

Participación popular en salud^a

People's participation in Health

Catalina Eibenschutz H.

Cuando se habla de participación popular, se hace referencia al ejercicio de poder por parte del pueblo y no solamente a una delegación limitada de funciones para que las ejercite.

Nos parece importante este señalamiento, porque la participación popular en salud se ha interpretado de diferentes maneras, en distintas formaciones socioeconómicas y por diferentes instituciones dentro de ellas.

A partir de los sesenta,^b en la América Latina, se desarrollan varios intentos por mejorar la salud de las poblaciones, como una respuesta directa al impacto de la Revolución cubana sobre la salud. Desde el triunfo revolucionario en Cuba, la contradicción entre salud y capitalismo se nos hace muy evidente, y la mayoría de los estados de la América Latina, bajo la orientación de los Estados Unidos y las agencias internacionales, se proponen entonces demostrar que tal contradicción no existe y que se pueden mejorar las condiciones de salud, mediante modelos de atención médica de bajo costo, en las que participe la población.

Luego de más de veinte años, la realidad nos muestra que los programas de participación popular en salud que han sobrevivido y demostrado utilidad, son muy pocos. La excepción está en los programas desarrollados en Cuba y Nicaragua, en los que sus revoluciones crearon las condiciones necesarias para su desarrollo.

Sin embargo, no basta esta explicación. Haremos un análisis profundo de este fenómeno, a partir de la inclusión de algunas categorías que consideramos fundamentales: poder, Estado y hegemonía.



CONCEPCIONES SOBRE LA PARTICIPACIÓN POPULAR

Es necesario subrayar el concepto de participación que aquí manejaremos: participación popular es el ejercicio del poder por parte del pueblo organizado y no la colaboración del pueblo en el desarrollo de actividades decididas por la clase dominante o las estructuras de poder clasista.

Encontramos otras definiciones en este mismo sentido, como las que aparecen en las conclusiones del VII Seminario Centro Americano de Ciencias de la Salud, realizado en Costa Rica, en 1980: “Entendemos por participación popular en salud, el proceso mediante el cual se logra la intervención integral del pueblo organizado en la planeación (toma de decisión), ejecución y evaluación de todas las actividades relativas a salud”.

En este mismo Seminario, M. Escalona de Cuba, señala que los prerequisites necesarios para una verdadera participación popular son los siguientes:

- La propiedad social de los medios de producción.
- La decisión política de convertir en un hecho real la participación del pueblo en la gestión de salud.
- La organización de los integrantes de la comunidad, según intereses no antagónicos con la mayoría de la población.

Por otra parte, tenemos definiciones que son menos precisas y que ocultan los problemas del ejercicio de poder y los antagonismos sociales. Entre ellas están las de “Participación de la comunidad para resolver sus propios problemas de Salud”; la del Programa Rural de Acción Comunitaria en Salud, de la Nicaragua somocista, que habla de una “participación activa, consciente y organizada de las comunidades para que prevengan riesgos de enfermar, usen racionalmente los servicios de salud y hagan aportes de recursos y acciones personales, que favorezcan el logro de metas y objetivos de los programas de salud”. Y, en el mismo sentido, los programas de acción comunitaria del IMSS-Coplamar,^c en México, que señalan como uno de los objetivos “lograr la motivación, concientización y organización de la colectividad para su participación activa en el desarrollo de las actividades señaladas en los programas de salud”.



La diferencia importante, aunque a veces sutil, entre estas concepciones radica en el reconocimiento o no de los antagonismos de clase en nuestras sociedades capitalistas y subdesarrolladas.

El hecho de no reconocer los antagonismos de clase lleva a considerar como posible la participación en programas de salud, al margen de la participación política en otros ámbitos de la sociedad y, por ende, a considerar necesario reprimir los movimientos populares que rebasan la estricta participación en acciones de salud previamente definidas por el Estado o las instituciones.

Por otro lado, el hecho de reconocer los antagonismos de clase y la lucha de clases por el poder, plantea la integración de la participación popular, no solo en el campo de la salud, sino en el ámbito económico y político de la sociedad.

PODER Y PARTICIPACIÓN EN SALUD

Ya señalamos que la participación es el ejercicio del poder en la sociedad, por lo tanto participar es hacer política, y participar en salud también es hacer política en la sociedad. Significa tomar decisiones y ejercer el poder.

Ahora bien, ¿cuáles son las fuentes de poder en la sociedad?

Para nuestro análisis, nos parecen importantes las siguientes:

1. Posesión de los medios de producción.
2. Saber médico.
3. Estructura estatal.
4. Capacidad de movilización de masas.
5. Organización popular.

Propiedad de los medios de producción

En las sociedades capitalistas, la clase dominante es la dueña de los medios de producción, la que toma las decisiones para el conjunto de la sociedad, en función de sus propios intereses, que se expresan, en última instancia, en las relaciones sociales de explotación y en la extracción de plusvalía. Para la burguesía, la participación popular en programas de salud es más bien una manipulación popular, con el propósito de explotar su trabajo extra en los programas decididos por la clase dominante. Un ejemplo claro de esto lo vemos en los programas de construcción de centros de salud, en que la “participación” de la comunidad se reduce a entregar su fuerza de trabajo, sin intervenir en la toma de decisiones y sin adquirir conciencia, es decir, en la calidad de objeto y no de sujeto de su historia.

Saber médico

La ciencia en el capitalismo se produce principalmente por la clase dominante y los intelectuales orgánicos a ella (la mayoría de los trabajadores de salud). El poder del saber médico reside en su base científica y técnica, legitimada por las instituciones científicas y educativas de nuestras sociedades, y en la autorización formal de ejercer este saber supuestamente neutral y absoluto. A su vez, los poseedores de este saber no son conscientes, en ocasiones, de que la sociedad legitima el conocimiento que contribuye a mantener el *status quo* dentro de ella, que no cuestiona ni amenaza con desestabilizarla. Este saber es el que sustenta los planes de participación en salud, el que delega funciones que no afectan su posición dominante, el que no admite cuestionamientos, niega el conocimiento de las clases populares y exige su intervención en acciones técnicas decididas de antemano por la institución.

No pretendemos cuestionar la validez de la mayoría de los conocimientos médicos, pero sí criticamos, en ese sentido, la simple transmisión de la teoría biologicista del proceso salud-enfermedad a la población, para conseguir que esta participe conscientemente. Esta transmisión supone una participación altamente ideologizada, porque impide que la población dominada y explotada analice los determinantes sociales del proceso. No obstante, resulta claro que, al introducir esta concepción de salud-enfermedad, la participación activa y consciente de la comunidad tenderá a rebasar los límites del sector salud.



En cambio, en los procesos revolucionarios de la América Latina, la participación en los programas de salud es parte de la incorporación política al conjunto del proceso y, por lo tanto, no se limita a ese sector, sino que se extiende a todas las actividades de la sociedad.

Estado

El Estado capitalista es, en última instancia, el instrumento de poder de la clase dominante. Sin embargo, su necesidad de legitimación lo obliga a ocultar su carácter de clase, a mostrarse como el representante natural de la sociedad en su conjunto y, por lo tanto, como el depositario del poder de toda la sociedad. Esta situación lo obliga a definir la política en cada uno de los sectores de la sociedad, y entonces aparece como el dueño del saber técnico y la fuerza política. Esta situación lo ubica en una posición privilegiada para ejercer el poder en todos los sentidos. El Estado, en atención a su necesidad de legitimarse y de conservar y reproducir la fuerza de trabajo, se ve obligado a mejorar las condiciones de vida y salud de la población en su conjunto, para lo cual instrumenta políticas en materia de salud de carácter clasista, sector en el cual pretende resolver los problemas a través de la ciencia y la técnica, pero sin aceptar el cuestionamiento de su propia existencia; es decir, no admite que se ponga en tela de juicio el modo de producción capitalista que determina en gran medida las condiciones de salud-enfermedad de la población mayoritaria. La conciencia de esa relación aparece con rapidez en la población, si en la educación para la salud se incorpora el análisis de las determinantes sociales del proceso salud-enfermedad.

Sin embargo, la necesidad del Estado capitalista de propiciar la participación popular, crea un espacio de lucha que los movimientos progresistas deben aprovechar. No obstante, es necesario reconocer los límites de ese espacio y calcular la posibilidad de la represión. En todos nuestros países se reprimió a los trabajadores de la salud que propiciaron realmente la participación conciente de la población. El ejemplo de Chile es uno de los más significativos.

Capacidad de movilización de masas

Esta es, tal vez, la fuente más importante de poder en la sociedad. Es por eso que al Estado capitalista le interesa controlar esa fuente de poder social y, para lograrlo, se valga de varios mecanismos. Obviamente, entre ellos está el de participación popular en programas de salud, que con frecuencia se transforma en manipulación de la población, como han señalado varios autores.

Pero también las fuerzas progresistas y democráticas de la sociedad luchan por orientar esta fuerza social. La diferencia fundamental es que el proyecto del proletariado no se puede basar en la manipulación e ideologización de la sociedad, sino en la concientización y en la práctica social transformadora. Es entonces cuando el movimiento de masas se incorpora al proyecto histórico del proletariado, que incluye la lucha por la salud a través de la participación popular.

Esta lucha adquiere un papel trascendental, sobre todo porque rebasa los límites convencionales del sector salud.

Organización popular

En el terreno de la lucha de clases en las sociedades capitalistas existen intereses antagónicos que tratan de organizar a la población en diferentes instituciones. El Estado, en su intento de gobernar por consenso, procura orientar los movimientos populares de forma tal que no lleguen a cuestionar su existencia. El caso del Estado mexicano es ejemplar en este sentido, pues cuenta con una organización sectorial dependiente del gobierno que cubre los tres grupos sociales mayoritarios: obreros, campesinos y marginados, los cuales casi siempre siguen la línea estatal.

Por otro lado, los grupos democráticos de izquierda, los partidos políticos revolucionarios y las organizaciones sindicales y populares independientes participan en la lucha de masa y plantean, como parte de su respuesta a la sociedad, alternativas y estrategias para la salud y la participación popular.

Un correcto análisis de las fuentes de poder en cada sociedad y en cada momento histórico permitirá definir una estrategia para la lucha por el poder, que puede pasar por la salud y por el poder en el sector salud.

HEGEMONÍA Y SALUD

Retomemos el concepto de hegemonía propuesto por Gramsci, que consiste en la capacidad de dirigir o gobernar a una sociedad por consenso; es decir, la capacidad de la clase dominante de reconocer y resolver (dentro de sus limitaciones) los intereses de la clase dominante. Con el juego democrático, la clase dominante permite que los sectores dominados luchen por sus reivindicaciones, pero a la vez, construye su hegemonía.

En otras palabras, en el sector salud, el Estado capitalista construye su hegemonía a través de su capacidad de dar respuesta a las reivindicaciones, porque atentan contra su misma existencia. Así, reivindicaciones como el aumento en los servicios de atención médica, el pago monetario de riesgos laborales y la seguridad social para los trabajadores son elementos reivindicativos que logró arrancar la lucha popular en la sociedad capitalista. Al mismo tiempo, son elementos –en la medida en que el Estado pueda responder a ellos– que construyen la hegemonía del Estado capitalista. Es necesario aclarar que no por esto se debe abandonar, de ninguna manera, la lucha de tipo reivindicativa, porque además de garantizar una mejoría de las condiciones de vida y de salud, permite a la población dominada adquirir conciencia política y de clase.

El terreno de la hegemonía es entonces el terreno de la lucha ideológica, que, si bien se determina por la estructura económica, guarda una autonomía relativa y tiene gran importancia en la lucha por la salud, a través de las formas ideológicas de su definición.

PROCESO SALUD/ENFERMEDAD

Uno de los documentos fundamentales en la lucha por la hegemonía de la sociedad es la forma de entender este proceso, no solo su definición, que aparece siempre limitada.

Las definiciones biologicistas, ya superadas en la actualidad, son de gran utilidad para la hegemonía burguesa, porque desconocen y ocultan las diferentes maneras que tienen las diferentes clases sociales de enfermar y morir. Las nuevas definiciones desarrolladas desde la perspectiva del materialismo histórico permiten una mejor comprensión desde la perspectiva del proletariado y de las clases dominadas, pero es necesario avanzar aún más en la concepción político-económica del proceso e incluir elementos de subjetividad del individuo y la colectividad, que se retoman, por ejemplo, en la comprensión de la salud mental y la salud en el trabajo.

En el estudio del proceso de trabajo y salud es necesario tomar en cuenta la subjetividad del trabajador, por ejemplo, respecto al ritmo y al estrés. Es decir, es preciso volver la mirada a la conciencia sobre el malestar o el bienestar, aunque a veces resulte difícil objetivarlo en determinaciones de orden químico, eléctrico o cualquier otro. Por otro lado, debemos considerar definiciones como la de Luis Weinstein, para quien la “salud es el heroísmo de los compañeros salvadoreños, que tienen, en pleno combate, también valor moral para dar explicaciones fraternales...”; o como la de Agostinho Neto: “Esa práctica de la justicia es la lucha política, es el gran indicador de la salud, es la expresión de lo más personal de la salud, la salud mental”.

Son estas formas de entender el fenómeno las que nos permitirán avanzar en una lucha por la salud y la liberación.

ALTERNATIVAS EN LA PARTICIPACIÓN POPULAR EN SALUD

Las principales alternativas las desarrollan los pueblos de Cuba y Nicaragua, a través de las luchas y el triunfo revolucionario, o los pueblos salvadoreño y guatemalteco en su lucha de



liberación. Aquellos países que no se encuentran aún en ese nivel, no se deben limitar a esperar el momento: necesitan desarrollar alternativas y, como decía el Che Guevara: “el deber de todo revolucionario es hacer la revolución”.

Ante esta situación, un camino fundamental es la construcción de la contrahegemonía en la salud y la sociedad. En mi opinión, la construcción de la contrahegemonía no es la construcción de una ciencia proletaria para enfrentar a la ciencia burguesa. Es más bien la síntesis y la relaboración de la ciencia, en este caso la salud, desde la experiencia y la participación de las clases dominadas. Y uno de los espacios para lograrla es la participación en salud.

Es claro que las mejores condiciones para la construcción de esa contrahegemonía existen en los países revolucionarios, pero aún allí es necesario elaborarla. Hay que cuestionar desde el poder popular los conocimientos aceptados por la ciencia, aparentemente neutral. No basta con encontrar nuevas respuestas a los viejos problemas, sino que es fundamental plantearse nuevas preguntas ante los viejos y los nuevos problemas.

El camino aún está por hacerse en la lucha por la salud, el poder y la contrahegemonía.

BIBLIOGRAFÍA

1. M. Testa: «Replanteo de la Planificación en América Latina», UCV-CENDES, Caracas, mimeo, 1979.
2. H. Portelli: *Gramsci y el Bloqueo Histórico*, Siglo XXI, México, 1976, p. 49.
3. A. Gramsci: *El Materialismo Histórico y la Filosofía de Benedetto Croce*, Casa Juan Pablos, México, 1975.
4. T. Madel Luz: *Las Instituciones Médicas en Brasil y Estrategia de Hegemonía* (en portugués), Ediciones Graal, Río de Janeiro, 1979, p. 32.
5. C. Eibenschutz: “Hegemonía y salud en el Estado mexicano”, Maestría en Medicina Social, UAM-X México, mimeo, 1979.

6. A. Gramsci: *Notas sobre Maquiavelo, sobre política y sobre el Estado Moderno*, Casa Juan Pablo edit., México, 1975, p. 154.
7. A. Laurell: “Investigación en Sociología Médica”, en *Revista Salud Problema*, no. I, II, II. Maestría en Medicina Social UAM-X, México.
8. J. Breilhl: “Medicina Comunitaria. ¿Una nueva política médica?”, en *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, no. 84, México, abril-junio de 1976.
9. M. Macciocchi: *A. Gramsci y la Revolución de Occidente*, Siglo XXI, México, 1977, pp. 154-156.
10. A. Gramsci: *Los intelectuales y la organización de la cultura*, Casa Juan Pablos, México, 1975, pp. 17-18.
11. V. I. Lenin: “El Estado y la Revolución”, en *Acerca de la incorporación de las masas en la administración del Estado*, Editorial progreso, Moscú, 1978, p. 15.
12. J. Weelock: “Discurso pronunciado en la Plaza de la Revolución el 19 de noviembre de 1980”, en Colección Juan de Dios Muñoz, Secretaría de Propaganda y Educación Política del FSLN, Nicaragua.
13. R. de Los Ríos: «Participación Popular en la Gestión de Salud», Tesis de Grado, Maestría en Medicina Social, UAM, México, 1979.

^a Palabras pronunciadas en el II Seminario Latinoamericano de Medicina Social, Managua, Nicaragua, septiembre de 1982. *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*. 1982;8(1):121-8. (Solamente se ha actualizado la escritura de algunos términos atendiendo a la Nueva Ortografía de la RAE-ASALE, 2010. *Todas las notas son del editor*).

^b Se refiere a la década del sesenta del siglo XX.

^c Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)- Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR)

