intereses materiales y necesidades inmediatas: es la esperanza de *los beneficios* la que motiva de manera prioritaria la decisión de formar un grupo. Las segundas tienen ideales desarrollistas y preocupaciones políticas: utilizan los proyectos como una entrada en las comunidades y una forma de legitimación, en particular cuando son entidades gubernamentales. Esta discrepancia de los puntos de vista no impide en ciertos casos, gracias al trabajo de reflexión y discusión que se hace a la vez entre mujeres y dentro de las instituciones, una convergencia posterior, como ocurre en el grupo de San

Ignacio que logra obtener un apoyo y al mismo tiempo sobrepasar las lógicas estrictamente económicas.

El objetivo de nosotros no es solo conseguir beneficios, que apoyen las instituciones. Nosotras mismas concientizar nuestra mente, hacer trabajar nuestra cabeza. Porque anteriormente no éramos capaces las mujeres, no sabíamos nada. Eso es lo que nosotros queremos recuperar, nuestra mente hacer trabajar, tener derechos igual a los hombres, eso es nuestro objetivo. Anteriormente, no participábamos a las mingas. Porque a las mujeres no hacían valer. Nosotros queremos trabajar. Y trabajan, analizando bien, más las mujeres que los hombres. Nosotros también queremos salir al trabajo, salir de la casa, siquiera un rato. No solamente estar en la casa, bien esclavas ¿no? Sino salir reunidas. En mingas se conversa, se dialoga cualquier cosa. Así estamos avanzando. Anteriormente con los maridos teníamos bastantes problemas para salir a las reuniones. No nos querían mandar. Ahora maridos también salen a las reuniones, a las mingas. Ambos mismos salen. Ahora ya son totalmente cambiados. Las mujeres tienen los mismos derechos que los hombres. Ya no pueden estar marginadas ya como antes en la casa.

Ciertas mujeres tienen un discurso más político, para denunciar las relaciones desiguales del campo, en términos que han aprendido en las reuniones con organismos no gubernamentales.

En las sesiones con las instituciones, yo sabía ir, y comprendía así algo, y después conversaba aquí en el grupo para saber cómo vamos a vivir. Nos organizábamos. No era solo organización para los hombres, sino también para nosotros, para saber que nosotros también vivimos esclavos de los patrones, en haciendas de los patrones, para ya seguir en ese tiempo olvidando de los patrones. Así sabíamos pensar nosotros. Porque hay aquí una hacienda bien grande. Entonces en eso nosotros, mejor ya no trabajar allí y no vivir mandado por el patrón, ni explotado por patrón nada mismo. Ser nosotros ya gente bien libres.

Aun si estas declaraciones parecen optimistas cuando se las compara con la realidad, se debe admitir que es poco común ver a un grupo de cuarenta o cincuenta mujeres trasladándose de casas alejadas a veces más de un kilómetro del centro poblado, para reunirse semanalmente entre las siete y las

once de la noche. Reuniones que tienen un carácter familiar, con madres dando el seno a los hijos pequeños, niñas correteando de un lado al otro de la sala, hombres entrando para ver lo que pasa..., lo que no parece dificultar las discusiones. Estas pruebas de madurez política impresionaron a los maridos.

Anteriormente no participábamos en las sesiones de la UNOCANC. No nos tomaban en cuenta los hombres. En las reuniones, cuando una mujer quería decir algo, decían que no sabe, que se está entremetiendo, que se calle. Pero a cambio ahora, tenemos voz y voto en cualquier parte. Eso hemos podido conseguir más que todo desde que hemos formado grupo.

Sin embargo, se puede anotar que la presencia femenina en la directiva de la UNOCANC es todavía muy reducida: una sola mujer que representa a los doce grupos que existen en la zona (se señala que en el pasado una mujer desempeñó funciones de secretaria, pero fue reemplazada por no cumplir con su oficio). Lo que también es el caso a nivel de las instancias representativas de las comunidades indígenas, los cabildos, donde es excepcional encontrar una mujer. Hasta ahora, los grupos femeninos han mantenido vínculos estrechos, casi de dependencia, con la UNOCANC (cuya aprobación deben recibir para formar un nuevo grupo, por ejemplo). Hubo un solo grupo que trató de adquirir su autonomía: después de un conflicto entre dirigentas, se separaron algunas mujeres de su grupo de origen y se fueron a constituir otra; se aliaron a una organización vecina y rival de la UNOCANC a través de la cual podían recibir apoyos financieros; pero después de un año, las tensiones dentro de la comunidad eran tales que forzaron a las mujeres a reunirse con la UNOCANC, que les prometió apoyo.

El levantamiento indígena de junio de 1990 fue una oportunidad interesante para observar el modo concreto de participación de los grupos femeninos en la vida política y social. En esta zona del Cotopaxi, la movilización de los indígenas fue masiva: bloquearon las carreteras, incluso la Panamericana, impidieron el abastecimiento de las ferias locales, hicieron marchas hasta en la capital provincial; no hubo violencia, aparte de llantas pinchadas y de algunos golpes intercambiados, pero el impacto sobre los habitantes mestizos del pueblo fue grande, como si se revivieran las sublevaciones del pasado.

Las mujeres participaron con los hombres, pero a través de sus propios grupos: el día antes del comienzo del levantamiento, se reunieron para decidir la forma de apoyo a la movilización; en particular, amenazaron a las que no fueran a las marchas con una multa disuasiva de mil sucses por día de ausencia. Sin embargo, habían sido los dirigentes de la UNOCANC quienes

les habían “mandado órdenes”, según las palabras de las interesadas mismas, para que se unieran al movimiento.

Durante toda la semana en que se desarrolló el levantamiento, las mujeres participantes fueron muy numerosas, quedando solamente “algunas abuelitas para guardar las casas”. Según todos los testimonios, nunca se quedaban atrás en las marchas, ni en los enfrentamientos con los policías y militares. Pero aun en los acontecimientos más intensos, no se podían liberar de sus deberes: cocinaban la comida en el camino; andaban con sus hijos, los más pequeños cargados en la espalda. De noche, regresaban a las comunidades muy tarde, a las tres o cuatro de la madrugada, todas juntas, para protegerse del frío y del miedo. Todas se sentían orgullosas de estar participando; como decía una dirigente, “la cosa es levantar, ser fuertes las mujeres, nosotras también tenemos el derecho de organizarnos”.

Algunas propuestas teóricas a manera de conclusión

Obviamente, no se puede generalizar a partir de estos dos estudios de casos sobre todas las formas de movilización femenina. Sin embargo, algunas líneas de interpretación surgen del material presentado aquí, líneas que además parecen confirmadas por los primeros resultados de dos encuestas paralelas que se están llevando a cabo, por una parte en un barrio del sur de Quito, y por otra parte en una zona rural de la provincia del Chimborazo.

Primera interpretación: la participación política y social de las mujeres de los sectores populares se desarrolla a partir de preocupaciones ligadas a su espacio propio, es decir a lo que Verena Radkau llama después de Henri Lefèbvre: “la cotidianeidad” (1986). Eso significa que las movilizaciones populares femeninas, aunque parezcan venir de lo político –en el caso de las moradoras del Comité del Pueblo o de lo étnico en el caso de las campesinas de la UNOCANC–, se arraigan en las necesidades materiales de las que depende la reproducción social de sus familias. Esta idea cuestiona las topologías clásicas que oponen las acciones urbanas vinculadas “a demandas de sectores sociales específicos”, y las luchas campesinas supuestamente “constituidas en torno a identidades de género y etnias” (De Barbieri & De Oliveira, 1986). De hecho, no se puede hacer esta distinción que refleja más los discursos de legitimación que la realidad social observada. Y a pesar de que es necesario interrogarse de la misma manera sobre los movimientos compuestos mayoritariamente

por hombres, esta constatación parece ser válida sobre todo para las movilizaciones de las mujeres, debido a la posición relativamente específica que han tenido en las esferas de la producción y de la reproducción.

Segunda interpretación: es en el transcurso de las acciones colectivas que se desarrollan identidades políticas, étnicas o de género. En el caso de las mujeres del Comité del Pueblo, es la experiencia eufórica de las sesiones del comité provivienda que despierta su conciencia de clase y potencia sus posibilidades de lucha; pero luego, cuando llega el momento de la desilusión, cuando se dan cuenta de que han sido manipuladas, cuando hacen el balance de su vida, dan pruebas de una lucidez aguda sobre sus condiciones de mujeres pobres que constituye probablemente la conquista más importante de su lucha. En el caso de las mujeres de la UNOCANC, aunque inicialmente hayan tenido motivaciones materiales muy precisas para formar o integrar grupos, el trabajo de reflexión llevado por las instituciones ajenas y por la organización indígena llega a una forma de conciencia étnico-política que aparece claramente en el momento del levantamiento. En ambos casos, es difícil diferenciar los diversos registros en los cuales se desarrolla el movimiento, pero es evidente que en el medio urbano (Rodríguez, 1990) como en el contexto rural (Stolen, 1987), las mujeres en sus acciones colectivas se forjan identidades propias, a menudo diferentes de lo que dicen las “historias oficiales”, en particular menos triunfalistas y más realistas.

Tercera interpretación: las movilizaciones femeninas se constituyen a través de iniciativas exteriores a las mujeres que van a formar estos grupos y desarrollar estas acciones. En el caso del Comité del Pueblo, fue un partido que se sirvió de las mujeres de la cooperativa como base política. En el caso de la UNOCANC, fueron una institución gubernamental y una organización campesina que buscaban el respaldo de las mujeres para sus proyectos de desarrollo económico y social. Esta situación de subordinación de las luchas femeninas a agentes externos, habitualmente masculinos, es obviamente una consecuencia de las otras formas de dominación (Benería & Sen, 1982) –a nivel de todas las estructuras de reproducción social, sean educativas o familiares– que no permiten una verdadera expresión política de estas mujeres. Sin embargo, rápidamente aprenden a manejar no solamente el discurso, sino también las prácticas de sus *profesores*, e implementan tácticas propias que incluso pueden llegar a desviar los objetivos de los organismos de desarrollo (Browner, 1986), manifestando así un cierto grado de autonomía.

Cuarta interpretación: en sus acciones políticas y sociales, estas mujeres no pueden dejar de lado sus compromisos domésticos, lo que les conduce a interferencias a veces delicadas entre las esferas pública y privada. Sin duda, las movilizaciones constituyen una oportunidad para romper “con la

adscripción de los papeles de ser principalmente madre, esposa y ama de casa” (Rapold, 1986). Pero al mismo tiempo, sin importar que sean del Comité del Pueblo o de la UNOCANC, las mujeres no pueden establecer una solución de continuidad en el cumplimiento de ciertos deberes: antes de salir a las marchas o a las reuniones, tienen que arreglar la casa, y cuando se van tienen que llevar a los niños con ellas. Esta continuidad entre lo privado y lo público es probablemente una de las características más sobresalientes de las movilizaciones femeninas.

Por supuesto, estas cuatro propuestas no agotan el campo de la investigación sobre la participación política y social de las mujeres. Además, no enuncian leyes universales o inmutables, sino que hacen resaltar ciertas características de las acciones femeninas, que pueden ser diferentes en otro contexto, en particular si se pasa de los sectores populares a las clases medias, o en otra época, especialmente en el futuro, si continúan las transformaciones sociales de las cuales se trata. Sin embargo, es probable que las consideraciones sometidas aquí como un primer paso hacia una reflexión crítica sobre los movimientos de mujeres tengan una validez más allá de los países latinoamericanos, y aún más allá del tercer mundo.

Bibliografía

- Arizpe, L. (1975). Mujer campesina, mujer indígena. *América Indígena*, 35, 575-585.
- Arrom, S. M. (1988). *Las mujeres de la ciudad de México, 1790-1857*. México: Siglo Veintiuno.
- Benería, L. & Sen, G. (1982). Desigualdades de clase y de género y el rol de la mujer en el desarrollo económico. Implicaciones teóricas y prácticas. En: León, M. (ed.), *Debate sobre la mujer en América Latina y el Caribe*, Tomo III, 65-79. Bogotá: ACEP.
- Bravo Araneda, G. (1980). Movimientos sociales urbanos en Quito. En: *El Comité del Pueblo* [tesis de grado], FLACSO, Quito.
- Browner, C. H. (1986). Gender roles and social change: a Mexican case study. *Ethnology*, 25(2); 89-106.
- De Certeau, M. (1980). *L'invention du quotidien. 1. Arts de faire*. Paris: Union Générale d'Éditions.
- Córdoba, M.; Crespo, C. & Da Vila de Vega, G. (1987). *Evaluación de las organizaciones campesinas del Cotopaxi*. Quito: CIESPAL [Informe mecanografiado].
- De Barbieri, O. & De Oliveira, O. (1986). Nuevos sujetos sociales: la presencia política de las mujeres en América Latina. *Nueva Antropología*, 8(30), 5-29, México.
- Edholm, F.; Harris, O. & Young, K. (1977). Conceptualising women. *Critique of Anthropology*, 3(9-10), 101-130.

- French, J. O. & Pedersen, M. L. (1989). Women and working-class mobilization in postwar. San Pablo, 1945-1948. *Latin American Research Review*, 24(3), 99-125.
- Godard, H. R. (1988). *Quito, Guayaquil. Evolución y consolidación de ocho barrios populares*. Quito: IFE A-Ciudad.
- Lavinas, L. & Le Doare, H. (1982). Mobilisations et organisations féminines dans les secteurs populaires. *Cahiers des Amériques Latines*, 26, 39-58.
- Limones Ceniceros, G. (1989). Las costureras anarcosindicalistas de Orizaba, 1915. En: De Oliveira, O. (ed.), *Trabajo, poder y sexualidad* (pp. 219-268). México: El Colegio de México.
- Martínez, A. (1989). Introducción de la segunda parte: Mujer y participación política. En: De Oliveira, O. (ed.), *Trabajo, poder y sexualidad* (pp. 189-195). México: El Colegio de México.
- Medrano, O. & Escobar, C. (1985). Pasado y presente de las organizaciones femeninas. En: Bonilla, E. (ed.), *Mujer y familia en Colombia* (pp. 223-284). Bogotá: Plaza & Janes.
- Moreno Yáñez, S. (1985). *Sublevaciones indígenas en la Audiencia de Quito desde comienzos del siglo XVIII hasta finales de la Colonia* [3ª ed. aum.]. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- De Oliveira, O. & Gómez Montes, L. (1989). Subordinación y resistencia femeninas: notas de lectura. En: De Oliveira, O. (ed.), *Trabajo, poder y sexualidad* (pp. 33-46). México: El Colegio de México.
- Prieto, M. (1986). Notas sobre el movimiento de mujeres en el Ecuador. En: Chiriboga, M.; León, J.; Pérez, J. P. et al., *Movimientos sociales en el Ecuador* (pp. 183-218). Quito: CLACSO-ILDIS.
- Radkau, V. (1986). Hacia una historiografía de la mujer. *Nueva Antropología*, 8(30), 77-94.
- Rapold, D. (1986). Movilizaciones femeninas: un ensayo teórico sobre sus condiciones y orígenes. *Nueva Antropología*, 8(30), 31-56.
- Rodríguez, L. (1990). *Las mujeres de Solanda. Mujer, barrio popular y vida cotidiana*. Quito: CEPAM-ILDIS.
- Stolen, K. A. (1987). *A media voz. Relaciones de género en la Sierra Ecuatoriana*. Quito: CEPLAES.
- Sweet, D. G.; Nash, G. (1987). *Lucha por la supervivencia en la América colonial*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Tarres, M. L. (1989). Más allá de lo público y lo privado. Reflexiones sobre la participación social y política de las mujeres de clase media en Ciudad Satélite. En: De Oliveira, O. (ed.), *Trabajo, poder y sexualidad* (pp. 197-218). México: El Colegio de México.
- Unda, M. (1986). La organización barrial entre la democracia y la crisis. En: Chiriboga, M.; León, J.; Pérez, J. P. et al., *Movimientos sociales en el Ecuador* (pp. 219-279). Quito: CLACSO-ILDIS.
- Von Werlhof, C. (1982). Unidas como una bandada de águilas furiosas... Luchas femeninas y machismo en América Latina. En: León, M. (ed.), *Debate sobre la mujer en América Latina y el Caribe* (Tomo III, pp. 239-260). Bogotá: ACEP.



Capítulo 7

Reflexión teórica e intervención aplicada, o de la necesidad de trabajar con nuestros presupuestos participativos

Eduardo L. Menéndez

La reflexión teórica y la intervención participativa debieran partir del reconocimiento de la existencia de formas de *participación social* (participación social) en las comunidades y actores sociales sobre los que teorizan o con los cuales trabajan los sujetos preocupados por la participación social. Sin embargo, la mayoría de los trabajos de participación social que conozco para América Latina, por lo menos respecto de los procesos de salud/enfermedad/atención (S/E/A), no incluyen en su aproximación el reconocimiento de estas experiencias y formas de participación social realmente existentes.

Trabajar en participación social supondría desde nuestra perspectiva no solo asumir la existencia de estas experiencias, sino también saber qué pasó con ellas por lo menos en la esfera específica donde trabajamos. Es decir, tratar de saber qué tipo de participación social impulsaron, qué instrumentos participativos aplicaron, qué tipo de organización fue más eficaz para impulsar la participación, para justamente recuperarlas en el desarrollo de experiencias actuales. Subrayo este objetivo porque nuestra revisión de experiencias participativas sobre campos específicos como el *alcoholismo* o sobre una región determinada como Yucatán, evidencia que las nuevas experiencias participativas siguen repitiendo con pocas variaciones las formas aplicadas en intervenciones anteriores, sin integrar a sus programas participativos la reflexión sobre las experiencias pasadas que tal vez posibilitarían reorientar la forma de trabajar en participación social a nivel general y/o sobre aspectos puntuales.

Asumir la trayectoria de la participación social realmente existente permitiría, por ejemplo, focalizar algún problema central que surja de una parte de los proyectos participativos, como en el caso del papel de los promotores de salud, para decidir si dichos proyectos deben seguir concentrándose en la formación y uso de los promotores pese a que por lo menos una parte de las experiencias evidencian las limitaciones, sesgos y consecuencias que supone colocar en estos el eje del trabajo participativo, o deben pensarse y aplicarse otros tipos de actividades a través de otros actores sociales, o debe reformularse el proceso formativo y de trabajo de los promotores. Desgraciadamente, si bien las instituciones oficiales y las ONG pueden discutir en forma inmediata el papel de los promotores en función de sus problemas concretos de intervención, lo cierto es que en su mayoría siguen formando y utilizando su mano de obra casi como proceso inercial.

La revisión de las experiencias de participación social tanto gubernamentales como no gubernamentales da la impresión de que las mismas siempre parten del aquí y ahora, y casi nunca desde la trayectoria de las experiencias comunitarias previas, aun de las desarrolladas en la misma área donde están impulsando un “nuevo” proyecto participativo.

Esta manera de proceder puede obedecer a diversos factores que no voy a analizar ahora, ya que lo que me interesa subrayar es que estas maneras de trabajar, en términos teóricos o aplicados, remiten a la presencia de presupuestos profesionales, institucionales y grupales, casi nunca analizados, con los cuales trabajamos sobre la participación social.

La participación social siempre comienza ahora

Aunque no me he dedicado a la participación social referida al proceso de S/E/A en términos profesionales, me he encontrado con ella a través de una serie de trabajos de investigación desarrollados por mí sobre diferentes procesos de S/E/A; es decir, me encontré con la participación social a través de su elaboración y aplicación respecto de problemas específicos, que es tal vez una de las maneras más productivas de pensar la participación social. Pero, además, me encontré con la participación social a través de mis relaciones discontinuas con compañeros que trabajan en organizaciones no gubernamentales y/o en programas de investigación participativa a nivel de instituciones oficiales, para quienes la participación social es simultáneamente un objetivo y un instrumento y cuya importancia es sustantiva no solo por sus intentos de modificar las situaciones sobre las que trabajan, sino porque experimentan y a

veces resuelven en sus actividades una parte de los problemas que plantea la participación social tanto a nivel práctico como teórico.

Ha sido a través de estos dos tipos de experiencias que detecté lo que posiblemente sea una serie de obviedades para muchos especialistas en participación social, pero que *descubrí* en mi propia trayectoria y que sintetizaré a través de algunas conclusiones provisionales referidas casi exclusivamente a las relaciones entre teoría y acción:

- Si bien el trabajo sobre participación social implicaría la necesidad de articular la investigación y la reflexión teórica con la práctica y la acción, en los hechos opera generalmente una división, yo diría polarización, del trabajo entre los que reflexionan sobre la participación social y los que realizan investigación participativa.
- Si bien existen intentos de articulación y aproximación, domina sin embargo la exclusión, la cual puede ser entendida a través de los argumentos de los reflexivos y de los prácticos, pero que indudablemente limita las posibilidades de eficacia reflexiva y práctica.
- En el caso de la participación social, la reflexión aislada de la práctica reduce la capacidad de comprensión de fenómenos que se definen constantemente a partir de su acción, lo cual no niega la investigación académica como momento específico, sino que plantea la necesidad de articularse con las experiencias activas de diferente tipo para incluir en la reflexión/investigación lo que ella misma no puede observar/encontrar por sí sola.
- Por otra parte, la reducción de la participación social a mera acción puede tener cierta eficacia, pero generalmente supone un notable desperdicio de esfuerzos, de redescubrimientos continuos de lo que ya se sabe pero que no se conoce, de una suerte de oposición a lo teórico que cobra tintes de oposición ideológica.

Toda una serie de sujetos y grupos que trabajan en participación social, lo han hecho como un servicio hacia la comunidad, en algunos casos asociado a un desencanto respecto de las actividades académicas que se limitan a describir y reflexionar sin actuar sobre los problemas detectados, y/o que evidencian que lo importante son las carreras profesionales de los investigadores y no la comprensión y solución del problema y/o la solidaridad social. A partir de su propia experiencia señalan la contradicción observada en un conjunto de académicos que habla enfáticamente de trabajo de campo pero prácticamente no lo realizan; o de investigadores generalmente procedentes del campo sociológico que orientados hacia las técnicas cualitativas proponen que la investigación es un diálogo

entre el investigador y los sujetos de la comunidad, pero resulta que casi no conocen la comunidad que investigan, como está ocurriendo en América Latina con por lo menos una parte de los especialistas en pobreza y pobreza extrema.

Más allá de que estas críticas sean o no correctas –y considero que por lo menos en parte lo son–, lo central para nosotros reside en que este tipo de reflexiones ha servido frecuentemente a los participativos para ignorar o reducir la necesidad de analizar las experiencias participativas en términos no solo teóricos sino también descriptivos, al considerar la actitud académica como un acto trivial en términos de la solución de problemas concretos.

Curiosamente, esta actitud no se modifica cuando las personas que trabajan en participación/acción vuelven a trabajar en el medio académico del cual partió una cierta cantidad de personas que trabajan en investigación/acción. Es realmente impactante que estos procesos de ida y vuelta tan frecuentes en los años ochenta y sobre todo los noventa se traduzcan en una falta casi total de descripciones y análisis de las experiencias de participación, incluso por muchos sujetos que en su momento fueron líderes de este tipo de actividades.

Más aún, en algunos campos (feminismo, pobreza, VIH-sida, salud reproductiva, educación para la salud, etc.) algunas de estas figuras representativas han pasado a ocupar cargos directivos y de decisión en organismos privados, estatales o internacionales sin generar este tipo de articulación y reflexión en las instituciones donde ahora trabajan, e incluso sin dar cuenta reflexiva de su propia trayectoria en proyectos de investigación/acción, lo cual en algunos casos resulta paradójico pues son algunos de los investigadores que más impulsaron la necesidad de que los sujetos narren sus experiencias, incluidas sus experiencias reflexivas.

Las acciones y los análisis de la participación social debieran tomar centralmente en cuenta las experiencias y objetivos que tienen los que impulsan y/o promueven la participación social; debe explicitarse, desde el inicio o durante el proceso de investigación, quiénes, por qué y para qué se impulsa la participación social; debe reflexionarse desde el principio respecto de ¿a quién le interesa la participación social?; si a la comunidad, a algunos sectores de la comunidad, al estado, a los financiadores, al propio investigador participativo, a todos... Este aspecto no es secundario, ya que ha dado lugar a demasiados equívocos que se traducen en consecuencias en el trabajo participativo.

El grupo que impulsa la participación social debe explicitar, por lo menos para sí mismo, no solo qué busca con la participación social, sino a quiénes considera actores significativos y quiénes serían los beneficiarios y/o protagonistas de la misma. Este punto es importante, dado que si bien los objetivos iniciales se redefinen en la práctica, han sido demasiadas las experiencias que

evidencian que, por ejemplo, toda una serie de proyectos participativos referidos a procesos sindicales o políticos, pero también referidos a salud, mujer o pobreza, y que tenían por objetivos dar poder y obtener diferentes tipos de beneficios para determinados sectores sociales, no solo no los lograron sino que en muchos casos favorecieron el desarrollo exclusivo de algunos grupos y líderes locales, y/o en otros casos beneficiaron exclusivamente a los que promovieron esos proyectos.

Incluso, debe observarse la congruencia entre las propuestas participativas y los comportamientos prácticos e ideológicos de los actores que impulsan los proyectos, ya que es cada vez más frecuente en el campo académico, pero también en el de la participación/acción que mientras a nivel discursivo se habla de participación simétrica, de impulsar las acciones colectivas, de favorecer la transmisión de información para cuestionar la relación poder/saber, de actuar sobre los micropoderes que limitan las acciones colectivas, los que sostienen estos discursos en sus escritos teóricos y/o en acciones comunitarias se caracterizan, en sus acciones institucionales académicas o correspondientes a ONG, por limitar o impedir la circulación de información y por desarrollar relaciones en términos de micropoderes. Si bien esto puede explicarse por la necesidad de acceder o seguir manteniendo acceso a fuentes de financiamiento externo o de la propia institución o por otras razones de tipo académico-administrativo, dichas actitudes, dentro del campo que estamos analizando, aparecen como más violentamente contrastantes y, según algunos autores, terminan por incidir negativamente tanto en términos de reflexión como de acción, sobre todo porque no se incluyen como parte de los factores que pueden interferir en los procesos participativos.

Ahora bien, por lo menos una parte de estos interrogantes y problemas deben ser planteados intencionalmente antes de comenzar la investigación o la intervención en participación social, para que justamente surjan los presupuestos que los sujetos y el equipo de trabajo inevitablemente tienen respecto de ciertos aspectos básicos de los procesos participativos, y que están orientando la perspectiva teórica y el trabajo aplicado.

Los presupuestos como parte intrínseca de nuestras acciones

Considero que los aspectos señalados pueden observarse con mayor transparencia a través de los procesos de S/E/A, dado que permiten observar que

si bien varias de las orientaciones y problemas respecto de la participación social obedecen a mecanismos intencionales de reflexión e intervención, otras refieren a presupuestos no explicitados que cuasi determinan las características de los análisis y de las intervenciones.

La participación social (participación social), tanto a nivel de investigación académica como sobre todo de acción (sindical, política, étnica, etc.), y de intervención participativa específicamente en salud, implica la presencia de presupuestos de muy diferente tipo que están incluidos en las formas de pensar y actuar la participación social por los que trabajan y por los que la reciben, y que deben ser asumidos de manera consciente, sobre todo inicialmente, por los que trabajan en participación social.

En toda acción humana operan siempre presupuestos, pero mientras que en la vida cotidiana uno transita con dichos presupuestos como parte de nuestra forma de vida en tanto sujetos y miembros de grupos, en las tareas de investigación, incluidas las de tipo participativo, deberíamos objetivar hasta lo posible dichos presupuestos; no solo para saber que existen, sino sobre todo para incluirlos reflexivamente en la tarea de investigación y sobre todo en la de intervención.

Considero que, por lo menos en parte, la objetivación de nuestros presupuestos sobre participación social nos posibilitará trabajar con ellos, de tal manera que tanto respecto de nosotros como de las comunidades con las cuales trabajemos, podamos observar aquellos presupuestos que están orientando realmente nuestras reflexiones y acciones tanto en términos de limitación como de eficacia participativa.

Debo recordar que tener presupuestos, sobre todo respecto de lo que nos es significativo, es una cualidad inherente al ser humano en tanto “animal de significados”. Todos nosotros en la vida cotidiana construimos, reproducimos, manejamos, nos relacionamos con los objetos y sujetos en términos de significados. Asumir esta cualidad, no solo supone reconocer que la significación implica proponer valoraciones respecto de sujetos, comunidades, problemas que formarán parte de nuestros presupuestos, sino que en principio supone asumir que existen dichos presupuestos y que los mismos tienen consecuencias respecto de la problemática sobre la cual trabajamos, así como sobre la forma de trabajar respecto de la misma en la medida, y lo subrayo, en que esta sea reconocida como significativa por nosotros.

En consecuencia, hasta donde podamos, necesitamos objetivar nuestros presupuestos referidos, en este caso, a la participación social. Consideramos que esta objetivación es necesaria para actuar intencionalmente respecto de la realidad, y para trabajar a partir de lo que consideramos nuestros objetivos conscientes, para no ser manejados –por lo menos en parte– por los

presupuestos que desconocemos y/o que no evidenciamos. Muchas experiencias de participación social pretenden encontrar en la realidad tipos de participación social que no existen en el grupo con el cual trabajan, sino en el saber no explicitado de los que la impulsan. Otras experiencias evidencian, en la comunidad y sus sujetos, actividades, formas de organización o inclusive orientaciones que no son las que esperaban encontrar los que impulsaron la participación social, y con las cuales pueden divergir y hasta negarlas. Pero ello no suele ser explicitado/objetivado, de tal manera que el trabajo participativo tanto en términos reflexivos como de acción puede ser alterado por los presupuestos de los que trabajan en participación social.

Es en función de estos y de otros procesos que considero que casi todo proyecto participativo debiera problematizar la realidad sobre la cual se va a investigar/actuar; dicha problematización puede generarse a partir del investigador, a partir de la comunidad o de ambos, lo cual también debe explicitarse. Muchos proyectos proponen que van a partir de los problemas definidos por la comunidad, pero en la práctica hemos observado que no lo hacen o lo hacen reducidamente, y esto no es negativo ni positivo en sí, sino que es incongruente con los puntos de partida metodológicos y/o ideológicos de los proyectos.

Problematizar la realidad sobre la cual se va a trabajar supone también la posibilidad de asumir que la misma es compleja, conflictiva, heterogénea o no; y esto es decisivo pues toda una serie de proyectos de participación social tiende a considerar, generalmente en forma implícita, a ciertas comunidades como homogéneas, poco diferenciadas, eminentemente cooperativas, lo cual sin embargo no ocurre o solo se da parcialmente en algunos contextos, ya que en las comunidades reales emergen diferencias, desde las más reconocibles, como las que operan entre varones y mujeres o entre grupos de edad, hasta las divisiones de tipo religioso, político, étnico o económico, que pueden detectarse cada vez más en casi toda comunidad. Pero otros parten de presupuestos casi antagónicos, considerando que las comunidades son solo una suma de individualidades, donde no existen ya lazos comunitarios y donde existe un rechazo a la participación social, lo cual amerita una reflexión similar a la anterior.

Al trabajar teórica o aplicadamente debemos tratar de precisar conceptual y prácticamente los términos y/o conceptos e instrumentos que aplicaremos en nuestro trabajo de participación social; es decir, no solo tratar de objetivar preconceptos como los ya señalados, sino problematizar los conceptos e instrumentos que estamos manejando, comenzando con nuestra propia definición o idea de qué es participación social, así como con las expectativas

participativas que tenemos respecto de los grupos y también de los instrumentos a utilizar.

Para dar un ejemplo de lo que estamos proponiendo, hemos observado recurrentemente que en muchos expertos domina la idea de que para lograr ciertos objetivos –digamos obtener agua a nivel comunitario o formar un comité de salud– se necesita el desarrollo de una participación organizada; pero, además, domina la idea de que una vez logrado un determinado tipo y nivel de organización este se mantendrá, se reproducirá más o menos por sí mismo. Es decir, domina una noción, generalmente no explicitada, de que lo que se consigue se mantendrá, mientras nosotros partimos del supuesto teórico de que lo obtenido puede perderse en cualquier momento, y que en consecuencia debe desarrollarse algo así como una intencionalidad de organización y participación permanente que, no obstante, y lo subrayo, no garantiza la continuidad de lo obtenido.

Por lo tanto, parto del supuesto de que nada de lo conseguido es necesariamente perdurable, y que justamente una de las funciones de la participación social es tratar de mantener lo conseguido hasta lo posible, en la medida en que ello sea importante para los sujetos y grupos. Pero esta es una tarea intencional y no producto de la reproducción mecánica de los procesos. Por lo tanto, desde nuestra perspectiva metodológica, las concepciones sobre la participación social deben ser explicitadas por el investigador o por el que desarrolla intervenciones participativas, para a través de ellas acceder a las preconcepciones.

Al menos una parte de los que trabajan en participación social en América Latina, especialmente las organizaciones no gubernamentales, pero también instituciones como el Banco Mundial o los programas nacionales contra la pobreza, proponen como eje trabajar con “el punto de vista del otro” articulado con nuestro propio punto de vista como investigadores teóricos o participativos. Pero, como sabemos, una cosa es decidir trabajar a partir del punto de vista del otro, y otra hacerlo y, sobre todo, saber hacerlo. En consecuencia, los que trabajan con el punto de vista del otro debieran explicitar qué significa esto, pues frecuentemente pareciera que con “escuchar al otro”, por lo menos varios programas se dan por satisfechos.

A partir de estas y de otras problemáticas, propongo que dentro del equipo que promueve y/o realiza investigación o investigación/acción se desarrolle un trabajo teórico-práctico que posibilite hacer emerger, objetivar y luego analizar colectivamente los diferentes tipos de presupuestos con que los miembros del equipo se disponen a trabajar o ya trabajan en participación social.

Nosotros hemos elaborado una serie de talleres (reactivos dicen algunos) que posibilitan hasta cierto punto objetivar en términos colectivos por lo menos algunos de los presupuestos referidos a la participación social, y que hemos aplicado a diferentes sujetos y grupos de trabajo en muy diferentes contextos³⁸. Dichos talleres posibilitan el desarrollo de un proceso de interpretación y reinterpretación de los presupuestos manejados por los grupos a los cuales fue aplicado. A modo de ejemplo solo transcribiré algunas elaboraciones que surgieron reiteradamente en los diferentes grupos a los cuales se aplicaron los talleres sobre participación social y que, subrayo, son grupos conformados por personas que trabajan –o por lo menos tienen interés en trabajar– en participación social respecto de procesos de S/E/A.

Nuestra descripción no transcribe el total de la producción de los grupos ni el proceso dinámico de los talleres, sino que presenta una transcripción sintética y ordenada de algunos aspectos elaborados en dichos talleres. El primer aspecto trabajado con los grupos refiere a sus definiciones de participación social; como sabemos, toda definición –por más conceptual que sea– implica algún tipo de valoración frecuentemente no explicitada pero que puede detectarse a través del análisis de la propia definición y de las ejemplificaciones propuestas por los grupos. El análisis se realiza primero a través del texto elaborado por el grupo, pero es sobre todo en el proceso de interpretación/reinterpretación de dicho texto desarrollado en el taller donde surge con claridad la presencia y el sentido de los presupuestos valorativos.

Y así, por ejemplo, en el caso de las definiciones utilizadas sobre todo por los grupos que trabajan en investigación/acción, se observa una valoración casi unívoca de la participación social como positiva, lo cual es ideológicamente comprensible dado que si no reconozco esta propiedad de la participación social ¿para qué trabajar sobre ella? Pero una cosa es el manejo ideológico de este u otro concepto y otra, asumir, casi siempre en términos no reflexivos, que la participación social siempre es positiva; y este es uno de los aspectos que tratamos de elaborar en los talleres. No digo que los grupos propongan siempre explícitamente dicha positividad, pero la misma surge

³⁸Este tipo de talleres sobre participación social respecto de procesos de salud/enfermedad/atención comencé a aplicarlos a fines de la década de 1970 en la Escuela de Salud Pública de México, no solo a médicos y enfermeras, sino también a trabajadoras sociales, nutricionistas, promotores de salud y otro tipo de personal paramédico. A partir de entonces los vengo aplicando a diferentes sujetos y grupos que trabajan en el sector salud oficial o en organizaciones no gubernamentales sobre problemas de salud tanto en México como en Argentina y España. La aplicación del taller dura unas tres horas y la elaboración colectiva puede durar entre seis y treinta horas, dependiendo de los objetivos y condiciones del taller.

al analizar colectivamente las implicaciones de las definiciones y de los casos propuestos.

Subrayo que no estoy proponiendo eliminar los aspectos valorativos no explicitados de la definición; por el contrario, considero correcto y necesario incluirlos, pero no para justificar que toda participación social se caracteriza por sus consecuencias positivas sino, primero, para analizar qué significa la formulación y manejo de este tipo de definición y cómo la misma orienta el trabajo participativo. Y, segundo, para asumir que no toda participación social tiene consecuencias positivas, sino que incluso puede tener consecuencias negativas.

Para dar un ejemplo, con el cual solemos trabajar en la elaboración de los talleres, recordamos que, respecto de las enfermedades crónico-degenerativas, de las invalideces y de las adicciones se han gestado los denominados grupos de autoayuda, que se caracterizan por desarrollar acciones organizadas de participación social. El modelo de casi todos estos grupos surge de Alcohólicos Anónimos (AA), un grupo que, sobre todo en ciertos países latinoamericanos, ha tenido una notable expansión. Los ex-alcohólicos miembros de estos grupos se reúnen, participan, se organizan para no beber; pero en gran parte de las sociedades americanas y europeas la mayoría de la gente se organiza y participa para beber. Más aún, el alcohol es uno de los principales medios de participación social, teniendo dicha participación funciones positivas, pero también consecuencias negativas para sujetos y grupos. En ambos casos –y es lo que me interesa destacar– la condición de no beber o de beber se define en gran medida por la participación colectiva.

Frente a la concepción, más o menos unilateral, de la participación como exclusivamente positiva, que surge de las definiciones formuladas en los talleres, tratamos de observar que también puede ser simultáneamente positiva/negativa o puede ser en ciertos contextos y sujetos básicamente negativa. Pero, además, la positividad o negatividad de la participación social puede ser definida por el significado diferencial que diferentes sujetos y grupos dan a los mismos procesos.

De los talleres surge por lo tanto que la positividad de la participación social es un presupuesto común y no explicitado que no solo se expresa a través de las definiciones, sino que tiende a excluir o negar la calidad de participación en determinadas acciones consideradas negativas o a los actos generados por determinados sujetos y grupos. Y así las redes sociales serán reconocidas como un mecanismo de apoyo básico en el caso de fenómenos como embarazo no deseado o de una enfermedad discapacitante, pero espontáneamente el concepto de red social no es referido a la red de secuestradores o a la red de narcotráfico. Por lo cual el trabajo de elaboración en talleres

trata de asumir que trabajar con una comunidad determinada, a partir de una concepción unilateralmente positiva de la participación social, puede conducir a excluir toda una variedad de participaciones, pues presentan características negativas o por lo menos ambivalentes desde la perspectiva de los que impulsan la participación social.

Así, por ejemplo, en México muchas ONG que trabajan sobre aspectos de salud reproductiva suelen referirse a la ONG Pro Vida en términos sumamente negativos, pero desde mi perspectiva, más allá de lo que pensemos de Pro Vida³⁹, si estamos preocupados por los procesos de participación social debemos observar si este u otros grupos similares desarrollan, impulsan, se organizan para participar y a través de qué actores sociales, máxime si grupos como Pro Vida generan actividades participativas respecto de procesos y problemas que interesan no solo a otras ONG sino también a diferentes sectores sociales. Las diferencias y conflictos de todo tipo con instituciones y grupos no deben conducir a negar el carácter participativo que tienen una parte de las actividades de los mismos, pues no solo puede generar un conocimiento distorsionado de la realidad, sino sobre todo desconocer el papel de los procesos participativos con los cuales se supone que estamos trabajando.

Una cosa es reconocer las diferencias, conflictos y oposiciones ideológicas, políticas, religiosas, etc., que tengo con determinado grupo, y otra negar el carácter participativo de sus acciones. Más aún, una cuestión es no estar de acuerdo con el tipo de acciones que realiza y otra negar el carácter participativo de las mismas. Partir del supuesto de que toda participación social es siempre positiva dificulta o directamente impide reconocer actividades participativas en grupos y sujetos con los cuales estoy en desacuerdo, o que percibo como agentes negativos respecto de los procesos participativos que deseo impulsar.

Como ya señalamos, toda participación refiere a presupuestos que existen en los sujetos y grupos que trabajan en términos participativos, y como ya hemos insistido, dichos presupuestos necesitan ser objetivados por el grupo que trabaja en participación social para manejarlos reflexivamente, para incluirlos, excluirlos o controlarlos a fin de que no tengan consecuencias a nivel teórico y/o aplicado. Pero la cuestión central consiste en hacer evidente

³⁹Provida es una organización no gubernamental identificada fuertemente con el catolicismo, y que desarrolla constantes actividades contra el aborto, el uso del condón, las relaciones sexuales informales o la homosexualidad, asociada frecuentemente con la jerarquía católica y con sectores del PAN, partido político también identificado con el catolicismo.

estos presupuestos, para poder trabajar con ellos, y esto es lo que tratamos de hacer en nuestros talleres sobre participación social.

Desde nuestra perspectiva, cuanto más abstracta sea una definición más posibilidades existen de que los presupuestos sean negados o permanezcan ocultos por el nivel de análisis en el cual se ubica la definición. Como considero necesario evidenciar la presencia de presupuestos, sobre todo en los sujetos y grupos que van a trabajar activamente con las personas de una comunidad determinada, propongo que las definiciones y los conceptos sean expuestos a nivel abstracto pero también descriptivo, reduciendo en lo posible el uso de jerga técnica, y que dicha definición esté pensada en función de los objetivos y de los grupos con los cuales se trabajará.

Este trabajo de elaboración en los talleres posibilita producir definiciones inteligibles pero no solo para los otros, sino también para los propios miembros del grupo, que permiten, en cierta medida, autocontrolar algunos de los presupuestos no explicitados. Cuando los miembros de un grupo leen su propia definición de participación social y no pueden precisar por lo menos una parte de sus términos, o cuando ejemplifican y observamos que los casos descritos no concuerdan con la definición propuesta, es casi seguro que estamos ante definiciones no solo poco precisas sino generalmente propuestas en un alto nivel de abstracción, que opacan u ocultan los presupuestos que están operando a través de ellas.

Toda definición debería implicar dos niveles articulados, uno general y otro específico, pero en ambos casos la definición debería ser tanto abstracta como descriptiva. Así, por ejemplo, si un investigador o un grupo que trabaja en investigación/acción define participación social en función de su trabajo sobre salud reproductiva con un grupo mujeres, dicha definición no solo debe expresar esta particularidad sino que además debe ser entendida por los sujetos y grupos sociales con los cuales trabajan. Esto no supone reducir la calidad teórica de la definición como a veces se concluye, sino realizar un continuo esfuerzo de claridad, lo cual por otra parte, insisto, no supone establecer definiciones imprecisas.

Además, como ya indicamos, algunos grupos incluyen en su definición la cuestión de “la distribución y adquisición de poder”, lo cual implica una determinada idea de la participación social. Pero, más allá de que estemos o no de acuerdo con incluir el poder en nuestra definición, lo que debemos elaborar en los talleres es si colocar la adquisición de poder como atributo necesario no excluirá otros tipos de participación social, que según algunos autores son los que más frecuentemente practican sobre todo los grupos sociales subalternos. Que algunas orientaciones tengan como objetivo central que los sujetos y grupos con los cuales trabajan adquieran poder a través de ejercicios de participación social constituye un hecho legítimo, pero no debería excluir

formas de participación social que no incluyan dicho objetivo, sino que su definición debiera reconocer la variedad de posibilidades de participación social existentes, así como por supuesto la decisión de trabajar básicamente sobre la participación social entendida como adquisición de poder.

Pero lo mismo tenemos que hacer con los sujetos y grupos que no incluyen el poder en sus definiciones, tanto para observar qué supone este tipo de definición, como para detectar si dicha definición excluye a las definiciones que incluyen el poder.

Toda definición de participación social se clarifica cuando se incluyen los objetivos, es decir cuando se indica qué se busca con la participación social, por lo cual se recomienda dicha explicitación. Pero ¿todo objetivo participativo implica siempre la redistribución y adquisición de poder? Veamos un caso para especificar lo que estamos proponiendo.

Si para un grupo que trabaja en investigación/acción los objetivos son tratar de reducir el número de hijos por familia en un área determinada – como fue el objetivo no solo del sector salud de varios países americanos, sino también de las ONG y de instituciones como el Population Council–, el logro de ello ¿implica necesariamente la adquisición y distribución de poder, más allá de que algunas ONG, e incluso el Population Council, apelen a los mismos en los últimos tiempos?

A nivel latinoamericano, específicamente en el caso de México, se ha logrado reducir el número de hijos de seis niños por mujer a mediados de los años setenta a dos hijos a principios de los 2000, sin necesidad de generar una redistribución del poder en el interior del grupo doméstico o en la relación personal de salud/paciente. El proceso de urbanización, medidas de tipo técnico-sanitarias o modificaciones no estructurales de tipo económico han generado modificaciones en las pautas de natalidad sin incluir la adquisición de poder. Lo cual, por supuesto, no niega que una ONG determinada se proponga a través de la reducción del número de hijos trabajar para que la mujer adquiera poder respecto de su cuerpo y/o de las situaciones y relaciones que afectan su proceso reproductivo.

Esto puede observarse a través del trabajo en planificación familiar o en salud reproductiva del sector salud oficial y de las ONG, donde el primero ha logrado a través de medidas técnicas –articuladas con procesos sociales– reducir el número de hijos a nivel nacional y especialmente en ciertas regiones, mientras una parte –y remarco lo de una parte– de las ONG trabajan también sobre el mismo objetivo pero con una intencionalidad distinta.

Por lo cual, si dichas ONG incluyen en su definición la cuestión de adquisición de poder, esto no solo es legítimo sino incluso necesario, siempre y cuando asuman que otros tipos de participación social que no incluyen el

poder también logran por lo menos una parte de los objetivos convergentes, que en este caso refieren a la reducción del número de hijos. Pero puede argüirse, y debe ser explicitado, que si bien reducir el número de hijos constituye un objetivo, lo sustantivo es desarrollar a través de ese objetivo procesos de adquisición de poder.

Pero, además, deben asumir que impulsar procesos a través de los cuales se reduzca el número de hijos puede generar conflictos no solo metodológicos sino también morales y hasta políticos en los que trabajan en participación social respecto de los sujetos con los cuales actúan. Impulsar la reducción del número de hijos puede coincidir con los objetivos particulares de una parte de los actores de una comunidad determinada, pero también puede diferir fuertemente, como hemos observado a través del trabajo en nuestros talleres. Pese a ello, muchas ONG que trabajan sobre salud reproductiva proponen que están trabajando con el punto de vista del actor, cuando por lo menos una parte de las mismas está induciendo determinadas concepciones en los actores. Pero, y es lo que ahora me interesa señalar, estos procesos metodológicos no se explicitan, aunque el trabajo reflexivo en los talleres podría hacerlos emerger.

La propuesta de empoderamiento y de reducir el número de hijos puede evidenciar que dichos objetivos no concuerdan con los valores culturales no solo de la comunidad sino también de sus miembros individuales hacia la significación del número de hijos, lo cual implica que los puntos de vista del investigador, incluso del investigador participativo, difieran de los de los sujetos con los cuales trabajan. Esta posibilidad, en el caso del sector salud oficial de gran parte de los países de América Latina, no aparece como problema, por lo menos en términos institucionales, dado que lo central es el cumplimiento de las metas de reducción del número de hijos más allá del respeto al punto de vista de los actores; pero sí puede constituir problemas para aquellas ONG que tratan de asumir el punto de vista del actor y se encuentran con que hay visiones diferentes y/o opuestas no solo en los varones, no solo en la norma oficial (cultural) de la comunidad, sino también en las propias mujeres, para quienes los hijos representan múltiples posibilidades dentro de sus propias estrategias de supervivencia y de seguridad.

De tal manera que los sujetos con los que trabajan las ONG pueden no solo rechazar las propuestas de “adquisición de poder sobre sus cuerpos” en términos de la reducción del número de hijos, sino incluso no entender dicha propuesta en función de la racionalidad cultural dominante en el grupo. Y el juego de estos y otros presupuestos necesita –de ser posible– emerger antes de trabajar en forma directa con la comunidad.

Autogestión colectiva, grupal o individual

En los talleres tratamos que los grupos enumeren cuáles son las características básicas de la participación social que, según ellos, desarrolla la población con la cual trabajan, y algunos grupos suelen proponer a la autogestión y a la resistencia. Por razones de espacio nos centraremos en una sola característica, la autogestión, que como sabemos es actualmente referenciada a través de una variedad de acepciones que van desde la autonomía y autarquía económico-política de una comunidad, hasta la identificación con las actividades de autocuidado. Este concepto, como muchos otros que se manejan en torno de la participación social, procede del campo político, e incluyó inicialmente y en forma central el problema del poder; y mientras algunos grupos retoman dichas consideraciones la mayoría refiere la autogestión a los grupos de autoayuda. De allí que gran parte de los grupos con los que trabajamos definan autogestión en términos de autoatención u otros similares.

El concepto de autogestión se desarrolló durante el siglo XIX dentro de corrientes socialistas y anarquistas y se expresó a través de varias experiencias autogestivas de “socialismo utópico”; este concepto fue recuperado entre las décadas de 1910 y 1930 por teóricos marxistas y anarquistas en varios países europeos que se oponían a las concepciones que impulsaban el socialismo de estado, subrayando la necesidad de que el poder no sea delegado por los trabajadores, que no sea ajeno al grupo sino que las decisiones que los afectan sean tomadas por ellos, y que la gestión del propio grupo asegure no solo su capacidad de acción sino la horizontalidad en la toma de decisiones. En términos políticos se expresa sobre todo a través de las experiencias de los “consejos obreros”.

Si bien este concepto tuvo otra serie de desarrollos teóricos y aplicados en términos políticos después de la Segunda Guerra Mundial, la cuestión del poder localizado en el grupo laboral fue siempre central en las propuestas de autogestión, y consideramos que la propuesta de los “caracoles” impulsada por el EZLN en Chiapas constituye una expresión reciente de estas concepciones autogestivas, que por otra parte forma parte central de las agendas de gran parte de los grupos étnicos de América Latina.

Pero lo que actualmente algunos grupos y sujetos consideran autogestión, refiere más que a esta tradición autogestiva de tipo político, sindical o étnico, a la que suele identificarse con “desarrollo comunitario”, la cual tiene una larga historia en América Latina desde la década de 1930. En esta tradición, el eje no refiere al poder, ni interno ni externo, sino a los esfuerzos comunitarios, generalmente de autoayuda, para hallar solución a un problema específico y/o mejorar las condiciones de vida. Y esta es la definición de autogestión que emerge con mayor frecuencia en la elaboración de los talleres.

A partir de los años setenta, y sobre todo durante los ochenta, el concepto de autogestión tendrá en las experiencias participativas en salud dos orientaciones, una minoritaria que coloca el eje en la toma de decisiones entendida como ejercicio grupal y colectivo de poder, y otra mayoritaria que refiere a las acciones más o menos autónomas realizadas por microgrupos y hasta por individuos para solucionar problemas. Uno de los conceptos más utilizados por el sector salud con este sentido ha sido el de autocuidado. En los años ochenta y noventa el concepto de autogestión perdió, dentro del campo de la S/E/A, el significado con que había sido usado hasta los años sesenta y setenta no solo dentro del campo político y sindical sino también dentro del campo social a través de propuestas como las de Paulo Freire, impulsadas sobre todo por grupos que trabajaron dentro de las líneas de investigación/acción, especialmente en el campo de la salud.

Ahora bien, este proceso de transformación y resignificación de conceptos es frecuente, y es por ello que también cuando enunciamos conceptos debemos definirlos y describir casos para ver de qué está hablando cada uno al enunciar un concepto. Los conceptos se erosionan continuamente, se cargan de nuevos significados y orientaciones que incluso pueden divergir totalmente de sus usos iniciales. Y esto podemos observarlo con notable frecuencia en los conceptos que tienen que ver con procesos participativos (Menéndez, 1999, 2002, 2005).

Los talleres se aplican para objetivar y discutir los conceptos de participación social que maneja un determinado grupo, por lo cual se espera que del análisis colectivo de cada aspecto surjan las ideas fuertes que sobre participación social maneja dicho grupo. Más aún, se parte del supuesto que más allá de la debilidad o precisión de las definiciones, más allá de la incongruencia o coherencia de las ejemplificaciones, surgiría en cada grupo una idea consistente de participación social. Lo cual, y lo subrayamos, se evidencia constantemente en los diferentes grupos con los que trabajamos, por supuesto que a través de características diferenciales, pero también de elementos comunes. Y gran parte de la consistencia de las definiciones refiere a los presupuestos no explicitados que la *fundamentan*, y que en gran medida son de tipo ideológico.

A través de la enumeración y la descripción de las características de la participación social tratamos de obtener el mayor número posible de los rasgos que caracterizarían dicha participación, lo cual implica reconocer no solo las características que los grupos señalan sino también las que omiten, lo que no solo evidencia una determinada manera de pensar la participación social, sino también de negar algunas de sus formas. En la elaboración de los talleres fue sumamente importante trabajar con los datos omitidos, *olvidados*,

negados, dado que pueden tener igual o mayor significación que las características explícitamente propuestas.

Y así observamos que, por ejemplo, es muy frecuente que los que buscan trabajar, sobre todo con movimientos sociales, no incluyan a los grupos de autoayuda tipo Alcohólicos Anónimos, y algo similar pero a la inversa ocurre con los que están interesados en trabajar con grupos de autoayuda. Es por ello también que los que manejen una concepción de participación social como proceso autónomo y progresista identificarán a la participación social con las propuestas de izquierda, y dejarán de lado o no identificarán como participación social las movilizaciones de masas impulsadas por partidos de derecha, especialmente los de tipo fascista, los cuales sin embargo se caracterizaron por impulsar determinadas formas de participación masiva. Y, reiteradamente, surgen esta identificación y esta exclusión en los procesos de interpretación/reinterpretación generados en los talleres.

Por lo cual los significados en términos de afirmación o negación no surgen solo del texto elaborado por el grupo, sino también del proceso de interpretación y reinterpretación que se desarrolla en los talleres, a través del cual van surgiendo no solo las características enunciadas sino además las omitidas, así como las razones de dichas afirmaciones y negaciones. Es en este trabajo interpretativo que se va aclarando la orientación que está dibujada pero no precisada en el texto elaborado inicialmente por los participantes del taller.

En los talleres, los grupos también elaboran propuestas respecto de cuáles son los sujetos, grupos y sectores sociales que más participan, existiendo divergencias por lo menos cuando la confrontación se hace a nivel exclusivamente reflexivo, pero esta se reduce e inclusive desaparece cuando se analizan casos específicos, dado que entonces observamos una coincidencia casi total respecto de los actores que más participan en el proceso de S/E/A. Así, tanto los grupos que trabajan en intervención en el sector salud, como los dedicados a la investigación académica o a la investigación participativa sobre procesos de S/E/A, concluyen que la mujer en su rol de esposa/madre es el actor social que más participa, y que además dicha participación se da sobre todo a través del proceso de autoatención.

En los talleres trabajamos sobre el concepto de autoatención, tratando de establecer inicialmente si constituye o no un proceso de participación social para los grupos.

Problematizamos este concepto, surgiendo de dicha problematización que es la actividad que más desarrollan los sujetos y microgrupos respecto del proceso de S/E/A; ya que los otros tipos de actividades son secundarios en términos de cantidad, frecuencia y continuidad respecto de la autoatención. Pero, además, la autoatención constituye el núcleo de integración

de los saberes y prácticas que manejan los microgrupos; es el lugar de la síntesis continua que realizan. Esta función sintética y constante puede observarse a través de la carrera del enfermo que proponen los miembros de los talleres respecto de casos específicos, y donde la autoatención es el punto de referencia unificador de las diferentes instancias a las que se recurre para hallar solución al problema de la enfermedad. Pero esto ocurre, y lo subrayo, a partir de un proceso subordinado o no subordinado, simétrico o asimétrico, pero siempre centrado en las decisiones, recursos y saberes de los grupos, y especialmente del grupo doméstico.

Es a través del proceso de autoatención que la mujer adquiere poder sobre el proceso de S/E/A, pero esta adquisición de poder no ha sido demasiado estudiada ni siquiera por las militantes del movimiento feminista, posiblemente porque dicho poder para muchas de ellas refuerza el estatus subordinado y tradicional de la mujer. Pero si hay una esfera donde la mujer evidencia poder en el interior del grupo doméstico, esa es la de la enfermedad y la atención. Incluso cuando el varón se enferma, en la mayoría de los contextos actuales la mujer es quien toma las decisiones de qué hacer; es en la situación de enfermedad donde el varón evidencia caracteres de “feminización”, delegando en la mujer funciones de decisión y no solo en el ámbito del proceso de S/E/A. En la mayoría de las sociedades, en la situación de enfermedad es la mujer la que sabe qué hacer, no el varón, y eso no solo respecto de ella sino de todos los miembros del grupo doméstico. El proceso de autoatención evidencia el papel central de la mujer en la toma de decisiones sobre el proceso de S/E/A, y es justamente esta calidad diferencial de género la que surge en la elaboración de los talleres.

Lo que surge en dicha elaboración es que la mayor cantidad y frecuencia de participación en el proceso de S/E/A se da a través de pequeños grupos y especialmente a través de mujeres, y que es a partir de los mismos que se asegura una mayor continuidad y eficacia en las acciones. Pero estas características tienen consecuencias en términos de participación social, ya que la mayoría de las actividades que se gestan tienen un objetivo microgrupal, no referido necesariamente a ámbitos mayores, por lo cual refuerza una tendencia no solo hacia lo asistencial sino hacia lo individual, lo cual no reduce la capacidad participativa de estas actividades y grupos sociales, sino que señala su orientación dominante.

Por supuesto que la profundización de estos interrogantes nos lleva a problemas de muy diferente orden, por lo cual dicha profundización se realizará según los objetivos y tiempos de elaboración que tengamos en el caso de cada taller. Pero en gran parte de los talleres surge que el notorio papel de la mujer en actividades participativas del proceso de S/E/A es correlativo al escaso

nivel participativo del varón en casi toda sociedad dentro de este ámbito específico, lo cual conduce a preguntarnos: ¿por qué el varón interviene tan escasamente en las actividades participativas del proceso de S/E/A? Por supuesto que, como toda generalidad, lo señalado no da cuenta de todas las situaciones, entre las cuales una de las más notorias ha sido reiteradamente señalada por mí. Posiblemente el grupo de autoayuda de más expansión es el de AA, y este fue inventado, impulsado y constituido preferentemente por varones; si bien en los últimos años se han integrado mujeres, en AA siguen dominando los varones por muchas razones, entre las cuales la más obvia es que el mayor número de alcoholizados pertenecen al género masculino.

Pero lo que me interesa rescatar es que si bien hay algunas áreas problemáticas en las cuales el varón aparece como el agente más participativo, las mismas son escasas respecto del conjunto de procesos de S/E/A donde la mujer emerge como principal protagonista de la participación social.

Correlacionado con lo anterior voy a tratar un aspecto final que suele movilizar toda una serie de presupuestos ideológicos, ya que como sabemos en la actualidad domina la idea de que las sociedades actuales son menos participativas que las de *antes*, y por eso se propuso una temática al respecto. De nuestros talleres surge que en la mayoría de los grupos con los que trabajamos domina fuertemente la idea de que las sociedades más desarrolladas económicamente y más urbanas participan menos dado el individualismo, la competencia, el narcisismo que las caracteriza, lo cual se expresaría en la erosión, disminución o directamente desaparición de toda una serie de rituales sociales colectivos que *antes* aseguraban los vínculos y la participación entre los miembros de una comunidad determinada. Es decir que, de entrada, la mayoría de los grupos considera que es difícil trabajar con grupos que presentan estas características. Esta constituye una respuesta reiterada y uniforme que se profundiza en la elaboración colectiva de la misma, y que posibilita observar con mayor claridad los presupuestos que dan lugar a esta concepción de la participación social, y que por otra parte remiten a las concepciones que varios destacados analistas tienen respecto de los grupos sociales y la casi desaparición o por lo menos transformación narcicista “virtual” de los lazos y los rituales sociales actuales (Bauman, 2004, 2005; Castel, 1995; Giddens, 1997, 1998, 1999).

El tipo de taller que aplicamos y elaboramos permite observar la presencia y significación de los aspectos conscientes y no conscientes con los que trabajan por lo menos algunos sujetos y equipos que impulsan la participación social en términos de investigación y/o de investigación/acción, que en cierta medida conducen al desarrollo de *profecías autocumplidas*. Por lo cual considero útil el uso de esta metodología que posibilita, por lo menos parcialmente, objetivar no solo la presencia de presupuestos sino también la

orientación que los mismos dan a nuestras maneras de pensar y/o de aplicar la participación social, y ello tanto en términos de investigación como de investigación/acción.

Bibliografía

- Bauman, Z. (2004). *La sociedad sitiada*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bauman, Z. (2005). *Amor líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Castel, R. (1995). *Les metamorphoses de la question social*. Paris: Fayard.
- Giddens, A. (1997). *Modernidad e identidad del yo: el Yo y la sociedad en la época contemporánea*. Barcelona: Península.
- Giddens, A. (1998). *Las transformaciones de la intimidad: sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas*. Madrid: Cátedra.
- Giddens, A. (1999). *Un mundo desbocado: los efectos de la globalización en nuestras vidas*. México: Taurus.
- Menéndez, E. L. (1999). Uso y desuso de conceptos: ¿dónde quedaron los olvidos?. *Alteridades*, 9(17), 147-164.
- Menéndez, E. L. (2002). *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Menéndez, E. L. (2005). Políticas del sector salud mexicano (1980-2004): ajuste estructural y pragmatismo de las propuestas neoliberales. *Salud Colectiva*, 1(2), 195-224.



Desde hace décadas, las citas a la participación resultan infaltables en documentos y/o discursos de gobiernos, organismos internacionales y/o ONG. Pero en realidad: ¿qué se entiende por participación en salud?; ¿cuál es la pregunta que se trata de responder con su instrumentalización?; ¿la participación es un medio o un fin?; ¿cómo se articula el eslogan a nivel de la realidad?; ¿en qué se piensa cuando se habla de participación?; ¿para qué sirve?; ¿a quiénes sirve?; ¿qué se produce?; ¿participación como discurso o como acción?; ¿es más que un tema infaltable en mesas redondas, libros y conferencias?; ¿qué se reproduce?; ¿hay correlación entre los desarrollos ideológicos y los niveles organizacionales que se alcanzan? Demasiadas preguntas para tan pocas respuestas. Los textos recopilados en este libro, de autores provenientes de la Sociología y la Antropología y con amplia experiencia en el tema en países de las Américas, nos permiten volver sobre las preguntas anteriores y avanzar en rumbos que obligan a pensar este concepto que, de tan usado, se ha naturalizado, y en dicho proceso perdimos la capacidad de preguntarnos el para qué.

Hugo Spinelli (Fragmentos de la Presentación)