

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

REUNION: EVALUACION DEL PROCESO DE IMPLANTACION DE SILOS

Sao Paulo, Brasil.

Informe: Sistemas locales de salud. Aproximación teórico-metodológicas.

Eduardo L. Menéndez
Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en
Antropología Social
(CIESAS)

México, D.F., 30 de junio de 1990

6150
2005
42
191

SISTEMAS LOCALES DE SALUD. APROXIMACIONES TEORICO METODOLOGICAS

Eduardo L. Menendez
CIESAS

Este informe cubrirá los siguientes apartados:

- a) aproximación general al problema; 1
- b) presupuestos básicos a partir de los cuales "pensar" los SILOS y los problemas prioritarios a investigar; 4
- c) crisis de los sistemas de atención/prevenición de la enfermedad y la salud y propuestas de solución; 23
- d) un marco teórico "complementario"; 35
- e) conclusiones provisionarias. 59

1. Aproximación general al problema

La dinámica de la reunión anterior sobre Evaluación del Proceso de implantación de SILOS, así como la reflexión ulterior respecto de la misma me condujeron a desarrollar una suerte de análisis del "problema" en su conjunto, así como a proponer algunas líneas teóricas metodológicas respecto de las cuales pensar los problemas prioritarios a investigar. En consecuencia más que presentar un proyecto específico, propondré algunos lineamientos generales respecto de la problemática de los SILOS, que por otra parte fue lo que algunos participantes habían planteado como necesario en la reunión anterior. (Nota 1).

1.1. En este informe parto del supuesto de que la problemática de los SILOS, le da momentaneamente una denominación a toda una serie de hechos críticos y en crisis que vienen operando en América Latina sobre el proceso salud/enfermedad/atención. (Nota 2).

A grandes rasgos podemos identificar dos tipos de objetivos/problemas básicos a los cuales pretenden conceptualizar y dar respuestas los SILOS. Dichos objetivos/problemas pueden ser complementarios, y así son tratados en algunos documentos oficiales, pero en las prácticas reales del Sector Salud (SS) frecuentemente no funcionan complementariamente.

- a) Por una parte y según el discurso de las instituciones del SS, los SILOS pueden constituir una posible respuesta operativa y eficaz a los problemas específicos que afectan negativamente el proceso s/e/a, los cuales están operando dentro de una situación de crisis socioeconómica generalizada;
- b) por otra parte los SILOS podrían constituir una vía posible (?), necesaria(?), factible(?), importante(?), determinante(?); etc. para favorecer procesos de democratización y de participación social activa, además de generar el abatimiento de los daños a la salud.

Desde ambas perspectivas los SILOS constituyen una continuidad respecto de toda una serie de instancias preocupadas en lo manifiesto por la extensión de coberturas de los servicios de salud y que a partir de la década de los 70 propusieron como

ejes a la Atención Primaria (AP) y a la participación social (PS) y que desde principios de los 80 se orientan también hacia la descentralización y/o desconcentración y reformulan la AP en términos de Atención Primaria Selectiva.

Si bien estas tendencias pueden observarse respecto de otros sectores o Areas del Estado (Sector Educativo, Sector "Bienestar", Sector "Cultural" y de "Entretenimiento", Sector Productivo, etc.), la misma adquiere en el SS una suerte de continuidad/discontinuidad cuyo término sintetizador hasta el momento actual lo constituyen justamente los SILOS. (Nota 3).

Este proceso de continuidad/discontinuidad así como el énfasis colocado en la transformación de los sistemas de atención a la salud es debido a una multiplicidad de factores. Si bien la continuidad/discontinuidad es debida en granparte a la crisis socioeconomica, a la propia orientación técnico-ideológica dominante en el Sector y a los condicionamientos económicos-políticos e institucionales que se oponen estructuralmente a una prevención integral, lo cierto es que la crisis y los intereses señalados pueden incrementar o acelerar la gravedad de las consecuencias, hacerlas visibles, contribuir a la deslegitimación de la estructura de poder, más que en otros sectores. De allí entonces el particular interés por encontrar estrategias que limiten esas consecuencias y la evidencia de las mismas.

Es por ello que si bien las políticas de extensión de co-

berturas venían planteándose y desarrollándose desde los 60, los procesos generados durante los 70 y sobre todo durante los 80 conducirían a una constante formulación y reformulación de conceptos y en menor medida de prácticas que tratan de dar nombre a las actividades y "políticas" que pretenden enfrentar las consecuencias de la crisis socioeconómicas y en particular el desfinanciamiento generado en el SS y/o en la Seguridad Social. Atención Primaria, participación social y comunitaria, descentralización, SILOS constituyen los "conceptos" que denominan las posibles soluciones técnicas a esta crisis sostenida, así como también posibilitar el desarrollo de consecuencias políticas a través del logro de una mayor "equidad" y "democratización" en el proceso salud/enfermedad/atención. (Nota 4).

2. Presupuestos básicos

La discusión de la actual situación de los Servicios de Salud (S. de S), así como de las posibles modificaciones, implica la necesidad de establecer una serie de supuestos =por lo menos los más importantes= respecto de las principales dimensiones que están operando tanto en la crisis de los S. de S., en la reformulación de políticas, así como también en la lectura de ambos procesos. Si bien gran parte de estos supuestos son conocidos por todos, consideramos que deben formularse, pues es a partir del análisis de los mismos que se pueden pensar alternativas, así como también las limitaciones que estruc

turadamente operan sobre la viabilidad de dichas alternativas.

Los presupuestos pueden ordenarse en cinco apartados:

- a) presupuestos referidos a la situación epidemiológica; 5
- b) presupuestos referidos a los servicios de salud; 7
- c) presupuestos referidos a la dimensión económico-política; 11
- d) Presupuestos referidos a las dimensiones sociocultural e ideológica; y 14
- e) presupuestos teórico-metodológicos. 18

Debe indicarse que los presupuestos a enumerar no agotan el número y tipo de supuestos, sino que solo se enumeran aquellos considerados como prioritarios para pensar cuales son los problemas estratégicos y las formas posibles de intervención.

Por otra parte considero que una parte de estos supuestos fueron manejados en la reunión anterior.

2.1. Presupuestos epidemiológicos y demográficos

- a) La tendencia de la mortalidad tanto general como etaria no refleja hasta ahora las consecuencias de la crisis en el nivel que se esperaba a partir de una concepción mecanicista de la relación crisis/mortalidad;
- b) no obstante ello la mortalidad y sobre todo algunas mortalidades etarias, por causa, el conjunto de las muertes denominadas "evitables", siguen constituyendo a la mortalidad en un indicador importante y sensible de la situación de salud de los conjuntos sociales.

- c) Mantenimiento y posiblemente profundización de la mortalidad desigual ya sea por estratos sociales, grupos ocupacionales, grupos étnicos, etcétera. Las mayores tasas de mortalidad no operan en los sectores medios ni en el conjunto de los trabajadores industriales sino en el campesinado -en particular el campesinado indígena- y en los denominados "marginales urbanos". (Nota 5).
- d) Constitución en varios países de América Latina de un perfil epidemiológico que ni en términos teóricos y mucho menos empíricos puede ser considerado "en transición". Dicho perfil se conforma por padecimientos infectocontagiosos no erradicados, padecimientos crónico-degenerativos, las nuevas enfermedades agudas es decir "violencias", "desnutrición", "dependencias" y por la reaparición significativa de padecimientos infecto contagiosos que aparentemente habían sido controlados o abatidos sensiblemente;
- e) continua aun con cierta desaceleración el crecimiento poblacional. La mayoría de los países del área tienen una tasa de crecimiento alto o muy alto en términos comparativos;
- f) incremento de la esperanza de vida a nivel general y en particular a favor de la mujer respecto del varón, ello ocurre pese a la situación de crisis y pese a la incorporación creciente de la mujer al mercado de trabajo;
- g) los mayores descensos significativos en las tasas de mortalidad general y etarias se han dado en países latinoaméri-

canos con sistemas políticos de muy diferente caracterización tanto en términos económico-políticos como ideológico-políticos: Cuba: "socialismo real?"; Chile: "dictadura neoliberal?"; Costa Rica: "socialdemocracia?".

- h) Los mayores decrementos significativos en las tasas de mortalidad general, etaria se han dado sin una notoria participación de los conjuntos sociales referida al proceso s/e/a/, aunque si pudo operar un interes a nivel de unidad doméstica.

2.2. Presupuestos referidos a los Servicios de Salud.

- a) Proceso de intenso desfinanciamiento de los S de S durante la década de los 80. Todo indica que esto al igual que los restantes factores a enumerar se incrementaran durante los 90;
- b) reducción de las coberturas reales e incremento de población sin cobertura real. Incremento de una atención desigual basada en lo que algunos denominan "atención medica de segunda";
- c) por lo menos en una parte de los países de América Latina nunca hubo una centralización y/o integración real de los S de S. Lo que si operó fue la integración vertical a nivel de los servicios y de las instituciones particulares, es decir algo similar a lo que se denomina desconcentración;
- d) la sectorización del Estado puede haber contribuído a una

mayor operatividad y especificación, así como a una planificación puntual, pero en la práctica facilitó la autoexclusión del Sector Salud de su capacidad de intervención sobre una parte de los factores que operan determinadamente sobre el proceso salud/enfermedad/atención;

- e) subordinación del SS a estructuras económico políticas que determinan por lo menos parcialmente su potencialidad de actuar sobre el proceso salud enfermedad (industria de la enfermedad e industria de la salud); ello opera en los diferentes niveles desde la comunidad, el municipio hasta el Estado pasando por los niveles regionales y provinciales;
- f) incremento continuo del costo de la atención a la enfermedad, sobre todo referido a los segundo y tercer nivel de atención de una práctica médica oficial y privada orientada hacia el uso de tecnologías caras, complejas y medicamentadas;
- g) hegemonía tanto en las inversiones, prácticas e ideologías técnicas de la orientación curativa. Al respecto no ha habido modificaciones significativas en la década de los 70 y 80 pese al énfasis colocado en las estrategias de AP y en las políticas de descentralización;
- h) creciente interrogante sobre la real eficiencia y eficacia de las actividades del SS referidas a viejos problemas (muertes "evitables", paludismo, tuberculosis, alcoholismo, etcétera) y a nuevos problemas (accidentes, homicidios, contaminación, etcétera);

- i) pese a la reducción de recursos y correlacionada con la ineficiencia e ineficacia se plantea la existencia de un notable y creciente (?) despéndice en el uso de recursos humanos, materiales y económicos;
- j) predominio de criterios de productividad y rendimiento respecto a criterios de calidad, sin que ello implique "alta productividad";
- k) creciente interrogante sobre cual es el impacto "general" y "especifico" de las actividades del SS en el abatimiento de los daños que constituyen el perfil epidemiológico dominante;
- l) reducida o inexistente evaluación de las consecuencias y/o eficacia de las actividades y programas aplicados tanto por los servicios oficiales, por los privados y por los "no gubernamentales";
- ll) creciente desocupación y/o subocupación de los profesionales y técnicos de la salud, y creciente proceso de pérdida de niveles salariales del equipo de salud;
- m) carencia de formación profesional y técnica del personal de salud para llevar a cabo actividades consideradas ahora como prioritarias: AP, organización comunitaria, participación social, etcétera. Carencias para proyectar y desarrollar investigaciones sobre determinados aspectos del proceso salud/enfermedad/atención relacionados estratégicamente con la implantación de los SILOS.

- n) la aplicación sistemática de la medicina alopática puede generar un significativo descenso de los daños sin intervención social; inclusive esto puede llegar a ocurrir sin que se eleve sustancialmente el nivel de vida de los conjuntos subalternos;
- o) creciente desarrollo de los grupos de autoayuda y de las denominadas organizaciones "no gubernamentales" que operan sobre problemas de enfermedad;
- p) la AP ha sido predominantemente aplicada a través de una orientación curativa en la mayoría de los países de la región;
- q) la participación social ha sido manejada por el SS en forma generalmente vertical, digitada, excluyente del nivel de decisiones, etcétera. Desde esta perspectiva la PS respecto del proceso salud/enfermedad "hereda" una experiencia de los conjuntos sociales que por comodidad denominaremos como no democrática. La población "piensa" la participación en salud no sólo en función de las experiencias previas respecto de este proceso, sino del conjunto de experiencias referidas al "desarrollo económico rural", a las experiencias de reacomodación de la población, a las experiencias de participación política, etcétera.

PARTIC.

2.3. Presupuestos referidos a la dimensión económico-política.

A)

- a) estancamiento y/o retroceso económico-productivo en la mayoría de los países latinoamericanos durante los 80 y continuidad de esta situación durante los 90;
- b) continua la profundización y extensión de las desigualdades socioeconómicas y crecen constantemente los sectores "clasificados" como de pobreza extrema;
- c) descenso en el nivel de vida de los conjuntos sociales mayoritarios e incremento de la desocupación, subocupación y el denominado trabajo "informal";
- d) creciente localización urbana de la población, que supone el incremento diferencial de la población denominada "marginal" urbana, y el permanente proceso de deterioro, carencia y/o limitación de servicios básicos relacionados directamente con el proceso s/e/a;
- e) crisis de organización y de expectativa respecto de los considerados "sujetos sociales" históricos (proletariado, campesinado) y de sus supuestos representantes (partidos políticos) y emergencia de los denominados "movimientos" o "organizaciones" populares. Estas pueden ser generales o constituidas para objetivos específicos.
- f) desarrollo constante de las denominadas "estrategías de supervivencia" basada en la autoexplotación y/o en la "doble explotación" de los sectores subalternos.

B)

- g) creciente crítica a la concentración y centralización económica y política por parte del Estado y desarrollo de políticas de descentralización, desconcentración, privatización y desregulación;
- h) las críticas y los procesos señalados se centran en el Estado y no son referidos a las empresas privadas, las cuales de hecho tienden más a la desconcentración que a la descentralización;
- i) creciente crítica a las prácticas e ideologías que directa o indirectamente favorecen el control social, político e ideológico del Estado sobre los conjuntos sociales, lo cual en un nivel manifiesto aparece relacionado con el cuestionamiento de la centralización burocrática. Este tipo de críticas no suele ser "ahora" referida a las organizaciones privadas que operan a partir de la sociedad civil;
- j) propuestas de reforzamiento de los denominados grupos intermedios respecto del Estado y/o la sociedad dominante, proponiendo el fortalecimiento político de las organizaciones locales basadas en la participación activa de los conjuntos sociales;
- k) parte de estas concepciones y críticas ha conducido a justificar el desfinanciamiento del Estado y a reducir sus responsabilidades incluso para las áreas de Salud y Bienestar Social, las cuales sufren un desfinanciamiento creciente;

l) los intereses económico-productivo privados han ido logrando una mayor desregulación en todas las dimensiones posibles, lo cual no sólo constituye una fuente potencial de desigualdad social, de reducción de controles en la generación de consecuencias negativas para la salud colectiva, sino que ello ocurre en función de que dados sus objetivos reproductivos los intereses económicos se oponen estructuralmente a las políticas de prevención;

ll) la descentralización, la privatización, el libre juego del mercado no genera bienes públicos sino en función de sus intereses reproductivos y el proceso s/e/a necesita ser considerado un bien público que requiere de los recursos necesarios para su atención y prevención más allá de su capacidad de generar o no productos lucrativos para un mercado que sería el determinante de los procesos no solo económicos sino del proceso s/e/a;

m) la descentralización no necesariamente genera democratización; dado el juego de intereses que siguen persistiendo al interior de las unidades descentralizadas. Los proyectos descentralizadores deben explícitamente plantear cuáles son los criterios teóricos y operativos que aseguren el proceso de democratización aun dentro de un juego de fuerzas económico-políticas desiguales. Así como la democratización no es asegurada por el Estado burocratizado y centralizador, sino todo lo contrario; tampoco es asegurada por el li

descent.

descent.

- bre juego de las fuerzas sociales en el mercado sino todo lo contrario;
- n) se suelen proponer como procesos conjuntos y unívocos a la descentralización y a la participación social, lo cual requiere ser fundamentado;
- ñ) los procesos señalados (descentralización, democratización, etcétera) operan como se señaló en sociedades estratificadas donde si bien se dan juegos de intereses opuestos y complementarios, se desarrollan estrategias de "negociaciones" que refieren no obstante a las fuerzas desiguales que entran en negociación. Estas debe ser recordado, tienen diferentes recursos, capacidades no sólo en términos económico-políticos, sino ideológicos.

2.4. Presupuestos referidos a las dimensiones culturales y socioideológicas.

- A)
- a) El proceso salud/enfermedad/atención constituye un núcleo posible de trabajo con los conjuntos sociales que puede favorecer el proceso de democratización y/o de participación social activa no solo respecto de dicho proceso sino

de la sociedad global (a niveles locales). Este supuesto necesita ser elaborado teóricamente y demostrado.

- b) Se suele constatar la escasa participación activa de la población como conjuntos sociales respecto de la demanda colectiva a la solución de sus problemas de salud. Las demandas tienden a adquirir un carácter individual, específico, pragmático, etcétera. Esto se plantea a nivel de generalidad, lo cual no niega la existencia de experiencias que evidencian un participación social activa;
- c) tanto la participación como el desarrollo de tareas colectivas en salud suelen adquirir rasgos de actividades subordinadas y con bajo nivel de autonomía por lo menos en el nivel manifiesto. De allí toda una cantidad de experiencias en las cuales se verifica que desaparecidos los organizadores, los inductores, etcétera, dichas experiencias tienden a disminuir su potencial en términos de acciones colectivas y/o a estancarse y/o a desaparecer. Estos procesos deben ser necesariamente referidos a la historia de las "experiencias" señaladas en los presupuestos anteriores, pero amerita un análisis y fundamentación teórica;

- d) los conjuntos sociales, en particular los conjuntos subalternos, se organizarían menos para trabajar colectivamente contra los padecimientos que respecto de otras problemáticas, que no obstante debe señalarse pueden afectar centralmente el proceso salud/enfermedad/atención;
- e) esto opera en los diversos conjuntos sociales, pero también ocupacionales. Así tanto en los trabajadores industriales como en los rurales las demandas respecto de la enfermedad son menos significativas, continuas y unánimes que respecto de otros problemas laborales consideradas en su práctica como de mayor importancia;
- f) los conjuntos sociales tendrían tanto en su práctica como en su ideología una concepción de la enfermedad como "variable dependiente";
- g) en los conjuntos sociales dominaría además una concepción y práctica curativa e inmediateista de solución de la enfermedad y una secundarización de la dimensión preventivista;
- h) las acciones colectivas suelen generarse más para problemas puntuales de enfermedad que para problemas genéricos. Esto puede conducir a la organización de grupos a partir

de un problema puntual para desarrollar estrategias de autoayuda. Si bien en estas organizaciones pueden participar varones y en algunas son el sector mayoritario, debe subrayarse que son básicamente (y a veces exclusivamente) las mujeres las que se interesan individual y colectivamente por el proceso s/e/a y es a través de las cuales se generan la mayoría de los grupos intermedios sean o no autónomos;

- i) los conjuntos sociales estratificados definen sus problemas de enfermedad, sus necesidades y sus acciones a través de "lógicas" práctico-ideológicas diferenciales entre sí y diferenciales respecto de la lógica práctico-ideológica de las instituciones del sector salud.-Como luego plantearemos esta afirmación es mucho más compleja que su enunciado, dado que dichas "lógicas" no operan estática y maniqueamente sino que deben ser referidas a los procesos de hegemonía/subalternidad que operan entre los conjuntos sociales estratificados y entre las distintas instituciones de atención a la salud que operan simultáneamente en un espacio social determinado-;

B) En el marco teórico complementario nos extenderemos sobre esta dimensión, pero a partir de convertir los presupuestos en puntos de partida teóricos.

2.5. Presupuestos teóricos metodológicos.

- a) Crisis de las explicaciones mecanicistas (biologicistas, materialistas históricas, culturales) y necesidad de generar un enfoque teórico unificado, donde sea el problema el que determine la pertinencia del nivel y sistema explicativo utilizado;
- b) crisis de las aproximaciones teóricas que parten de sujetos sociales, los cuales por otra parte en la práctica de las investigaciones han sido tratados como sujetos sociales aislados, más allá de lo propuesto a nivel de declaración teórica;
- c) dominio de enfoques biomédicos y desarrollo de perspectivas económico políticas que en los hechos secundarizaron y/o negaron la inclusión de la dimensión sociocultural e ideológica. De allí por ejemplo la paradoja reciente de trabajos que incluyen términos como hegemonía, sin haber

producido la información para manejar el material a través de dicho término;

d) dominio en las investigaciones de un enfoque a-histórico y coyuntural; es también importante subrayar al respecto que la mayoría de los que se identificaron con la aproximación denominada histórico estructural no recuperaron sino excepcionalmente la dimensión histórica. Se habla de histórico estructural y de proceso, pero en las prácticas de las investigaciones el enfoque dominante es de tipo sincrónico y frecuentemente coyuntural;

e) la mayoría de las investigaciones en S de S no incluye las prácticas y representaciones sociales de los conjuntos sociales estratificados pero tampoco las del equipo de salud ni a nivel de "conjuntos", y menos a nivel relacional. Si bien en América Latina durante un tiempo se gestaron algunas investigaciones sobre relación médico paciente en las cuales se reconocía una lógica diferencial, dichas relaciones y lógicas fueron reducidas a sistemas de creencias, casi exclusivamente referidas a conjuntos sociales subalternos, y desarticuladas de las determina-

ciones que operan en la producción y mantenimiento de los "sistemas de creencias";

- f) es relevante señalar el desconocimiento que domina en las investigaciones en S. de S. en América Latina de toda una masa de investigación generada en particular por la Antropología Médica y algunos de cuyos aportes están directamente relacionados con el planteo de los SILOS. Este desconocimiento tanto del material bibliográfico, como de determinadas dimensiones de análisis es en parte producto de la formación profesional de la mayoría de los que realizan investigaciones sobre S de S en América Latina. (Nota 6).
- g) en función de varios de los presupuestos enumerados, la investigación en S de S no sólo debería ser interdisciplinaria, sino que por lo menos una parte de la misma no debería ser "pensada" y "definida" a partir del SS, dado que diversas características limitan y frecuentemente impiden incluir realmente a algunos problemas prioritarios así como utilizar determinadas dimensiones de análisis. Definir el problema y el proyecto exclusivamente a partir del SS puede operar negativamente opacando, orientando así co

mo generando extrapolaciones en el nivel de análisis y en las instancias explicativas;

- h) debe tomarse en cuenta que una parte de la crisis enumerada en a, b y c es producto de la aplicación de concepciones "teóricas" generales pensadas inicialmente para procesos generales o para otro tipo de problemas específicos que no incluían el proceso s/e/a. Frecuentemente se trasladó el marco teórico y conceptual sin establecer la adecuación a las problemáticas incluidas en el proceso s/e/a. Así como una parte del "culturalismo" utilizó mecánicamente su concepción cognitivista -por dar un ejemplo- en el análisis de los padecimientos y donde el eje era la perspectiva cognitiva y no el padecimiento; algunos autores histórico estructurales cometieron errores similares al aplicar mecánicamente al proceso s/e/a conceptos que no sólo no explicaban sino que distorsionaban el problema analizado (por ejemplo del uso de los conceptos de plusvalía relativa y absoluta respecto de la causalidad diferencial de padecimientos); *Antes*
- i) los proyectos deben ser planteados a partir de la especi-

ficidad de los problemas, y adecuando al mismo los conceptos, teorías e instrumentos. Aun reconociendo que el problema está sobredeterminado, debe pensarse en su especificidad y no como mera variable dependiente. O para ser más claros, aun siendo una variable "dependiente" debe ser profundizada la particularidad del problema, para a partir de ella encontrar las mediaciones explicativas;

j) necesidad de llegar a acuerdos en el grupo respecto de lo que vamos a entender por marco teórico metodológico. Para dar un ejemplo los proyectos a considerar deben ser aquellos que proponiendo una metodología correctamente planteada sean seleccionados a partir de la importancia del proyecto para la problemática de los SILOS. Es el problema junto con la metodología a seguir, el principal indicador y no la mera corrección metodológica;

k) el punto j) debe ser relacionado con el incremento de una forma de investigar que consideramos "apurada", la cual no suele contemplar los tiempos reales para construir un proyecto, ni para la captación de la información, ni para el análisis; de manera tal que frecuentemente una parte significativa de la información no termina de ser analizada

ni pensada. Puede ocurrir inclusive que una parte del material no analizado sea el más significativo.

Estos presupuestos así como otros no incluidos, deben constituir una parte importante del marco referencial dentro del cual pensemos cual es el tipo de investigación prioritaria respecto de los SILOS. Debe subrayarse que una parte por lo menos de estos presupuestos establece de entrada las limitaciones estructurales que se oponen o dificultan o reorientan la implementación de los SILOS desde las dos perspectivas señaladas al principio del informe (Nota 7).

3. Crisis y propuesta de "solución".

El conjunto de estos presupuestos refiere a una triple crisis: crisis socioeconómica, crisis del SS y crisis de los modelos explicativos. Aspectos de esta crisis, los referidos sobre todo a servicios de salud y a la dimensión epidemiológica vienen siendo descriptos y analizados desde fines de la década de los 60 y desde diferentes corrientes teóricas. No solo las corrientes marxistas, sino el interaccionismo simbólico, las corrientes fenomenológicas o productos del funcionalismo

mo crítico habían generado a nivel internacional una creciente masa de información y de explicaciones específicas. Si bien los marxismos insistieron en los aspectos económicos políticos del proceso s/e/a, otras corrientes focalizaron los aspectos institucionales, o ideológicos de dicho proceso, en particular de los servicios de salud.

Identificar la investigación crítica y las alternativas de "solución" exclusivamente con lo económico-político o con lo "biomédico" y con los marxismos significó no solo ignorar una masa bibliográfica de notable importancia que justamente tomaba como objeto de trabajo gran parte de las problemáticas que ahora aparecen referidas a los SILOS, sino que sesgó los objetivos de la investigación.

De hecho las dimensiones sociales, "políticas" y no digamos ideológico-culturales fueron excluidas o secundarizadas en la construcción teórica de los problemas a investigar. Y ésto en lo que respecta a S de S constituye un sesgo que limita entender y proponer soluciones por lo menos para algunos problemas prioritarios.

Considero que la construcción de los marcos teórico-metodológicos realizados exclusiva o preferentemente a partir de

los profesionales de la atención de la enfermedad, limitó también la apropiación teórica necesaria para incluir otras aproximaciones y otros niveles y dimensiones de análisis.

3.1. La crisis de los S de S o por lo menos una parte de la misma ha sido referida por los autores de los documentos a un "paradigma" cuyos caracteres sintetizarían los procesos "autónomos" que determinan la orientación del SS.

El paradigma propuesto incluye los siguientes rasgos; a) mecanicismo; b) biologismo; c) individualismo; d) especialismo; e) exclusión de prácticas alternativas; f) tecnificación del acto médico; g) énfasis curativo. Estos son considerados caracteres "ideológicos" que orientan negativamente las actividades del SS y respecto de los cuales debe generarse un "cambio cultural" hacia otro paradigma cuyos caracteres son: a) holismo; b) determinación social del proceso salud/enfermedad; c) colectivismo; d) equilibrio entre el conocimiento general y el especializado; e) inclusión de prácticas alternativas; f) tecnología adecuada y g) integralidad de la atención.

Como luego veremos estos caracteres no son a nuestro entender "ideológicos" o por lo menos no son exclusivamente "ideo-

lógicos" y el cambio además no puede ser planteados al respecto en términos exclusivamente culturales.

Pero lo importante a destacar es que éstos y toda otra serie de rasgos permiten formular un paradigma -nosotros por razones metodológicas e ideológicas preferimos hablar de "modelo"- respecto del cual debiera pensarse radicalmente la crisis "actual" del SS incluidos los S de S, y en consecuencia no sólo como una crisis coyuntural (situación socioeconómica en los 80) sino como una crisis estructural a partir de asumir que los caracteres del modelo no son solo ideológicos, sino que constituyen parte decisiva de la estructura teórica, técnica, institucional e ideológica de la práctica médica. Más aun y como le venimos reiterando desde principios de la década de los 70, no pueden pensarse alternativas ni a nivel abstracto ni concreto sino es a partir de la investigación teórica de este "Modelo" y de las actividades específicas del SS en situaciones históricamente determinadas.

En consecuencia y como luego retomaremos, éste u otro paradigma debe ser necesariamente incluido y analizado para po-

der explicar por lo menos una parte sustantiva de las orientaciones dominantes en los S de S y en la crisis que opera en las mismas.

3.2. La crisis del Modelo Médico Hegemónico (MMH) señalada y analizada por una masa de investigación desde mediados de los 60, articulada con determinados problemas y necesidades que operan durante los 70, condujeron a la formulación de múltiples propuestas teóricas y sobre todo prácticas de solución que a nuestro entender pueden ser esquematizadas en cuatro tendencias. Debe reconocerse que esta "clasificación" fuerza un tanto el espectro de propuestas, pero la formulamos a los efectos de facilitar el análisis de la problemática de los SILOS.

Las tendencias son las siguientes:

a) las que han sido generadas desde dentro de determinadas organizaciones internacionales y que buscan modificar la orientación hegemónica impulsando un enfoque preventivo.

La OMS y la UNICEF durante los 70 y los 80 son la expresión más significativa de esta orientación y son estas or-

ganizaciones las que han impulsado las actividades de AP y de PS. La propuesta incluye la reducción de costos y la reorientación de las inversiones, en la medida que reconocen la existencia de tecnologías sencillas y baratas que por otra parte pueden ser utilizadas por los conjuntos con un mínimo de preparación.

- b) Desde una perspectiva económico-política neoconservadora y partiendo de algunos indicadores asumidos también por a) pero referidos en particular a la ineficacia, incremento de costos, desperdicio de recursos han propuesto alternativas en términos de costo/beneficio exclusivamente y donde el eje es el costo. Sus críticas no van hacia la hegemonía de lo curativo o la irracionalidad de la sofisticación tecnológica, sino a la falta de racionalidad en el uso de recursos. Esta propuesta se monta casi exclusivamente sobre los conceptos de descentralización, desconcentración y privatización.

- c) Desde una perspectiva que frecuentemente adquiere formas "anticientíficas" y "antialopáticas" podemos distinguir una tendencia que parte no sólo de algunos criterios pre-

SAUITA
RISMO
*

vios, sino que centra gran parte de sus críticas y alternativas en la "irracionalidad tecnológica" y en la exclusión de los conjuntos sociales que domina el MMH. Este aparece para esta tendencia como una de las máximas expresiones no sólo de la irracionalidad en el manejo de recursos sino sobre todo de la racionalidad tecnológica impuesta a los conjuntos sociales por la sociedad occidental. En su crítica y alternatividad esta orientación ha recuperado la "pobreza" de las prácticas curativo-preventivas populares y ha impulsado básicamente experiencias de AP y de participación social en salud básicamente a través de las denominadas "organizaciones no gubernamentales". Debe subrayarse que en estas actividades se han ido incorporando un creciente número de médicos de formación "científica".

- d) desde perspectivas que frecuentemente se identifican con c) pero también con a) se ha desarrollado una tendencia orientada hacia el preventivismo, que si bien impulsa la AP y la PS su objetivo central sería el de promover la capacidad de gestión social colectiva y de ser posible la democratización a través del proceso s/e/a. Esta tendencia

puede diferenciarse en dos, una que cuestiona radicalmente el rol del Estado y cuyos conceptos ejes son los de autogestión y similares, y otra que presenta una relación menos definida hacia el Estado y cuyos conceptos giran en torno al de descentralización. Ambas manejan la AP y la PS como instrumentos para sus objetivos "democratizadores"

(Nota 8).

Los documentos sobre SILOS pueden ser relacionados básicamente con a) y en segundo lugar con d) y b), por lo que es sumamente interesante subrayar la carencia de información, así como la no inclusión del tipo de experiencias ubicadas en d) y en c);

Son el conjunto de estas orientaciones entonces, las que iran proponiendo y aplicando en forma conjunta, separada, a veces conflictiva y frecuentemente confusa los conceptos de AP, participación social, descentralización, autogestión, prácticas alternativas y ultimamente SILOS. De hecho todos estos conceptos se aplican tanto desde el Estado como desde una parte de la sociedad civil. Dicha aplicación no se realiza en forma similar en parte dados los objetivos e intereses diver-

tos y divergentes de las tendencias enumeradas. Frecuentemente se denomina con el mismo término procesos diferentes. Esta situación terminológica sería secundaria si la misma no fuera parte de la confusión que existe en la utilización de estos conceptos a nivel de las diferentes orientaciones en el campo de la atención de la enfermedad, sobre todo cuando la misma pretende ser pensada en términos de "equidad" o de "gestión social con capacidad de decisión".



Necesidad de precisiones conceptuales

Esta confusión es lo que nos interesa subrayar, tiende a limitar la posibilidad de fundamentar una política coherente referida a los SILOS. Al señalar esto no ignoramos que las instituciones no cumplen sus objetivos ni se reproducen a través de conceptos; no ignoramos su estructural pragmatismo que justamente basa su institucionalización en el sistema de actividades. Pero la aproximación teórica a la problemática de los SILOS no puede ser confundida con el pragmatismo institucional. La lógica de las instituciones no es idéntica a la lógica del proceso investigativo, aun cuando sea la primera la que determine realmente el uso de la investigación. Las instituciones no necesitan conceptos sino para convertirlos en términos; mientras que la investigación requiere básicamente de ellos para entender lo que realmente quieren hacer las instituciones.

Si tendencias tan distintas, algunas de ellas ideológico, técnica y económico políticamente diferenciadas y hasta enfrentadas pueden usar intercambiamente casi los mismos "conceptos", algo está ocurriendo con el uso de esos términos. En consecuencia para saber de que estamos hablando y no hablando y cuáles son los problemas que estos conceptos van a

TEORIA
≠
PRACTICA



ayudar a precisar se requiere un esfuerzo de construcción conceptual.

Esta tarea de precisión conceptual puede generarse a partir de dos tipos de procedimientos complementarios: a) la revisión analítica de la utilización de estos conceptos a través de las instituciones de salud tanto a nivel de la enunciación de sus políticas y programas como a través de su aplicación específica y b) un trabajo de equipo que a partir de dicho material y de sus propios objetivos defina cada uno de los conceptos básicos con que juegan la mayoría de las tendencias que operan respecto del proceso s/e/a/.

En función de los materiales consultados, así como de la discusión previa considero que algunos de los conceptos a trabajar a través de esa doble aproximación son: a) democratización; b) sociedad civil; c) descentralización, d) desconcentración; e) participación social (y comunitaria et al...); f) autogestión; g) prácticas alternativas; h) atención primaria y atención primaria selectiva; i) SILOS; j) procesos salud/enfermedad; k) negociación y similares; l) equidad; ll) otros.

Una parte de estos términos no fueron contruídos, ni inicialmente utilizados para la problemática que estamos analizando, de allí que el ejercicio de conceptualización debe implicar a nosotros entender un esfuerzo de precisión referido a dichas problemáticas. Esto lo subrayamos pues como lo indicamos en los presupuestos, la extrapolación ha constituido uno de los "dramas" metodológicos en el campo del denominado proceso salud/enfermedad.

La conceptualización es decisiva no sólo para saber de qué, con quién y para qué estamos hablando, sino para poder pensar y precisar un modelo alternativo. La precisión conceptual debe ser pensada a partir de la crítica y reformulación posible del modelo dominante.

Lo propuesto hasta ahora constituye una suerte de síntesis de elementos surgidos de los documentos sobre SILOS, de la discusión surgida en la reunión previa y de materiales que venimos trabajando en los últimos años. Los documentos por otra parte proponen una serie de líneas problemáticas que podrían convertirse en objeto de investigación, y en este Informe he ido sugiriendo algunas áreas que también requerirían ser investigadas.

En el punto siguiente trataremos de enumerar algunos de los elementos que debieran ser parte de un marco teórico metodológico de referencia para el estudio de dichas problemáticas. Señalo desde ya que dicho marco será exprofeso propuesto como una enumeración de componentes y que la misma referirá en particular a procesos sociales, ideológicos e institucionales, teniendo como trasfondo a los procesos económico-políticos, no para secundarizarlos sino porque en este informe me interesa dar relevancia a las otras dimensiones y procesos.

4. Un marco teórico complementario.

Si partimos realmente de los presupuestos señalados, si asumimos que el paradigma dominante no sólo es ideológico sino que es parte intrínseca de la estructura teórica, técnica e institucional de reproducción de un sistema. Si además reconocemos la necesidad de modificar la estructura y orientación de los S de S. Si además asumimos las limitaciones que evidencian una gran parte de las investigaciones realizadas por el SS para explicar algunos problemas considerados básicos; si conjuntamente admitimos una crisis en los marcos teó-

rico explicativos de las propuestas consideradas críticas. Si además se proponen como prioritarios un listado de problemas y temas de investigación referidos a SILOS y que en gran medida expresan lo que estamos enumerando, considero que la tarea de un grupo de trabajo debiera orientarse: i) primero hacia la producción de una suerte de marco teórico-metodológico compartido y pensado en un alto nivel de abstracción y ii) a la realización de investigaciones consideradas colectivamente como prioritarias y diseñadas a partir del marco general propuesto, pero constituida por supuesto a partir de la especificidad de cada problema seleccionado.

Ambas actividades son básicas y complementarias y debieran ser llevadas a cabo por equipos de investigación que en varios países de Latinoamérica pudieran formular problemas y estrategias de investigación similares. Dichas actividades, si fuera posible, debieran partir realmente de un análisis de lo realizado tanto a nivel de las prácticas de los S de S como de las investigaciones generadas sobre ellas, para establecer el estado de la cuestión entre nosotros, y discriminar cuales han sido los aportes, las limitaciones, las inefica-

cias, así como los marcos teóricos, las metodologías y las técnicas utilizadas. También debiera observarse cuáles fueron las problemáticas seleccionadas, el grado de prioridad real de las mismas (tanto en términos teóricos como aplicados), la carencia o inexistencia de determinados problemas, etcétera. Es a partir de esta revisión intencional y para buscar determinados items que debiera discutirse la posibilidad de un marco teórico metodológico que incluya la discusión justamente de la aplicación de otros marcos y sus limitaciones, y que permita darnos cuenta de si realmente estamos produciendo "otros" marcos o reiteramos los mismos pero con diferente nombre.

Esta tarea la considero prioritaria y no solo en términos de posibilidad, sino a partir de mi propia experiencia de investigación respecto de un problema específico. Nuestra investigación sobre práctica e ideología médica (servicios de salud privados y oficiales) y "alcoholismo" supuso la revisión lo más exhaustiva posible de la bibliografía existente al respecto para América Latina (la cual es mínima por otra parte) y la revisión de una parte de las investigaciones internacionales, sobre todo las realizadas en los EEUU y Canadá sobre esta "relación". Este material fue estratégico para la formulación de nuestro marco teórico, pero también para el diseño metodológico y la selección y construcción de los instrumentos de captación de información.

Debo informar que cuando me refiero a la revisión de los materiales y prácticas no estoy pensando solo en servicios de salud oficiales, sino también en las instituciones privadas y en las denominadas "no gubernamentales". Esto lo hicimos en el caso del "alcoholismo".

Hasta que se construya ese marco conjunto y para el cual de ser posible debiera generarse la revisión señalada, voy a aventurar la enumeración de algunos componentes que podrían incluirse en ese marco teórico metodológico. La mayoría de ellos o por lo menos algunos de los mismos han sido utilizados para la investigación de toda una serie de problemas relacionados directamente con lo que estamos denominando como SILOS. Debe indicarse que sólo vamos a hacer una enumeración de componente generales, y que el uso articulado de los mismos solo puede observarse en la construcción de una investigación específica. Estos componentes no son manejados como presupuestos a demostrar -salvo indicación expresa- sino como puntos de partida afirmativos.

La mayoría de estos componentes son "obvios" desde una perspectiva socioantropológica, pero dicha obviedad lo que supone es la necesidad en todo proyecto de investigación de hacer presente las obviedades que avalan la selección de un problemas y la trama que lo fundamenta como problema.

Estos componentes seran agrupados en una serie de subapartados y de entrada reconocemos que cada uno de éstos podría

integrarse por una serie más extensa de componentes, que no se incluyen por razones de extensión. En esta enumeración hemos cometido intencionalmente reiteraciones en función de cada subapartado y también intencionalmente le hemos dado más peso a los procesos sociales, ideológicos e institucionales que a los económico-políticos.

A) Componentes generales referidos al proceso salud/enfermedad/atención

- 1) El proceso s/e/a constituye un universal que opera estructuralmente -aun que por supuesto en forma diferenciada- en toda sociedad y en todos los conjuntos sociales estratificados que la integran. Desde esta perspectiva "antes" -tanto en términos metodológicos como históricos- de ser objeto especial de trabajo de las organizaciones médicas, es una parte sustantiva de las formas y modo de vida de los conjuntos sociales;
- 2) la enfermedad, los padecimientos, etcétera, constituyen algunos de los hechos más frecuentes, recurrentes, continuos, inevitables, etcétera, que afectan la vida cotidiana de los conjuntos sociales. Son parte de un proceso social dentro del cual se constituye colectivamente la subjetividad; el sujeto desde su nacimiento -cada vez más medicalizado- se constituye e instituye por lo menos en parte a partir del proceso salud/enfermedad/atención;

- 3) la extensión de la esperanza de vida, y el paso a primeras causas de mortalidad de una parte de los padecimientos crónico-degenerativos ha conducido a que la población en su conjunto y sobre todo determinados sectores sociales tengan un mayor tiempo de "convivencia" con la enfermedad, así como la necesidad de un mayor saber para poder convivir no solo con los (sus) padecimientos, sino con los "otros no enfermos" y con los servicios de salud;
- 4) la respuesta social a la incidencia de enfermedad, daños, padecimientos constituye también un hecho cotidiano, recurrente, etcétera y constituye una estructura necesaria para la producción y reproducción de cualquier sociedad;
- 5) es decir, que tanto los padecimientos como las respuestas hacia los mismos constituyen procesos estructurales en todo sistema y en todo conjuntos social y que en consecuencia dichos sistemas y conjuntos no solo generaran técnicas y saberes, sino también ideologías para enfrentar, convivir, solucionar etcétera, los padecimientos y para utilizar los S de S;
- 6) enfermar, morir, atender la enfermedad y la muerte deben ser pensados como procesos que no sólo se definen a partir de profesiones e instituciones dadas, específicas, especializadas, etcétera, sino como hechos sociales respecto de los cuales los conjuntos sociales necesitan construir acciones, técnicas e ideologías, una parte de las cuales se organizan profesionalmente;



- 7) dado que los padecimientos, etcétera, constituyen hechos cotidianos, etcétera y que una parte de los mismos pueden aparecer como permanentes o circunstanciales o momentáneamente amenazantes a nivel real o imaginario, ello implica que los conjuntos sociales tienen la necesidad de construir significados sociales colectivos respecto de por lo menos algunos de los mismos. El proceso salud/enfermedad/atención ha sido y es una de las áreas de la vida colectiva donde se estructuran mayor cantidad de simbolizaciones y representaciones colectivas;
- 8) los padecimientos constituyen en consecuencia uno de los principales ejes de construcción potencial de significados colectivos que pueden ser referidos al proceso específico o a otros procesos respecto de los cuales los padecimientos son expresión significativa. La moda reciente de considerar metáforas de la sociedad al cáncer o al alcoholismo y ultimamente al sida no debe ser trivializada, pese a la trivialidad de algunos análisis. Esta significación es básica para entender por lo menos algunas problemáticas en el uso de los servicios de salud;
- 9) el proceso s/e/a y sus significaciones se ha desarrollado dentro de un proceso histórico en el cual se construyen las causales específicas de los padecimientos, los sistemas de atención, así como los sistemas ideológicos (significado) respecto de los mismos;

10) quiero subrayar que mi uso de la expresión proceso salud/enfermedad/atención no es conceptual sino meramente descriptiva, dado el escaso nivel de precisión de esta expresión. Un uso teórico supondría un trabajo conceptual a realizar.

B) La organización de la atención a los padecimientos como instituciones tecnico-profesionales y socioideológicas

- 11) El proceso s/e/a supone la existencia en toda sociedad de técnicas, saberes e ideologías para entender, enfrentar y de ser posible solucionar las consecuencia de dicho proceso;
- 12) en determinadas sociedades y dado un proceso económico-político y científico de desarrollo socioeconómico y división del trabajo se generaron actividades teórico-científicas respecto de las enfermedades. Estas actividades que devinieron hegemónicas, no implica suponer la anulación, erradicación, etcétera de otro tipo de técnicas, saberes e ideológicas "previas" o derivadas. Estas van a seguir produciendose y reproduciendose en forma modificada pero inevitable;
- 13) todas las sociedades necesitan producir estrategias de acción técnica y socioideológica respecto de los padecimientos, siendo una de esas estrategias el establecimiento de curadores institucionalizados que asumen la función

de intervenir respecto de un espectro diferencial de padecimientos. Generalmente se organizan para asegurar el trabajo profesional, así como la transmisión profesional de sus técnicas, saberes e ideologías;

- 14) la medicina denominada científica, así como los S de S instituidos a partir de la misma constituyen una y frecuentemente la más importante de las actividades "curativas" institucionalizadas. Estos servicios en gran parte de las sociedades han sido identificados como la forma correcta de atender el proceso s/e;
- 15) ajeno a la corrección o no de sus intervenciones en términos científico-técnicos, lo relevante en términos de nuestra propuesta es considerar a estas "instituciones" como una organización más de las que intervienen sobre la institución enfermedad/ atención de la enfermedad;
- 16) desde nuestra perspectiva la institución universal es enfermar-morir/ atención de la enfermedad y la muerte y lo que suelen denominarse instituciones son las organizaciones especializadas que cada sociedad constituye a partir de esa institución. Estas organizaciones son las que "institucionalizan" la institución enfermar/atender de una determinada manera no solo técnica sino justamente "institucional" (política, social, profesional, ideológica). Esto ocurre con todas las "organizaciones" que institucionalizan el enfermar/atender. Desde nuestro enfoque to-

das las actividades organizadas para "curar" ya sean científicas, populares, oficiales, privadas son "instituciones", es decir instituyen una determinada manera de "pensar" y actuar sobre la enfermedad y por supuesto los enfermos;

- 17) todas las organizaciones encargadas de atender, y dar una respuesta real o imaginaria respecto de los padecimientos, no solo constituyen organizaciones sociales que realizan actividades técnicas, sino que parte de estas actividades, sobre todo en la relación con los conjuntos sociales, se ideologizan y culturalizan. Desde esta perspectiva todas las organizaciones de curadores, así como las actividades curativas constituyen hechos técnicos pero también sociales que potencialmente incluyen procesos ideológicos.
- 18) además las actividades de atención de la enfermedad institucionalizadas operan en espacios socioeconómicos y culturales. Más aun necesitan de un espacio social e ideológico diferenciado pero al mismo tiempo común de reconocimiento profesional y social, para poder intervenir y ser demandadas;
- 19) la enfermedad, los padecimientos, los daños han sido en diferentes sociedades una de las principales áreas de control social e ideológico tanto a nivel de las estructuras de poder como del conjunto de la sociedad civil. Esto no es un problema de una sociedad o una cultura, sino que constituye un fenómeno generalizado a partir de tres ele-

mentos: la existencia de padecimientos que además constituyen estructuras de significados colectivos, la existencia de la necesidad de controlar determinadas formas de comportamiento y/o de establecer la existencia virtual del control y la existencia de instituciones encargadas por la sociedad de hacerse cargo de las funciones de control dada su relación no solo técnica sino socio-ideológica con el problema;

- 20) las representaciones ideológico-culturales son parte de la construcción diagnóstica, del tratamiento, de los criterios de curación y prevención. Estos constituyen además de hechos técnicos, procesos de construcción social de saberes institucionales en relación con la enfermedad, los enfermos y las instituciones;
- 21) los servicios de salud y la práctica del equipo de salud en general tiende a excluir los procesos ideológicos y sociales de su propia práctica y sistema de representaciones. Tiende a concebir su acción como básicamente técnica y desde esta perspectiva los procesos ideológicos que operan a través de la misma son "rechazados". Desde esta perspectiva tiende a reconocer en su actividad más la presencia de factores económico-políticos y determinados factores institucionales que los socioculturales e ideológicos.
- 22) la formación técnico profesional, pero también los objetivos y dinámicas institucionales conducen a construir una

determinada racionalidad profesional que opera opacadamente orientando las acciones del equipo de salud sobre el proceso s/e/a;

- 23) la práctica del equipo de salud y sus sistemas de representaciones tiende a ignorar que su acción es una acción institucionalizada dado que es un producto social construido y transformado en el tiempo y que parte de sus acciones y representaciones obedecen a racionalidades constituidas históricamente;
- 24) las organizaciones e instituciones profesionales suelen reconocer la presencia de procesos ideológicos y socioculturales casi exclusivamente en la población consultante. El equipo de salud incluye lo ideológico y sociocultural en los "otros" y se autoexcluye de la incidencia de esos factores, de tal manera que no puede autoincluirse como uno de los principales mecanismos ideológicos y sociales que intervienen en la construcción social y técnica de las prácticas y representaciones desarrolladas por los conjuntos sociales;
- 25) las "instituciones" médicas presentan en consecuencia una racionalidad que no es exclusivamente técnica ni científica, sino también sociocultural, ideológica e "institucional". Esta racionalidad es dinámica, pero juegan en ellas los procesos de institucionalización permanente (lo instituido) en relación no solo con su propio quehacer sino en relación con las racionalidades que operan en los conjuntos

sociales. Esta racionalidad al igual que la que opera en los conjuntos sociales estratificados no debe concebirse como monolítica, estática, etcétera, sino como una racionalidad dinámica que entra en un juego de hegemonía/subalternidad con las racionalidades de los conjuntos sociales. (Nota 9).

C) Proceso s/e/a: propuestas relacionales

- 26) El proceso s/e/a opera en un campo social y cultural no homogéneo, que supone la existencia inmediata o referencial de formas de estratificación, las cuales suponen tanto relaciones de explotación socioeconómica como de hegemonía/subalternidad en términos ideológico-culturales. Esto opera a nivel de los sujetos, las instituciones y/o los conjuntos sociales;
- 27) los factores económico políticos son determinantes para la constitución de las formas de estratificación dominadas, pero los mismos no deben considerarse como subordinados ni determinados a los procesos ideológicos y socioculturales que intervienen en el proceso s/e/a;
- 28) los conceptos de hegemonía-subalternidad así como otros procedentes de diferentes corrientes teóricas reconocen de hecho la existencia de situaciones de desigualdad y de estratificación social, pero incluyendo como parte sustancial a los procesos ideológicos y socioculturales que

tienden a favorecer la cohesión/dominación opacando las causas estructurales e ideológicas que fundan las desigualdades del sistema de estratificación;

- 29) el planteo relacional no parte solo de las condiciones de estratificación en terminos económicos y referidos exclusivamente a los grandes conjuntos estructurales (clases sociales, estratos o niveles socioeconómicos), sino que asume la existencia de toda una serie de diferenciaciones relacionales que operan a niveles diádicos, microsociales y/o comunitarios y que no necesariamente expresan en esos niveles y en forma mecánica a las estructuras económico políticas. En todos los grandes o pequeños conjuntos es la relación existente entre las partes donde se deben analizar los procesos de s/e/a y desde esa perspectiva las relaciones pueden ser las de médico/paciente, mujer/hombre en relación a un problema de enfermedad, paciente/institución de atención a la enfermedad, conjuntos con riesgo de enfermar/empresa que los contrata o/y que genera condiciones colectivas de enfermedad, etcétera. En todas estas relaciones la decisión teórico metodológica debe conducir a analizar el campo relacional. Subrayo lo de decisión para no partir de lo relacional y concluir en la descripción y análisis de uno de los conjuntos en relación como si su análisis representara la relación. Si esto ocurre porque el problema elegido lo amerita sería

correcto, pero si ocurre porque en la práctica de la investigación solo focalizamos una de las partes de la relación cuando es necesario el sistema, ello implica entonces tener que prever nuestros supuestos teóricos metodológicos;

30) la aproximación relacional implica no solo partir de un sistema de estratificación social no reducido a la posición de cada estrato, sino partir también del proceso relacional llevado a cabo por los sujetos y conjuntos para actuar respecto del problema de salud emergido. Significa asumir que los sujetos y conjuntos son los que determinados o no, desarrollan el papel de agentes relacionales respecto del espectro de servicios de salud;

31) es decir que una propuesta relacional presenta dos dimensiones; una que refiere a las condiciones de estratificación social dentro de las que opera el proceso salud/enfermedad/atención y otra que refiere al proceso relacional operado necesariamente por los conjuntos para intervenir sobre un problema dado. Ambas dimensiones operan simultáneamente, siendo la segunda la que en un nivel fenoménico expresa las actividades relacionales específicas generadas por los conjuntos. Son sus actividades las que relacionan de una manera determinada a los diferentes servicios y son ellos y su "carrera del enfermo", sus "estrategias de supervivencia", etcétera, los que establecen

la red de relaciones de servicios y no cada uno de los S de S en sí;

32) si asumimos lo señalado, y lo incluimos dentro del conjunto de los otros presupuestos enumerados podemos además afirmar que todos los conjuntos estructuran su acción relacional a partir de microgrupos y en particular del grupo doméstico familiar y que dicha estructura a la que denominamos de autoatención, constituye la base a partir de la cual se sintetizan las prácticas y se expresan las representaciones más frecuentes y recurrentes respecto del proceso s/e/a;

33) es esta estructura donde se desarrollan la mayoría de las actividades inevitablemente relacionables; es en ella donde se sintetizan las concepciones y técnicas procedentes de diferentes servicios, es aquí donde se desarrollan las estrategias para controlar los padecimientos; es aquí donde los procesos, problemas y respuestas colectivas se concretizan a partir de una particularidad que es no obstante estructural a todos los conjuntos sociales. Es aquí no solo donde se actúa, sino donde los padecimientos repercuten en forma más grave que en cualquier otro nivel y es aquí donde se necesita construir acciones, saberes, significados, o para ser más correcto es aquí donde se necesitan utilizar acciones, saberes y significaciones, para poder encontrar soluciones aunque sea provisionarias a las consecuencias generadas por los padecimientos;

34) en las dos dimensiones señaladas, las relaciones pueden adquirir diferentes formas. Pueden emerger incluso simultáneamente relaciones de oposición, de complementación, de competencia, de subordinación, de enfrentamiento, et-
cétera. Las explicaciones respecto del tipo de relaciones empleadas no deben ser referidas a los caracteres intrínsecos de las partes en relación, sino al sistema de relaciones construidas entre las partes;

35) nuestra propuesta enfatiza lo relacional, porque los SILOS tal como aparecen definidos en los documentos supone un campo relacional en el cual esta en juego no solo la "salud" de los sujetos y conjuntos, sino un posible proceso de democratización a partir de la sociedad civil. En consecuencia debe asumirse lo relacional en toda su radicalidad, más allá de las dificultades técnico metodológicas que implique su descripción, análisis e interven
ción. Dicha perspectiva debe además ser asumida a partir tal vez de la focalización inicial en problemas "peque-
ños", inclusive artesanales pero que posibiliten investi-
gar problemas prioritarios a través de un esquema refe-
rencial relacional. Intentar aplicar criterios relaciona-
les supone asumir la necesidad de tener dicha relación como eje de la investigación en la propia investigación y no solo en el discurso que rodea nuestra investigación. Porque debe recordarse que las "relaciones" han sido pue-
tas por delante de muchas reflexiones hechas en nombre de Marx o de Foucault pero que se perdieron casi de inmedia-
to en la investigación concreta;

36) ha habido en algunas corrientes una propuesta relacional inicial que luego se redujo a planteos posicionales. Las clases se convirtieron en posiciones de clase; la relación institución/paciente se redujo al análisis de determinadas características frecuentemente administrativas de las instituciones. Y uno de los interrogantes teórico-metodológicos es porque ocurrió esto. Es dentro de una perspectiva relacional que por ejemplo debe incluirse lo que en algunos documentos sobre SILOS se denomina como "lógica diferencial", pero a partir de colocar dichas lógicas dentro de un campo relacional en el cual se vinculan y en el cual pueden cobrar caracteres de oposición pero no necesariamente, ya que dichas lógicas se redefinen en el juego de las prácticas sociales. Pero lo que quiero subrayar es que el punto de partida no es la posición de cada lógica, sino el juego de relaciones que determina a cada una de esas lógicas;

37) el concepto más inclusivo que nosotros manejamos para la perspectiva relacional es el concepto de transacciones, el cual incluye y sintetiza una gran parte de lo considerado en este subapartado (ver Menéndez 1981, 1983, 1986, 1989 a 1989b).

D) Estructura, proceso y representaciones.

- 38) lo enumerado hasta ahora conduce a proponer un marco teórico referencial que no debe partir exclusivamente de los servicios de salud "científicos". Más aun no debe partir de éstos por un lado y de las prácticas de los conjuntos sociales por otro, sino que debe partir del campo relacional que los incluye. Esta propuesta no quiere decir que no se debe investigar una institución en sí; si el problema planteado así lo exige es la institución la que debe ser estudiada. Pero el enfoque SILOS implica necesariamente una perspectiva relacional aun referida a la problemática institucional;
- 39) el eje metodológico de la relación está en los conjuntos y no en las instituciones, ajeno a la subalternidad o no de los primeros respecto de las instituciones. La subalternidad, el rechazo, la oposición, la aceptación pasiva, etcétera, son procesos a describir y analizar pero a partir del conjunto de relaciones estructuradas;
- 40) si nuestro eje se plantea a partir de los conjuntos sociales es porque éstos ajeno a la subalternidad o dominación, necesitan generar continuas síntesis práctico ideológicas a partir de los servicios ofertados y utilizados en forma directa o indirecta. Esta síntesis es un proceso permanente cuyo eje de procesamiento está en la estructura de autoatención;
- 41) este proceso es estructural (necesario), histórico y en transformación. Aun cuando la continuidad/discontinuidad

de la síntesis dependera de las condiciones particulares, la transformación opera a nivel de todos los conjuntos y en particular de los sectores subalternos, incluidos los sectores más "tradicionales" y esto referido específicamente a la utilización de estrategias para enfrentar los padecimientos y los problemas de salud colectivos (Nota 10).

- 42) el SS no suele reconocer esto como "transformación" sino como reiteración de lo "tradicional", en virtud de que una parte por lo menos de las transformaciones no operan dentro de la "racionalidad" esperada por los S de S. El "tradicionalismo", el "pragmatismo", la "inmediatez" etcétera, con que el SS etiqueta frecuentemente a los conjuntos sociales subalternos deben ser referidos a las representaciones dominantes en esos conjuntos pero incluyendo en las mismas la influencia ejercida por las instituciones dominantes; dado que la racionalidad no es solo autónoma sino producto del sistema de relaciones (ver nuestro análisis de la "automedicación" Menéndez 1990);
- 43) esto no niega la existencia de una racionalidad que opera en cada conjunto, sino que incluye la necesaria situación de relación. Pero además este sistema relacional opera respecto de conjuntos para los cuales algunos aspectos del proceso salud/enfermedad constituyen núcleos de fuerte identificación sociocultural dando no solo sentido de

- pertenencia, sino estableciendo los significados convencionales para poder manejarse con el padecimiento dentro de "su realidad"; (Nota 11).
- 44) los padecimientos, el manejo de los mismos implica la presencia de procesos biológicos, sociales, económicos y también simbólicos a través de los cuales los conjuntos sociales se reconocen/desconocen, o expresan necesidades sociales más allá de la propia enfermedad, o expresan relaciones de poder más allá del propio padecimiento, o expresan demandas socioeconómicas más allá de la propia demanda específica;
- 45) los conjuntos sociales necesitan darle sentido y significado a los padecimientos -o por lo menos a algunos- para poder manejarse con ellos aunque no los "curen" ni los "solucionen"; necesitan poder interpretarlos y generar acciones;
- 46) la enfermedad puede cumplir funciones psicológicas, socioideológicas, económicas a nivel de los conjuntos (y de los sujetos), y en la construcción de estas funciones pueden intervenir los S de S;
- 47) las prácticas referidas al proceso s/e/a no son pensadas a partir de este marco como parte de una intencionalidad planificada, de un balance tipo costo/beneficio, de una racionalidad del máximo rendimiento, sino como una estructura abierta redefinida por las posibilidades de instru-

mentación exitosa, pero siempre amenazada por la carencia de instrumentos y donde lo casi único seguro es unomismo, el grupo doméstico o una parte del sector social y comunitario que presenta condiciones similares. Las prácticas no son siempre "estrategias", sino que frecuentemente son actividades que necesitan adecuarse a lo posible y cuya condición de "estrategia" puede ser referida a la actitud de síntesis continua que necesita desarrollar;

- 48) los conjuntos sociales y en particular los conjuntos subalternos, desarrollan su vida cotidiana y sus "estrategias de supervivencia" dentro de una estructura de obligaciones que tiende a "cansar" a los sujetos. La necesidad de seguir reproduciéndose, de reproducir la existencia supone un trabajo continuo que tiende estructuralmente a limitar la potencialidad y la continuidad de transformación de los sujetos y conjuntos sociales. Tomando lo que voy a decir con bastante cuidado, puede plantearse que a través del proceso s/e/a se verifica con demasiada frecuencia que la estructura tiende a imponerse al sujeto. Este punto al que consideramos de importancia, debe ser reflexionado sobre todo en función de los objetivos de participación, de organización, de democratización perseguido por los SILOS. (Nota 12).
- 49) la racionalidad (lógica según los documentos) que opera en los conjuntos sociales respecto del proceso s/e/a se

constituye relacionadamente a partir por supuesto de su propia matriz, pero en relación con las condiciones de explotación, hegemonía, etcétera, dominantes. Es dentro de este juego, que cada uno de las racionalidades debe ser entendida en si misma y en relación con las otras. La racionalidad de cada uno de los conjuntos estratificados no constituye una estructura monolítica, autónoma, impenetrable, cerrada, sino que conforma una racionalidad dinámica constituida en los procesos de cooperación, enfrentamiento, lucha, apropiación, etc., y a partir de los cuales establecen su racionalidad diferenciada. En otras palabras la racionalidad de los conjuntos sociales incluye de alguna manera, la racionalidad científica; técnica, institucional que opera en los S de S "científicos".

Estos componentes teórico-metodológicos podrían extenderse y además no sólo debieran ser enumerados sino analizados. Además podrían agregarse otros subapartados, algunos de los cuales no hemos incluido intencionalmente, unos por demasiados conocidos (los económico-políticos) y otros por que el informe es ya excesivamente largo. Entre estos últimos el más relevante para la problemática de los SILOS es el de los componentes "políticos" tanto en términos macro como micro políticos. Considero que ambos niveles implican la enumeración y análisis de componentes que tienen que ver directamente con la posibilidad de implantar los SILOS y de que funcionen en términos de democratización, descentralización y participa-

ción social. Las redes de relaciones de poder y de micropoder en los ámbitos comunitarios o municipales donde se supone deben implantarse los SILOS suelen en América Latina expresar los mayores procesos antidemocráticos en las relaciones estratificadas, y donde más se ejercita el poder a través de la subordinación ideológica, pero también de la compulsión económica, de la violencia física y frecuentemente de la muerte en términos de homicidio individual o colectivo. Si bien las relaciones primarias pueden favorecer el conocimiento y solución de los problemas a partir de las condiciones y recursos realmente existentes, si bien ese tipo de relaciones constantes y cercanas pueden favorecer el desarrollo de estrategias que impulsen la participación de la población; éstos mismos caracteres pueden conducir a la no participación, a acentuar la no democratización, a concentraciones de poder caciquil, a favorecer formas de control tanto ideológico como político; inclusive a utilizar con mayor impunidad mecanismos de compulsión física. Estos componentes integrados al conjunto de los componentes enumerados ameritan una reflexión general, pero inmediatamente referida a situaciones históricamente determinadas.

El conjunto de componentes presentados y los que faltan incluir deben posibilitar la construcción de un marco teórico metodológico de referencia para la investigación de problemas específicos referidos a los SILOS.

5. Conclusiones provisionarias y un tanto apresuradas.

El texto se ha extendido demasiado y el tiempo real de que dispongo no me permite desarrollar en forma adecuada las que serían las otras partes del marco teórico complementario. Los puntos que debieran incluirse son los siguientes: a) revisión sintética de algunas tendencias teóricas convergentes referidas a los procesos relacionales (transaccionales); b) propuestas de un marco teórico general para el análisis de un campo relacional al que consideramos de fundamental importancia en relación con los SILOS y es el constituido por la relación de los conjuntos sociales estratificados a partir de la estructura de autoatención con el Modelo Médico Hegemónico; c) algunas acotaciones de tipo metodológico y técnico; d) enumeración de problemas prioritarios y e) síntesis de un proyecto específico.

Si bien no voy a desarrollar ninguno de estos puntos, si haré algunos comentarios particulares. El punto a) lo que intenta presentar a nivel de teorías generales y de investigaciones específicas, es el desarrollo convergente de una perspectiva relacional, siendo importante consignar que una parte de esta perspectiva se constituyó respecto del proceso s/e/a. Fundamentado ésto, en el punto b) se trata de informar sobre el desarrollo de una serie de investigaciones realizadas en América Latina a partir de la década de los 70 y que se hicieron y se hacen a partir de una perspectiva relacional en

construcción. Estas investigaciones se proyectaron sobre las prácticas y representaciones de conjuntos sociales y de profesionales en relación a problemas específicos (mortalidad infantil, programa nutricional, "alcoholismo", automedicación, etcétera). Estas y otras investigaciones partieron y se fueron definiendo a partir de la doble perspectiva relacional señalada. Esta doble perspectiva permitió la formulación de un enfoque teórico-metodológico que en el máximo nivel de abstracción propone la existencia de dos modelos, el Modelo Médico Hegemónico y el Modelo de Autoatención operando este último como el estructurante de las relaciones de hegemonía y subalternidad establecidas. Tanto el enfoque general como por supuesto cada uno de los modelos están formulados en un alto nivel de abstracción y como una construcción teórica provisoria para poder pensar y constituir la referencia explicativa a los problemas específicos. Esta construcción general así como los modelos particulares no constituyen paradigmas, sino construcciones teóricas para indagar la realidad. (13)

Tanto el marco teórico general como las investigaciones específicas tratan de analizar las relaciones transaccionales que a partir del proceso s/e/a operan entre el MMH y los conjuntos sociales, para pensar una nueva articulación viable que considera a los conjuntos sociales como el eje de la Atención Primaria no selectiva, de la participación social, de la descentralización y tal vez de la "democratización".

Consideramos que es a partir de esta posibilidad que puede llegar a generarse un cambio en el MMH o si se prefiere en las formas hegemónicas de atención a través de recursos profesionales y técnicos oficiales y privados.

El tipo de investigación propuesta no establece una escisión entre marco teórico y producción de información, sino que asume que una investigación es una construcción teórica en todos sus pasos. Al respecto nos preocupa sobremanera la construcción de la información a partir de asegurar no solo el valor estadístico, sino sobre todo la calidad de la misma. La propuesta de proyectos de investigación donde se articulan técnicas estadísticas y cualitativas de obtención de información y de análisis, es decisiva en el caso de gran parte de los problemas referidos a los SILOS. Decisiva no solo porque todo un tipo de información (problema de poder y micropoderes) exigen una aproximación cualitativa en la posibilidad de obtención de la información, sino también decisiva en la medida que nos tomemos en serio la descripción y análisis de las "lógicas" institucionales y de los conjuntos sociales (punto c).

En el transcurso del texto han emergido algunos problemas prioritarios; en los documentos consultados sobre SILOS se enumeran una notable cantidad de problemas expresamente considerados como importantes. A partir de ello considero que existen dos ordenes de problemas prioritarios, uno de apoyo

teórico metodológico para la construcción de un marco referencial y otro constituido por toda una serie de problemas específicos a investigar. A continuación enumeramos los principales problemas del primer tipo, y sólo enumeraremos algunos de los problemas específicos que podrían incluirse en un programa de investigación.

Dentro del primer grupo proponemos los siguientes:

- a) precisar y definir teórica y operacionalmente, cuando se pueda, los conceptos considerados como estratégicos para pensar las investigaciones y las acciones para implementar SILOS. Ya hemos enumerado algunos y en esta reunión podrían formularse otros y tal vez eliminarse algunos de los formulados;
- b) revisión analítica de como el SS y sus organizaciones específicas han utilizado a nivel de discurso y de práctica estos conceptos;
- c) revisión analítica de las investigaciones sobre servicios de salud en América Latina para observar -desde la perspectiva de los SILOS- los aportes, limitaciones, ineficacias; los marcos teóricos, metodológicos y las técnicas utilizadas, así como cuales fueron las problemáticas seleccionadas, la ausencia de problemáticas prioritarias, los sistemas explicativos y las propuestas de solución;
- d) producir los presupuestos teóricos que permitan fundamentar que el proceso s/e/a puede constituir una via de democratización, etcétera;

e) producir los presupuestos teóricos y operativos de un nuevo "modelo" de atención a la enfermedad "viable" y que puede ser llevado a cabo a través de la implantación de los SILOS.

El espectro y número de problemas a investigar específicamente, daría lugar a una lista muy extensa, y a los efectos de ejemplificación solo enumeraremos algunos ^{posibles problemas a investigar} buscando que los mismos representen diferentes tipos de problemáticas o temáticas:

- a) investigación que evalúe el impacto actual de los SILOS en dos niveles, el de los "daños" a la salud y el de su incidencia en los procesos de participación social, democratización, etcétera;
- b) investigación del impacto de la descentralización del SS y de los S de S en los dos niveles señalados;
- c) investigación de cuáles han sido y son las políticas y estrategias del SS respecto de la participación de los conjuntos sociales en el desarrollo de actividades y programas referidos al proceso s/e/a;
- d) investigación de los caracteres estructurales del SS que limitan la implantación y/o el desarrollo de los SILOS;
- e) mortalidad diferencial y estrategias de los conjuntos sociales que favorecen una menor mortalidad infantil (o en otras edades);
- f) mortalidad diferencial en grupos homogéneos y determinación de las estrategias negativas y positivas que inciden en la mortalidad diferencial;

- g) sistema de representaciones sociales y estrategias de auto atención individual y colectiva articuladas con los S de S y referidas a algunos problemas recurrentes y graves;
- h) sistema de representaciones en los conjuntos sociales y su relación transaccional con las propuestas de los servicios de salud en una situación determinada;
- i) estructura de poder a nivel comunitario y su incidencia en el tipo de acciones colectivas y de participación social respecto del proceso s/e/a;
- j) estructura de poder a nivel municipal y procesos que operan en la formulación y actividad de prevención respecto de problemas de salud prioritarios a nivel local;
- k) representaciones y prácticas del personal de salud respecto de problemas prioritarios de salud y relación con las representaciones y prácticas de los conjuntos sociales referidos a los mismos problemas. Racionalidades diferenciales y procesos de articulación;
- l) evaluación de la aplicación de programas específicos a partir de criterios establecidos por los S de S por una parte y por los conjuntos sociales afectados por otra;
- ll) a partir de problemas de salud prioritarios investigar la construcción y aplicación de instrumentos para establecer el perfil epidemiológico a nivel de conjuntos sociales. Posibilidad de construir instrumentos simples, idóneos y baratos para cumplir determinados objetivos epidemiológicos. Los mismos incluyendo la acción de los conjuntos sociales;

*profesores
del problema
hospitalarios*

m) análisis de la capacitación existente en el equipo de salud para llevar a cabo actividades de AP no selectiva, promoción comunitaria, participación social, democratización etcétera, a partir de la participación en programas específicos.

Todos estos temas y/o problemas pueden ser investigados en conjuntos sociales estratificados o no, según sea la intencionalidad. La constitución de los conjuntos y las unidades pueden ser referidas a grupos ocupacionales, estratos sociales, a grupos étnicos, a grupos de pares, etcétera. La evaluación de actividades o programas están pensados no sólo respecto de los servicios de salud oficiales, sino también respecto de los S de S privados y de los denominados "no gubernamentales".

Quiero subrayar que la lista de temas y problemas se formula a título de ejemplificación y que el orden presentado no implica ninguna escala de prioridades. Considero como un objetivo la posibilidad de realizar -talvez en una segunda vuelta-- un programa de investigación en diferentes países de América Latina, el cual fuera formulado colectivamente, y cuyos resultados pudieran ser comparados.

Los "pasos" y los componentes propuestos en este Informe respecto del proceso de implantación de SILOS están pensados desde una perspectiva relacional cuyos ejes son las prácticas y representaciones sociales de los conjuntos estratificados. Si dicho proceso pretende la implantación de SILOS no solo eficaces, sino también posibilitar, impulsar, etc. un mayor ejer-

cicio de participación social de democratización, de descentralizar, etc. necesita entonces incluir realmente dichos componentes y "pasos" en la construcción de una perspectiva teórico metodológica que asuma la complejidad del proceso s/e/a. Será desde esta asunción que se seleccionen y se realicen proyectos de investigación a partir de convertir dicha complejidad en problemas claros y realizables.

NOTAS

1. Este informe constituye un primer "borrador", dado que la profundización del mismo implica una tarea de mayor profundidad y dedicación, que incluye un mayor tiempo de elaboración.
2. A los efectos de este informe el proceso salud enfermedad atención incluye también la prevención, pero reducimos el "concepto" a los tres primeros términos por razones de redacción. De ahora en adelante proceso s/e/a.
3. Por supuesto que lo señalado no pretende ignorar que "antes" de que se hablara de AP se hacía atención primaria, así como antes de enfatizar la necesidad de participación hubo notorias y recurrentes experiencias de participación social en salud por lo menos en algunos países latinoamericanos.
4. Los términos entre comillas están indicando que los mismos tienen una escasa precisión conceptual, pese a que se los utiliza como conceptos. Estos términos pueden significar varias cosas simultáneamente y para diferentes sectores sociales.
5. Para una temprana y comparativa evidencia de esta situación ver los trabajos de Aldunate generalmente no utilizados por el SS.A nuestro juicio los trabajos de Minujin y Jiménez y sobre todo el trabajo de Bronfman y Tuiran constituyen una continuidad de los trabajos de este autor.
6. Este presupuesto no supone en absoluto considerar como importante, específica, pertinente, etcétera, el conjunto de los productos de esta disciplina.
7. Los documentos consultados sobre SILOS plantean una parte o la mayoría de los supuestos enumerados aunque con algunas salvedades: a) muy escasos presupuestos epidemiológicos; b) escasa referencia a la relación del SS con los factores económico políticos que subordinan su acción; c) la dimensión económico política es la que presenta más coincidencias, pero debe subrayarse la omisión de los grupos de la sociedad civil que están organizados o trabajan a partir del proceso s/e/a; d) esta dimensión es la menos desarrollada salvo en uno de los documentos; y e) junto con a y d también presenta un escaso desarrollo, y lo más notorio es la falta de referencias a un enfoque diacrónico.

8. Vuelvo a reiterar que estas tendencias son propuestas como construcciones y que en la práctica lo que suele encontrarse son actividades "mezcladas". Así la crisis actual respecto del estado plantea un conflicto teórico-ideológico en algunas de estas tendencias, ya que la enfermedad aparece como un problema que el estado debe atender eficazmente, pero en determinados contextos esta eficacia opera a través de algunas de las más cuestionadas acciones de un estado controlador, y excluyente de la participación y decisión democráticas.
9. Para evitar malos entendidos, declaramos que en todo este subapartado no pretendemos reducir la práctica y el saber médicos a ideológica, cultura, procesos sociales y económico políticos. Tampoco estamos aquí discutiendo si es tan o más ideológica que otros saberes y prácticas, ni cuestionando que el acto técnico tenga una racionalidad y legitimidad propia. No, lo que estamos señalando es que la actividad de los S de S están institucionalizadas y en cuanto instituciones aparecen estructuralmente cargadas de procesos sociales, ideológicos, etcétera, más allá de su propia autodefinición y objetivos técnicos profesionales. También y respecto del último punto debe señalarse a nivel metodológico que esta u otra racionalidad no están propuestas en términos de "modelo" sino de procesos, que si quieren ser analizados pueden ser construidos como "modelos" o constituir parte de un "modelo" como hemos hecho con el Modelo Médico Hegemónico y el Modelo de Autoatención.
10. Que esta transformación sea considerada negativa por el equipo de salud no significa que sean "tradicionales". Lo que este equipo debiera tratar de explicar y explicarse es por que las prácticas y representaciones se orientan hacia determinados objetivos y no hacia los que el equipo de salud considera como correcto. la explicación de porque determinadas sectas religiosas orientan su acción en salud hacia determinadas prácticas y con determinadas representaciones, debe implicar primero preguntarse y explicar por qué los conjuntos sociales en especial los subalternos se convierten a esas religiosidades y en función del juego de relaciones dominantes establecer cual es la racionalidad de las prácticas empleadas.
11. El ejemplo "clásico" lo constituyen los denominados "culture-bound syndromes".

12. A partir de los 60 el descubrimiento de la cultura de la pobreza posibilitó el inicio de investigaciones sobre estrategias de supervivencia que en los 70 y sobre todo en los 80 condujeron al desarrollo de una creciente masa de investigación preocupada por si los pobres se "organizaban" más allá de que se reprodujeran en terribles condiciones de supervivencia. Además de subrayar que la mayoría de estas investigaciones no incluyeron el proceso salud/enfermedad/atención, lo que me interesa destacar es que en dichos trabajos se focalizó la "supervivencia" y se secundarizaron todas las otras instancias que posibilitarían superar la subordinación, la subalternidad, la explotación. Se enfatizó frecuentemente en forma no analítica los mecanismos continuos de explotación y sobre todo de autoexplotación, pero no se analizaron social e ideológicamente las estrategias que van "más allá" de la supervivencia.
13. El concepto de paradigma tal como se lo suele utilizar a partir de Khun limita o directamente impide pensar tanto en el nivel abstracto como en el concreto la realidad en términos de relaciones dinámicas y favorece un pensamiento de tipo autoreferencial y centrado en la opocisión v no en la interrelación de los procesos o de los modelos.