

# INFORME TÉCNICO

Proyecto de Investigación:  
Participación ciudadana en el  
MERCOSUR Ampliado,  
2006-2008

## **Instituciones:**

Universidad ISALUD  
Universidad Mayor de San Simón de Cochabamba  
Universidad de la República  
Fundación Salud y Vida

**2008**



*Citar como:* Proyecto de Investigación: Participación ciudadana en el MERCOSUR Ampliado, 2006-2008 (2008). Informe Final. RID ISALUD. <http://repositorio.isalud.edu.ar/xmlui/handle/123456789/946>

**Proyecto de Investigación: Participación ciudadana en el  
MERCOSUR Ampliado, 2006-2008,**

está bajo licencia

**CC BY-NC 4.0**

por **Universidad ISALUD**



---

# Proyecto de Investigación Participación Ciudadana en Salud en el MERCOSUR Ampliado 2006-2008

Convenio de Donación N° 103-569-001

---



## INFORME FINAL

Febrero 2006 – Febrero 2008

Ciudad Autónoma de Buenos Aires  
Argentina - Mayo de 2008

### Integrantes de la Investigación:

#### **Argentina:** Universidad ISALUD

- Coordinación Regional: Dr. Antonio Lapalma
- Investigador Principal: Dr. Carlos Anigstein
- Responsable financiera: Lic. Mariana Rodríguez
- Gestión Comunicacional: Lic. Viviana Barilá
  
- Coordinación País: Lic. Roberto Canay
- Investigadora: Lic. Ernestina Rosendo
- Investigador: Lic. Emilio Cabello

#### **Bolivia:** Universidad Mayor de San Simón de Cochabamba.

- Coordinación País: Dr. Henry Solíz
- Investigadora: Lic. Giomar Higuera
- Investigador: Dr. Adolfo Ventura

#### **Uruguay:** Facultad de Psicología de la Universidad de la República

- Coordinación País: Lic. Susana Rudolf
- Investigadora: Lic. María José Bagnato
- Investigadora: Lic. Ana Carina Rodríguez
- Investigador: Dr. Carlos Güida

#### **Paraguay:** Fundación Salud y Vida

- Coordinación País: Carmen González Martinetti
- Investigadora: Lic. Diana Rodríguez
- Investigador: Lic. José Britos

Autoridades:

Rector:  
**Dr. Carlos Garavelli**

Vicerrector de Planeamiento y Desarrollo:  
**Dr. Rubén Angel Puppo**

Vicerrectora Académica:  
**Mag. Silvia Gascón**

Vicerrector Administrativo Financiero:  
**Lic. Eugenio Zanarini**

Secretaria Académica:  
**Lic. Silvia Zambonini**

Secretaría de Extensión Universitaria:  
**Dr. Santiago Spadafora**

Secretaría de Ciencia y Técnica  
**Lic. Catalina de la Puente**

Secretaría Administrativa:  
**Abog. María Andrea Romero**

	<b>Pag</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>4</b>
Abreviaturas y siglas utilizadas	<b>5</b>
<b>2. SÍNTESIS DEL PROYECTO</b>	<b>6</b>
<b>3. PROBLEMAS OBJETO DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>8</b>
<b>4. METODOLOGÍA</b>	<b>9</b>
4.1 El diseño	<b>9</b>
4.2 Las dimensiones de análisis	<b>10</b>
4.3 Los criterios de elegibilidad de las unidades de análisis	<b>12</b>
4.4 Descripción de los instrumentos utilizados	<b>14</b>
4.5 Los actores sociales y los instrumentos	<b>17</b>
<b>5. UNIDADES DE ANÁLISIS: programas y experiencias</b>	<b>21</b>
5.1 Argentina	<b>21</b>
5.2 Bolivia	<b>26</b>
5.3 Paraguay	<b>31</b>
5.4 Uruguay	<b>33</b>
<b>6. RESULTADOS GENERALES</b>	<b>36</b>
6.1 Aspectos cualitativos	<b>36</b>
6.2 Aspectos cuantitativos	<b>69</b>
6.3 Logro de los objetivos	<b>80</b>
6.4 Marco legal	<b>87</b>
6.5 indicadores	<b>93</b>
<b>7. GESTIÓN DEL PROYECTO</b>	<b>102</b>
7.1 Encuentros regionales	<b>102</b>
7.2 Gestión comunicacional	<b>105</b>
7.3 Análisis sobre aprendizajes y formación de capacidades	<b>108</b>
7.4 Diseminación del proyecto	<b>113</b>
<b>8. EVALUACION</b>	<b>117</b>
<b>9. RECOMENDACIONES</b>	<b>121</b>
<b>10. BIBLIOGRAFÍA Y DOCUMENTOS CONSULTADOS</b>	<b>123</b>
Listado de Anexos	<b>130</b>

## 1. INTRODUCCIÓN

El presente informe reúne los principales resultados obtenidos en el estudio “Participación Ciudadana en Salud en el MERCOSUR Ampliado, que se desarrolló en el marco del Convenio de Donación firmado entre el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo – IDRC/CRDI y la Universidad ISALUD, entre febrero de 2006 y enero de 2008.

En el punto *Síntesis del Proyecto* se presentan los objetivos propuestos en el estudio; la propuesta metodológica de abordaje; los principales antecedentes y las organizaciones intervinientes.

En el apartado *Problemas Objeto de la Investigación* se desarrollan los interrogantes que dieron origen al estudio. En el punto *Metodología* se describen las características del diseño de investigación, las dimensiones de análisis definidas en función del marco teórico inicial y las reflexiones de los equipos de investigación; los criterios de elegibilidad de las unidades de análisis (programas y/o experiencias) identificados por país; los instrumentos diseñados y utilizados para el relevamiento de datos; y las principales características del trabajo de campo. En el capítulo *Unidades de análisis*, se presenta una descripción de los programas y /o experiencias seleccionados en cada país.

Los contenidos más importantes del presente informe se encuentran en el punto *Resultados generales*. Allí se describen los resultados obtenidos del proceso de investigación. Para una mejor comprensión de los mismos, estos han sido divididos en *aspectos cualitativos* (se describen en función de las dimensiones de análisis los resultados obtenidos de los grupos focales y entrevistas); y *aspectos cuantitativos*, donde se presentan los resultados de la aplicación de la encuesta.

Asimismo, en el apartado *logro de objetivos* se agrupan los resultados en función de objetivos general y específicos. También en el marco de los resultados, se presenta el subcapítulo *Marco legal* donde se describen los marcos normativos existentes en cada país que viabilizan procesos participativos en salud. La investigación ha permitido identificar una serie de *indicadores* sobre participación ciudadana en salud, tomando como referencia la información obtenida en cada una de las dimensiones propuestas

En el punto 7 se presentan los principales aspectos de la *gestión del proyecto* de investigación. En este sentido, se describen los *Encuentros Regionales* y las acciones de *gestión comunicacional*; se presenta un *análisis sobre aprendizajes y formación de capacidades* producidos al interior del estudio y se mencionan las principales actividades de *Diseminación del proyecto*, desarrolladas y previstas.

El capítulo 8 de este informe refiere a las principales reflexiones sobre la *evaluación* del proceso investigativo. Por último, se contempla en este informe una serie de *Recomendaciones* que parten de los resultados obtenidos y de las principales conclusiones a las que arribaron todos los actores responsables del estudio.

## Abreviaturas y siglas utilizadas

**ANAHI:** Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para las Poblaciones Indígenas  
**APEX:** Aprendizaje Extensión  
**APS:** Atención Primaria de Salud  
**CAI:** Comisión Asesora Intersectorial  
**CAPS:** Centro de Atención Primaria de la Salud.  
**CCM:** Consejos Consultivos Municipales  
**CCN:** Consejo Consultivo Nacional  
**CCP:** Consejos Consultivos Provinciales  
**CLS:** Consejos Locales de Salud  
**CODAN:** Consejo Departamental de Alimentación y Nutrición  
**COFESA:** Consejo Federal de Salud  
**COMRA:** Confederación Médica de la República Argentina  
**CoNDeRS:** Consorcio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales  
**CPI:** Consejo participativo Indígena  
**DILOS:** Directorios Locales de Salud  
**DIMUSA:** Dirección Municipal de Salud  
**EBOs:** Equipos Barriales Operativos  
**FNR:** Fondo Nacional de Recursos  
**GBA:** Gran Buenos Aires  
**IDRC/ CRDI:** Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo – Canadá  
**MERCOSUR:** Mercado Común del Sur  
**MSN:** Ministerio de Salud de la Nación  
**MCS:** Municipios y Comunidades Saludables  
**MSP y BS:** Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social – Paraguay  
**MSP - IMM:** Ministerio de Salud Pública – Intendencia Municipal de Montevideo  
**OSC:** Organizaciones de la sociedad civil  
**ONG:** Organizaciones no gubernamentales s/fines de lucro  
**PAI:** Programa Ampliado de Inmunizaciones  
**PCS:** Participación Ciudadana en Salud  
**PFS:** Plan Federal de Salud  
**PROAPS:** Programa de Atención Primaria de Salud  
**RCSD:** Red de Control Social Directo  
**REMIAR:** Nombre del Componente Medicamentos del PROAPS  
**SEDES:** Servicio Departamental De Salud  
**SUMI:** Seguro Único Materno Infantil  
**SUS:** Seguro Universal de Salud

## 2. SÍNTESIS DEL PROYECTO

La IDRC apoyó la realización de una investigación sobre Participación Ciudadana en Salud, que se fundamentó en la necesidad de tener un mayor conocimiento sobre los procesos participativos, su contribución en la mejora del sistema de salud y en la definición de las políticas públicas de salud en los países del MERCOSUR Ampliado.

En la Región existen una diversidad de modelos y estrategias participativas, así como de paradigmas conceptuales en los que se asientan. Algunos valoran la participación en si misma para la construcción de ciudadanía, así como otros la consideran una herramienta para la gestión o para incrementar la satisfacción de los usuarios con los programas o servicios.

Esta investigación se fundamenta en la inexistencia de información sistematizada que permita clasificar y analizar los procesos participativos y sus influencias reciprocas sobre el sentido y la orientación de las reformas sanitarias producidas y pendientes.

Por estas razones se definió como Objetivo General estudiar y analizar las contribuciones de la participación ciudadana en la mejora del sistema de salud y en la definición de las políticas públicas de salud en los países del MERCOSUR Ampliado.

Los objetivos específicos propuestos son:

- 1- Identificar y caracterizar los factores que favorecen la participación ciudadana en salud a través de la selección y análisis de un conjunto de experiencias nacionales de participación en salud.
- 2- Analizar y caracterizar los procesos participativos seleccionados y sus efectos en a) la gestión de las políticas públicas en salud, en particular en el acceso, equidad y calidad de la atención; y b) la sostenibilidad de los programas.
- 3- Analizar las valoraciones y percepciones de los diversos actores sociales y políticos en relación con las experiencias de participación ciudadana en salud.
- 4- Articular el desarrollo de una metodología de evaluación continua en cada país, y a partir de ello fomentar un sistema permanente de observación y análisis que contribuya a la creación de un espacio común de intercambio y promoción de la participación ciudadana en salud en la región. Se espera de este modo contribuir al desarrollo de un Observatorio de Participación Ciudadana en Salud en el MERCOSUR.

La investigación fue formulada con un diseño multicéntrico que incluyera a países del MERCOSUR Ampliado, con metodologías de carácter cuali-cuantitativo, con un enfoque multidimensional que contemple las diversas variables que intervienen en su desarrollo, y multiactoral para que contemple los diversos actores y sus intereses.



Se adhirieron a la investigación Uruguay, Paraguay, Bolivia y Argentina, siendo esta última sede del equipo central de coordinación.

En cada uno de los países se definió una contraparte Gubernamental y otra Académica, que correspondía a Centros de Estudio u organismos dedicados a la investigación, para que trabajen en forma colaborativa y sobre la base de una metodología común. Como resultado de estas gestiones se conformaron los equipos de investigación de cada uno de los países adherentes al proyecto.

La coordinación regional esta a cargo del Instituto de la Salud, Medio Ambiente, Economía y Sociedad (ISALUD), participan la Universidad Mayor de San Simón (Bolivia), la Fundación Salud y Vida (Paraguay) y la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (Uruguay).

A partir del relevamiento de los conocimientos existentes sobre participación ciudadana (revisión documental) y de las propuestas provisionales, se amplió el marco conceptual sobre participación en Salud del Proyecto. Partiendo del análisis de las dimensiones a investigar se diseñaron y desarrollaron los instrumentos: criterios de elegibilidad de los Programas o experiencia, guía para implementación de los grupos focales, las entrevistas y encuestas. Y los manuales correspondientes.

Se delimitó el universo del trabajo y se realizaron los contactos con los organismos gubernamentales que facilitaron la identificación de los programas y experiencias (unidades de análisis) a relevar. Se realizó el trabajo de campo en cada país y se elaboraron los respectivos informes en función del procesamiento y análisis de la información obtenida.

Los equipos trabajaron en forma cooperativa y en comunicación permanente entre ellos y la coordinación regional del Proyecto desde el inicio de la investigación. También contribuyó a fortalecer esta forma de trabajo la intensa participación de todos los equipos en los cuatro Encuentros Regionales que se realizaron en Buenos Aires, y las visitas de supervisión a los países de Bolivia, Paraguay y Uruguay, por parte de la coordinación regional.

Las actividades se realizaron en el tiempo previsto en el cronograma inicial, generándose en el último trimestre un atraso vinculado con el procesamiento final de la información. A fin de expresar una coherencia interna entre toda la información producida, el proceso de consulta a cada uno de los países sobre el informe final llevó más tiempo del estimado; por tal motivo se solicitó a IDRC la extensión de un mes al convenio.

### 3. PROBLEMAS OBJETO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación sobre Participación Ciudadana en Salud en el MERCOSUR Ampliado, se constituye a partir de una serie de problemas que caracterizan a la región. En primer término, la insuficiente información disponible acerca de las debilidades y fortalezas de las políticas públicas de participación ciudadana en salud en la coyuntura actual, junto con un parcial desconocimiento sobre los alcances, magnitud, calidad y legitimidad de los procesos de participación ciudadana existentes en la región; situación que dificulta la comprensión de la contribución de la participación ciudadana en la optimización del sistema de salud y en las políticas públicas en salud.

Complementariamente, la falta de un marco conceptual para poder relevar las principales experiencias en materia de participación ciudadana en salud y de metodologías de evaluación de las mismas, insta a profundizar en la construcción de una propuesta de tipologías de participación ciudadana en salud; en base al análisis de las conexiones existentes entre objetivos y estrategias participativas y entre éstas y los ámbitos e intensidad de participación. Se establece la necesidad de diseñar dispositivos para la evaluación de las experiencias participativas; instancia que requiere la producción y sistematización de información concerniente a estrategias, dispositivos, dimensiones, indicadores y acciones vinculadas a la evaluación de la participación en el marco de los proyectos que la incluyen como eje o como modalidad de intervención privilegiada.

Por tanto, es objeto de la presente investigación establecer los alcances, la magnitud, la calidad y legitimación de los procesos de participación existentes en la región, para poder constituir una clasificación de los mismos y su influencia sobre la formulación y ejecución de políticas públicas. En síntesis, la contribución de la presente investigación se orienta a proveer información sistematizada destinada al fortalecimiento de las políticas públicas de participación ciudadana en salud, en función de la actual coyuntura de los países del MERCOSUR Ampliado.

## 4. METODOLOGÍA

### 4.1 El diseño

En el documento del Proyecto de Investigación sobre Participación Ciudadana en Salud en el MERCOSUR Ampliado se estableció que el diseño de la Investigación asumiría las siguientes características:

- **Exploratorio:** orientado a facilitar un mayor conocimiento de los fenómenos de la participación ciudadana en salud, de tal manera, que al finalizar la misma permita aumentar la familiaridad y conocimientos de los procesos participativos en salud; formular algunas hipótesis que permitan nuevas investigaciones e identificar recomendaciones de políticas públicas en salud.
- **Multicéntrico:** Capaz de recoger las particularidades de las experiencias en cada país, de identificar los aspectos comunes y de establecer comparaciones que permitan reconocer y profundizar sobre las condiciones que favorecen o impiden los procesos de participación ciudadana y sus efectos, en los cuatro países participantes: Argentina, Bolivia, Paraguay y Uruguay.
- **Cuali-Cuantitativo:** Mediante la utilización de técnicas que permitan describir los procesos de participación ciudadana en salud y validar los conocimientos que aporten y fundamenten políticas e intervenciones en este campo.
- **Multidimensional:** Que contemple las diversas variables que intervienen en su desarrollo – lo ideológico, lo valorativo, lo cultural, el contexto y los procesos políticos, los marcos normativos, etc. -.
- **Multiactoral:** Mediante el análisis del entramado de las miradas posicionales que tienen los diversos actores y sus intereses en el campo de la participación ciudadana en salud.

En función de esta propuesta, cada uno de los países participantes elegiría intencionalmente programas y/o experiencias de participación ciudadana en salud con la finalidad de dar respuesta a los objetivos generales y específicos formulados.

## 4.2 Las dimensiones de análisis

En el marco conceptual del Proyecto se definieron 10 dimensiones de análisis. La revisión de las mismas y el consenso entre todos los equipos se realizó en los dos primeros Encuentros Regionales y, a su vez, fueron ampliándose mediante la investigación bibliográfica a fin de identificarlas, precisar las variables a investigar; facilitar la elaboración de preguntas sobre las mismas que luego se volcarían en los cuestionarios de entrevista, encuesta y en el guión del grupo focal.

### ***Valor y propósito:***

Esta dimensión hace referencia al valor simbólico de la participación para los distintos actores relevantes. En este sentido, se contemplan los alcances y las implicancias de la participación; el para qué de la Participación Ciudadana en Salud; y para qué tipo de procesos y de toma de decisiones es convocada.

### ***Viabilidad:***

Se refiere a las condiciones del contexto político, social y cultural – local, de los actores involucrados y de los procesos desencadenados, que construyen viabilidad en los procesos participativos. Se tienen en cuenta los obstáculos y facilitadores de dichos procesos.

### ***Representatividad de los actores:***

Se contemplan los criterios de atribución de representatividad de los actores; la legitimidad de tales criterios y sus atribuciones.

### ***Capacidad de los actores:***

Esta dimensión alude a las capacidades que se ponen en juego para discutir y proponer alternativas genuinas que representen los intereses de la ciudadanía. Incluye aspectos tales como: asimetrías; cooperación; cooptación; transferencia y distribución de saberes; y poder en los procesos participativos en salud.

### ***Vínculo entre actores:***

Se refiere al reconocimiento del conflicto, de la puja y tensión entre intereses contrapuestos. Se contempla la distribución de poder real y simbólico; así como las asimetrías en un contexto de producción de relaciones de colaboración y/o cooperación y/o de asociación.

***Niveles de intensidad:***

Esta dimensión apunta a la descripción de oportunidades o instancias del proceso en las que se involucra a los interesados.

***Modalidades operativas:***

Aquí se tiene en cuenta el modo en que las estructuras o espacios operativos son coherentes / pertinentes con el sentido y propósitos de la participación. Contempla modalidades que mejor se adaptan o conducen a la profundización de dichos procesos.

***Efectos transformadores:***

Se vincula con las transformaciones posibles y esperables de los procesos participativos: cuáles son los factores que contribuyen; y cuáles son los factores que obstaculizan dichos procesos.

***Democratización:***

Refiere a la capacidad de las prácticas participativas de difundir, transmitir, ampliar e instalar espacios de democratización; y la capacidad para influir e incidir en la orientación y toma de decisiones sobre las políticas de salud.

***Sustentabilidad:***

Esta dimensión remite a las condiciones favorables y desfavorables para la construcción de un marco de sustentabilidad de las experiencias participativas. Con ella se pretende dar cuenta de cuáles son las condiciones necesarias y suficientes para que un proceso apueste a la sustentabilidad de resultados, sociales y de financiamiento a través de tiempo.

### 4.3 Los criterios de elegibilidad de las unidades de análisis

La unidad de análisis corresponde a la entidad mayor o representativa de lo que va a ser objeto específico de estudio en una medición. Se refiere al qué o quién es objeto de interés en una investigación. En el caso específico de esta investigación, está representada por los Programas y/o Experiencias seleccionadas en cada uno de los países participantes (*ver Punto 5 Unidades de análisis, pag. 22*).

Con el fin de llevar adelante la indagación, los *criterios* de elegibilidad propuestos para la selección de las unidades de análisis contemplaron los siguientes aspectos:

- Diseño
- Amplitud
- Estrategia de comunicación
- Tiempo en ejecución
- Legitimación político - técnica

La definición de estos criterios partió del análisis de documentos programáticos, manuales, folletos, entrevistas preliminares con actores a los cuales se les presentaron los propósitos de la investigación, páginas Web. A

La recopilación de esta información fue previa al diseño y aplicación de los instrumentos, y los criterios definitivos se terminaron de consensuar en el 1° Encuentro Regional.

#### Descripción de los Criterios de Elegibilidad

##### ***Diseño***

Se estableció que las unidades de análisis deberían contar con un diseño en el cual se verifique fehacientemente la intencionalidad de involucramiento comunitario, expresada a través de la identificación e implicación de una diversidad de formas organizativas comunitarias y de las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) en procesos de información y/o consulta, y /o toma de decisiones (Consejos locales, Consejos Consultivos, Redes, Comités, entre otros). Este aspecto debía ser identificado en la estrategia de difusión masiva del programa, documentos gubernamentales o en las entrevistas preliminares con sus referentes.

##### ***Amplitud***

Según este criterio, el componente de participación del programa descrito debe contemplar aspectos vinculados con:

- **Tipos de participación** (Información, consulta, decisión, evaluación (control y auditoría), y en la formulación (influencia en la agenda pública),

- **Tipos de gestión** de la participación:

*Microgestión:* Nivel operativo. Los destinatarios de las acciones, organizaciones comunitarias, equipos técnicos, etc.

*Mesogestión:* Nivel programático y de gestión de organizaciones. Asociaciones de segundo grado, organizaciones no gubernamentales, universidades, niveles técnicos municipales, etc.

*Macrogestión:* Nivel político estratégico, formadores de opinión, gobiernos, corporaciones, etc. Participación. Estructuras o espacios; por ejemplo: voluntarios “tradicionales” y no organizados

- **Modalidades de gestión:** Autogestivo, cogestivo, colaboración y negociación
- **Estructuras y espacios** participativos expresados por el voluntariado comunitario, asambleas, cabildos, audiencias públicas, consejos locales de salud, consejos locales de desarrollo comunal.

### ***Estrategias de comunicación***

Debe contemplar una comunicación accesible a la población en general, con explicitación de la perspectiva participativa del programa través de canales de comunicación, tales como página web, línea telefónica gratuita, campañas en medios masivos.

### ***Tiempo en ejecución***

Al inicio del trabajo de campo de la investigación (septiembre 2006), el programa debe llevar al menos un año de ejecución, de manera tal que permita cierto desarrollo para recoger la información necesaria para la investigación.

### ***Legitimación político-técnica***

Cada programa seleccionado deberá tener una aprobación política y técnica de forma tal que facilite y legitime la intervención de los equipos de investigación.

#### 4.4 Descripción de los instrumentos utilizados<sup>1</sup>

En torno a la metodología y las técnicas de investigación existe un elevado número de referencias bibliográficas. Con el fin de evitar la reiteración de conocimientos básicos que pueden ser consultados en libros y/o manuales, solo se describen los aspectos más sobresalientes de las técnicas de relevamientos utilizadas y por su pertinencia con la temática de estudio: Participación Ciudadana en Salud.

Las tres técnicas seleccionadas, con sus procedimientos específicos para reconstruir la realidad estudiada permitieron la complementariedad en la generación de información y la profundización en la indagación propia de otra, tal es el caso de la encuesta y entrevista.

Las entrevistas y los grupos focales fueron realizados y coordinados por integrantes de los equipos de investigadores de cada país, que incluyó la capacitación de personas en el caso de Bolivia, Paraguay y Uruguay, entre ellos alumnos universitarios. En el caso de Argentina, estas tareas fueron contratadas a una empresa especializada, al igual que la aplicación de las encuestas, situación que se dio también en el caso uruguayo.

La información obtenida en las entrevistas y grupos focales fue desgrabada y codificada manualmente, a excepción de Paraguay donde se utilizó el software Ethnograf.

Por su parte, el procesamiento general de los datos de las encuestas fue realizado con el Programa SPSS.

##### **Entrevista**

Es una técnica de gran difusión, en la vida cotidiana, que hace necesario su delimitación con precisión, para diferenciarla de la entrevista periodística, la entrevista terapéutica, y adquiere diversas modalidades como la entrevista abierta, semiestructura, en profundidad, directiva y no directiva, entre otras.

Es partir de la década del 30 cuando comienza a aplicarse sistemáticamente en la investigación científica, siendo los estudios sociológicos y la psicología social campo de su fortalecimiento como instrumento, generalizando su uso en dos formas que han marcado una diferenciación entre lo cualitativo y lo cuantitativo: “por un lado, la entrevista extensiva (encuesta de opinión), y por otro, la entrevista intensiva (entrevista abierta).

La entrevista intensiva, constituye un intercambio verbal entre dos personas: el entrevistador y el entrevistado. La riqueza del instrumento permite reunir información en torno a un tema específico en el marco de un encuentro interpersonal privado y cordial.

---

<sup>1</sup> Ver Anexo 1: Instrumentos para relevamiento de información.



Requiere del entrevistador el conocimiento del tema de indagación, el contexto comunicativo en el cual se produce el intercambio, la flexibilidad para dejar libre al entrevistado en su discurso y retomar el hilo de la interrogación. Respetar este proceso dinámico implica aspectos verbales, gestuales y la expresión de valores, intereses y la presencia de un contexto institucional, social (por lo tanto histórico), como lo es la indagación sobre la participación ciudadana en salud en el marco de Programas y experiencias vinculadas con la gestión de políticas de salud.

En el caso de la investigación se trabajó con una entrevista en profundidad, semi estructurada, pertinente para este tipo de estudios, en los cuales se busca indagar las percepciones en torno a los procesos de participación ciudadana en salud, analizando las representaciones sociales personalizadas de los actores sociales seleccionados con sus componentes valorativos, así como las expresiones ideológicas.

El diseño del guión de la entrevista no constituye un protocolo estructurado, sino un conjunto de ítems amplios y generales que facilitan la interacción entrevistado – entrevistador.

### **Grupo focal**

Denominado tradicionalmente “Grupo de discusión” en su versión europea y “focus Group desde la perspectiva anglosajona, constituye básicamente una técnica grupal “cara a cara” que facilita la generación de información en forma de discurso en torno a un tema específico.

Su implementación se basa en una “estructura tridimensional de datos: individuos, preguntas y respuestas”<sup>2</sup> que se fundamentan en “tendencia humana de formar opinión y actitudes en la interacción con otros individuos”<sup>3</sup>.

El grupo focal cuenta con un moderador o coordinador, quien desde una actitud no directiva en algunos casos, en otros directiva (versión anglosajona), orienta el intercambio y la discusión mediante una guía de preguntas. Sumado a ello, resulta necesario para su encuadre un espacio confortable para el trabajo y un lapso de tiempo no superior a los 90 minutos. Generalmente el moderador/coordinador realiza dos funciones: facilitar el intercambio y discusión; y luego la interpretación y sistematización del discurso.

Por último, la selección de los participantes resulta de vital importancia, dado que representan informantes calificados en el tema de consulta. Su selección puede ser algebraica (Abstracta) o topológica. Esta última modalidad ha sido la utilizada en la investigación, dado que la incorporación de los participantes surge de redes de relaciones y de personas vinculadas a los programas y experiencias estudiados. En algunos casos, quienes participan son un reducido número de miembros de la comunidad que desempeñan roles en múltiples espacios de participación; en otros

---

<sup>2</sup> Cáceres G, (Cdor.) .Técnicas de Investigación en Sociedad, Cultura y Comunicación. Ed. Pearson. México 1998

<sup>3</sup> Souza Minayo M C de y col (2005). Evaluación por triangulación de métodos. Ed. Lugar. Buenos Aires. Argentina

casos para garantizar la presencia en los grupos focales, era necesario contar con la autorización de un “superior jerárquico”, que facilitaba los nombres a partir de determinados criterios de participación.

Cabe resaltar que, en el caso de esta investigación, el mismo concepto de participación dispara al interior de las unidades de análisis procesos relacionados con el “poder y control de la información”. (qué se dice, quién lo dice).

Por otra parte, en el campo de las ciencias sociales es posible establecer una relación entre técnicas que facilitan la fase exploratoria para el diseño de “otra”. Tal es el caso en esta investigación, donde la información de los grupos focales permitió mejorar e incorporar interrogantes al cuestionario de la encuesta.

### ***Encuesta***

Para algunos autores es considerada una entrevista extensiva, ya que reúne la condición de ser una entrevista cerrada, en el marco de los límites de un cuestionario, que se orienta mediante un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir.

La interacción entrevistado – entrevistador (encuestador – encuestado) se concentra en registrar y procesar cuantitativamente y se trabaja con respuestas verbales codificadas que expresan acuerdos, desacuerdos, o expresiones valorativas a partir de escalas de medición, donde se seleccionan las respuestas más apropiadas dentro de interrogantes preseleccionados. Además de las preguntas (abiertas o cerradas) y las categorías de respuesta, el cuestionario está formado por Instrucciones que orientan como contestar.

En el caso de nuestra investigación, el cuestionario de la encuesta consta de tres partes:

1ª) Esta parte cuenta con preguntas cerradas destinadas a describir las características sociodemográficas de los encuestados y su grupo familiar.

2ª) Aquí aparecen algunas preguntas cerradas y otras abiertas sobre participación en general y en salud; y sobre el valor de esa participación para el encuestado. La valoración de la participación, se concreta a partir de los resultados de las entrevistas y los grupos focales en atributos de dos tipos: de importancia y de acuerdo.

3ª) Por último, esta parte se realizó exclusivamente a aquellos que respondían de manera afirmativa sobre si participaban efectivamente en salud. Aquí también aparecen preguntas cerradas y abiertas.

En el caso de Bolivia el cuestionario, redactado originalmente en castellano, fue traducido a la lengua quechua para poder aplicar el instrumento en población originaria. Esta situación también se dio en Paraguay, donde el cuestionario fue traducido al guaraní, para poder realizar la toma de datos de beneficiarios que hablan esa lengua.

## 4.5 Los actores sociales y los instrumentos

### Entrevistas

El proceso de entrevistas en los diversos países presentó las siguientes modalidades:

En Argentina participaron directivos, técnicos, promotores y representantes de ONG's.

En Bolivia se seleccionaron autoridades de salud, representantes de organizaciones de la sociedad civil, personal de salud, facilitadores de huertos familiares, discapacidad y salud integral, y promotores del área rural.

En Paraguay se aplicó el instrumento a personas que por su cargo, función o referencia socio comunitaria podrían discutir aspectos fundamentales de la participación en las respectivas experiencias.

En Uruguay se realizaron entrevistas a técnicos, vecinos, trabajadores comunitarios, usuarios y miembros de Comisiones de Salud, incluyendo legisladores y al viceministro de salud nacional.

### Grupos Focales

La participación en grupos focales en los diversos países presentó las siguientes modalidades:

En Argentina los grupos de consulta estuvieron integrados por promotores de salud, técnicos de área de salud y miembros de ONG's vinculados a los programas seleccionados.

En Bolivia se implementaron grupos con agentes comunitarios en salud: defensores de la Salud, Manzaneras de la Salud, Promotores de Salud y Promotores Extensionistas en Discapacidad, dirigentes de barrios y comunidades; y personal de los establecimientos de salud: responsables del manejo del Programa, Representantes de los DILOS, Gerentes de Red y personal jerárquico de las alcaldías.

En Paraguay la participación en grupos focales siguió los mismos lineamientos que las entrevistas identificando a las personas que por su cargo, función o referencia socio comunitaria podrían discutir aspectos fundamentales de la participación Ciudadana en Salud.

En Uruguay la participación en grupos focales – al igual que en Paraguay -, siguió los mismos lineamientos que los empleados para las entrevistas, excepto que se excluyeron legisladores y miembros del poder ejecutivo.

## Encuestas

### *Argentina*

Para la aplicación de la encuesta, se seleccionó al Programa Remediar<sup>4</sup>. Debido a un acuerdo de “Confidencialidad”, entre el Ministerio y el financiador, no se logró acceder a la base de datos de usuarios. Frente a esta situación se sugirió utilizar a los Centros de Atención Primaria de Salud - CAPS, como medio para seleccionar a los encuestados.

Con ese propósito, se ordenaron separadamente los CAPS de la Ciudad de Buenos Aires y del Conurbano de la Provincia de Buenos Aires (Gran Buenos Aires - GBA) de acuerdo a la cantidad de recetas elaboradas durante el último año. De esos listados ordenados se seleccionaron sistemáticamente, con dos arranques aleatorios, 20 CAPS de la Ciudad de Buenos Aires y 40 CAPS del GBA.

La selección sistemática se realizó con probabilidades proporcionales a la cantidad de recetas elaboradas por cada CAPS, de este modo se aseguró la cobertura de todo el espectro de CAPS de las dos regiones consideradas. Finalmente, considerando un radio de 4 manzanas alrededor de cada CAPS seleccionado, se rastrearon los beneficiarios del programa hasta alcanzar los cinco casos por CAPS. De este modo se alcanzó el tamaño de muestra propuesto de 300 beneficiarios.

### *Bolivia*

Se realizaron encuestas en todos los programas y experiencias seleccionados.

En los casos de las experiencias “La gestión municipal en salud y la participación ciudadana” y “Los sindicatos agrarios y la participación ciudadana”, y en el caso del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI, se diseñaron muestras probabilísticas por conglomerados.

En las experiencias “Capacitación en salud con participación ciudadana” y “Participación ciudadana en el programa de nutrición” – Sal Yodada, Servicio Departamental De Salud – Cochabamba, la muestra fue probabilística, estratificada hasta el nivel de manzana con selección sistemática con arranque aleatorio de la vivienda.

En las experiencias “Municipios que impulsan procesos de participación ciudadana en salud (El Alto)” y “Mesas de diálogo y participación ciudadana en salud (La Paz)”, se seleccionaron intencionalmente actores de dichos programas, manzanas y participantes de las mesas de diálogo respectivamente.

---

<sup>4</sup> Este programa, destinado a fortalecer la red de centros de atención primaria de la salud (CAPS), provee gratuitamente de medicamentos a los consultantes de esos centros distribuidos principalmente en las áreas de menores recursos.

**Cuadro n° 1: Cantidad de encuestados por programa – Bolivia.**

<b>Programas</b>	<b>Encuestados</b>	<b>Porcentaje</b>
Sindicatos	104	18,9
PAI	98	17,9
Capacitación	100	18,2
Nutrición	100	18,2
Mesas de dialogo	41	7,5
Municipio El Alto	106	19,3
<b>Total</b>	<b>549</b>	<b>100,0</b>

### **Paraguay**

Se realizaron encuestas en los siguientes programas: Consejos Locales de Salud, Farmacias Sociales, Junta de Saneamiento y Agentes comunitarios de Salud. Los dos primeros programas están ubicados en departamentos con menor densidad poblacional que los dos segundos.

Sobre la base del padrón de participantes o beneficiarios de los diversos programas se seleccionaron cuotas de encuestados según la dispersión geográfica y los recursos exigidos por las distancias a recorrer por los encuestadores. En todos los casos se equilibraron los encuestados de zonas urbanas con los de zonas rurales.

**Cuadro n° 2: Cantidad de encuestados por programa – Paraguay.**

<b>Programa</b>	<b>Encuestados</b>	<b>Porcentaje</b>
Consejos Locales de Salud	60	20
Farmacias Sociales	60	20
Junta de Saneamiento	90	30
Agentes comunitarios de Salud	90	30
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

En el caso del programa Farmacia Social se implementó la selección aleatoria de los encuestados y sus reemplazos.

### **Uruguay**

Se realizaron 402 encuestas, 269 en Montevideo y 133 en Tacuarembó, en los programas Policlínicas Populares Privadas, Tacuarembó y Universidad de la República APEX.

En los tres casos se seleccionó mediante procedimientos aleatorios una fracción de muestreo de aproximadamente de 1 en 3 tanto entre mujeres como varones. En general la encuesta se realizó en los centros de atención, en los días y horas de mayor afluencia. Sin embargo, en algunos casos se concurrió a los domicilios de los usuarios registrados seleccionando una muestra al azar de domicilios.

En el caso de la experiencia de Tacuarembó el tamaño de la muestra se repartió equitativamente entre beneficiarios urbanos, suburbanos y rurales, mientras que en el caso del Programa APEX se aplicó el mismo criterio considerando los tres subprogramas que lo integran.

## 5. UNIDADES DE ANÁLISIS: Programas y experiencias

### 5.1 Argentina

#### ***Salud en Movimiento***

Es un Programa que proviene del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y depende de la Dirección de Programas Sanitarios de la Subsecretaría de Coordinación y Atención de la Salud.

Lleva a cabo acciones de “Formación de Promotores Comunitarios de Salud”, para fortalecer los objetivos de la Atención Primaria de la Salud (APS). Apunta a reorientar el sistema de salud, descentralizar las instituciones, formar al personal sanitario en APS, desarrollar un nuevo modelo de atención, trabajar interdisciplinariamente, desarrollar la investigación local y la participación real de la comunidad en la elaboración, implementación y evaluación de las acciones de salud.

Tiene como finalidad construir un nuevo vínculo entre el Estado, mediante sus políticas en el ámbito de Salud y la Sociedad,

La Participación Social es reconocida como una de las actividades básicas de las políticas de APS, la auto-atención, el papel de la mujer, el uso de la medicina tradicional y el saber popular; y está dirigida a solucionar, o limitar los principales problemas que afectan a la salud de la comunidad. Se debe realizar una alfabetización sanitaria de la población, informando, sensibilizando, motivando y educando acerca de los factores de riesgo y de las posibilidades de mejorar la calidad de vida.

Sus objetivos prioritarios son instalar un escenario de trabajo, donde confluyan y articulen todos los actores involucrados en las distintas problemáticas de Salud; fortalecer el vínculo entre los distintos efectores de salud y la comunidad; y desarrollar actividades educativas sanitarias que tiendan a la creación de espacios para la acción comunitaria a través de una participación democrática y a la organización de la comunidad en torno a la Salud.

Asimismo, sus propósitos son facilitar el acceso a la Salud de la población bonaerense, construyendo con las distintas organizaciones sociales un espacio permanente de trabajo a fin de mejorar y elevar las condiciones de vida de la población mas vulnerable; y garantizar la universalización de los programas de salud a los sectores mas vulnerables con acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la Salud.

Para operativizar el programa se plantean 4 estrategias: a) Educación Sanitaria Popular; b) Operativos Sanitarios; c) Fortalecimiento del sistema de referencia y contra-referencia; y d) Construcción de redes de prevención y atención.



### **Red Argentina de Municipios y Comunidades Saludables**

Constituye una estrategia que implementa el Ministerio de Salud en articulación con la Oficina Regional de la Organización Panamericana de la Salud.

Apunta a fortalecer la ejecución de las actividades de promoción de la salud a nivel local. Procura construir y fortalecer las alianzas multisectoriales para mejorar las condiciones sociales y sanitarias en los espacios donde viven las personas, abogando por la formulación de una política pública saludable, mantenimiento de ambientes sanos, y la promoción de estilos de vida saludables.

Se considera Municipio o Comunidad Saludable a aquellas donde todos los actores sociales se comprometen y organizan para mejorar las condiciones de salud y bienestar de todos sus habitantes. Los seis criterios básicos de un municipio saludable son: sustentabilidad, participación comunitaria, acción intersectorial, compromiso con las políticas públicas saludables, movilización y gestión de recursos y fortalecimiento de equipos técnicos. Para la organización de un trabajo de este estilo se propone la Planificación Local Participativa, que implica un proceso continuo de involucramiento en el diagnóstico, programación de acción, ejecución y evaluación. Esta herramienta permite a las personas y comunidades conocer su realidad, comprenderla y sentirse capaces de actuar sobre ella y transformarla.

La Participación Comunitaria es considerada un proceso social por el cual un grupo de personas con problemas y necesidades de vida compartidas en un área geográfica determinada, procuran identificar sus necesidades, tomar decisiones y establecer mecanismos consensuados de búsqueda de soluciones. Así, se puede afirmar que la participación es algo construido a lo largo de un proceso. Al promover y fortalecer la participación comunitaria en este proceso, se crean las condiciones necesarias para que los individuos puedan tener mayor control sobre sus decisiones y sobre aquellas acciones que afectan la salud individual y comunitaria (empoderamiento)

Su principal objetivo es impulsar la adopción de políticas públicas saludables como eje principal del accionar de los gobiernos municipales conjuntamente con las comunidades argentinas.

El componente participativo se explicita en cada una de las fases de la estrategia:

- Fase inicial y de organización: Se promueve el desarrollo de un diagnóstico con la participación de la comunidad; y una propuesta de plan estratégico a través de un proceso participativo e intersectorial.
- Fase de planificación: desarrollar un plan de acción con base en el diagnóstico participativo, identificar estrategias para promover la participación y formar alianzas para poner en práctica el plan y captar recursos”
- Fase de acción: Participación comunitaria (Involucrar a la comunidad, identificar estrategias para movilizar a la comunidad) y Vigilancia y evaluación (Garantizar que sea participativa e interactiva)



### ***Salud Sexual y Procreación Responsable***

Fue creado por la Ley Nacional Nº 25.673, del año 2002, en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación. Se enmarca en la Constitución Nacional Argentina, específicamente en el Artículo 75, Inciso 22 que incorpora la Convención por la Eliminación de todo tipo de Discriminación contra la Mujer y el Derecho a la Salud.

Reconoce que el Derecho a la Salud comprende la Salud Sexual y Reproductiva, y que ésta incluye la posibilidad de desarrollar una vida sexual gratificante y sin coerción, sin temor a infecciones o a embarazos no deseados, la posibilidad de poder regular la fecundidad, el derecho a un parto seguro y sin riesgos, y el derecho a dar a luz y criar niños saludables.

Promueve la "Consejería" en Salud Reproductiva y Procreación Responsable en los servicios de salud pública de todo el país; es decir, la posibilidad de acceder gratuitamente a una elección informada en materia de procreación responsable.

Está dirigido a varones y mujeres de todas las edades, respetando la perspectiva de género. Favorece la detección oportuna de enfermedades genitales y mamarias, contribuyendo a la prevención y detección temprana de infecciones y VIH/sida a través de la provisión de métodos anticonceptivos en forma gratuita.

Con relación al componente participativo, promueve la construcción e institucionalización de diferentes espacios de articulación con sectores de la sociedad civil, a fin de concretar un espacio de planificación participativa, es decir, un espacio de "gestión social planificada".

Dentro de este marco, el programa cuenta con cinco áreas de participación pensadas para cubrir desde abordajes interdisciplinarios, diferentes dimensiones del complejo salud sexual, salud reproductiva, derechos y desarrollo comunitario. Los actores involucrados en la construcción de estos espacios son: Consejo Asesor, CoNDeRS (Consortio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales), Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, UNFPA (Fondo de Población de Naciones Unidas), Programa de Formación de Promotores Comunitarios en Salud Sexual y Procreación Responsable.

### ***Programa Nacional de lucha contra los RH, SIDA y ETS***

En el marco del Plan Federal de Salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, el Programa Nacional de RH, SIDA y ETS de la Argentina elaboró el Plan Estratégico 2004-2007 a fin de sustentar y dar continuidad a las acciones desarrolladas tanto en el ámbito nacional como en los ámbitos provinciales y locales.

Sus principales objetivos son disminuir la transmisión del VIH/SIDA promoviendo en la población el cuidado de la salud; mejorar la calidad de vida de las personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS) e ITS; fortalecer la vigilancia epidemiológica; fortalecer la gestión de los programas provinciales, regionales y/o locales; y promover la investigación en relación al VIH/SIDA y ETS.

Tiene como función establecer, normatizar, evaluar y facilitar el desarrollo de las políticas de promoción, prevención y asistencia con relación a la infección del VIH/SIDA y ETS, de acuerdo con los avances técnicos de probada efectividad, avalados por los organismos nacionales e internacionales de referencia y actuando de manera coordinada y concertada con las jurisdicciones provinciales y municipales, otros sectores del Estado y de la sociedad civil, asegurando y garantizando una respuesta integral para el cuidado de toda la población.

En este sentido, cada Programa Provincial promueve la salud, previene la infección por VIH/SIDA y ETS y asiste a las PVVIH, la población general y los grupos más vulnerables, facilitando la instrumentación de las políticas de promoción, de prevención y asistencia en VIH/SIDA y ETS a nivel provincial y en cada municipio de su jurisdicción, movilizándolo a la sociedad toda y en especial a los actores involucrados en cada Provincia, de acuerdo con avances técnicos de probada efectividad, avalados por los organismos nacionales e internacionales de referencia. También, adopta y efectiviza las normas establecidas por el Plan Nacional Estratégico, dando cumplimiento a los convenios firmados entre la Nación y la jurisdicción sobre atención y prevención del VIH/SIDA.

## **REMEDIAR**

Constituye una estrategia central del Ministerio de Salud de la Nación para enfrentar la emergencia social y sanitaria, garantizando el acceso a la población más vulnerable a los medicamentos esenciales (provisión gratuita), que dan respuesta a la mayoría de los motivos de consulta médica en los Centros de Salud.

Posee un riguroso control de gestión para garantizar la eficiencia y transparencia en el uso de los recursos. Por un lado, a través de información generada por el programa: cada consulta médica da lugar a un registro en una planilla de recetas. Además, cuenta con un equipo de auditores que recorren permanentemente los CAPS y supervisan los stocks disponibles en cada centro y el cumplimiento de los procedimientos. La auditoría se complementa con visitas a los hogares de los beneficiarios para verificar que hayan recibido la medicación en tiempo y forma, y medir los niveles de satisfacción. En tercer lugar, cuenta con una red de control social directo a través de un convenio con Cáritas y Cruz Roja. Las entidades visitan periódicamente cada uno de los centros de salud e informan respecto a dificultades e irregularidades. Además, se estableció una Comisión Asesora Intersectorial integrada por organizaciones no gubernamentales con representación en todo el ámbito nacional, junto a las confederaciones médica y farmacéutica, así como representantes de los otros ministerios del área social de la Nación. Esto involucra desde la articulación con los Consejos Consultivos hasta el monitoreo del programa por parte del SIEMPRO.

El componente participativo se evidencia a través del "Área de Control y Participación Social", que tiene por objeto involucrar a la sociedad civil en el Programa, teniendo la certeza de que promover modelos participativos genuinos, significa, en definitiva, gerenciar con excelencia.

En este sentido, existen cuatro instancias participativas, tres de ellas como espacios formales (Comisión Asesora Intersectorial - CAI, Consejos Consultivos y Consejos Locales de Salud), mientras que la cuarta se tradujo en el trabajo de monitoreo y control social directo, a cargo de ONG's con presencia activa en todo el territorio nacional, y que apunta a garantizar la transparencia del programa, colaborando en la detección de desvíos e irregularidades en la ejecución.

La CAI es el máximo organismo de participación social del Programa. Su principal objetivo es asesorar a la autoridades en las tareas de planificación, ejecución, monitoreo y evaluación. Es un espacio multisectorial, que permite articular acciones con otros programas sociales y recibir de las ONG y demás entidades participantes información precisa y confiable sobre el funcionamiento del Programa en el ámbito local.

Los Consejos Consultivos Provinciales y Municipales cuentan con la participación activa de la comunidad y representantes de los respectivos niveles de gobierno. Actualmente se promueve la incorporación del seguimiento del Programa REMEDIAR a la agenda temática de las reuniones periódicas de estos Consejos.

Los Espacios Locales de Salud son espacios de deliberación, concertación y decisión a nivel de los Centros de Atención Primaria de la Salud - CAPS. Estos espacios pueden realizar el monitoreo de REMEDIAR y también ser un ámbito propicio para propuestas comunitarias tendientes a optimizar la atención médica y la promoción de la salud en la zona de influencia de los CAPS.

La Red de Monitoreo y Control Social Directo garantiza la transparencia permanente, significa un seguro contra desvíos y permite disponer de información a tiempo que permite evitar actos irregulares.

### ***Salud de los Pueblos Indígenas – Ex ANAHI***

Este Programa se enmarca dentro de los lineamientos del Plan Federal de Salud, por lo cual aborda los procesos de salud-enfermedad con un criterio integral y desde la estrategia de la Atención Primaria de la Salud. La población beneficiaria del Programa es la Población indígena en situación de riesgo social y sanitario.

Su principal objetivo es mejorar el nivel de salud y la calidad de vida de los pueblos indígenas promoviendo su desarrollo integral partiendo del respeto y la valoración de sus particularidades regionales.

Brinda asistencia financiera a las provincias de Salta, Jujuy, Tucumán, Chaco, Formosa y Misiones para la incorporación a los equipos de salud de Agentes Sanitarios Aborígenes y para el desarrollo de Proyectos Locales en Salud, de acuerdo a los convenios suscriptos entre el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación y los Ministerios de Salud de las provincias mencionadas.

Cuenta con 169 Agentes Sanitarios y 325 Promotores Sanitarios, y mediante convenio con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social fueron capacitados en salud beneficiarios del Plan Jefes/Jefas de Hogar Desocupados.

## 5.2 Bolivia

### ***Mesas de Diálogo y Participación Ciudadana en Salud***

En el año 2000 se instituye un mecanismo de participación social mediante la Ley del Diálogo Nacional, que entre sus objetivos contempla establecer lineamientos básicos para la gestión de la Estrategia de Reducción de la Pobreza que guiará acciones del Estado. Busca “Instituir el Dialogo Nacional como mecanismo permanente de participación social en el diseño, seguimiento y ajuste de las políticas destinadas a la reducción de la pobreza”.

Tanto el “Diálogo Nacional Bolivia Productiva” que inicia los procesos de Dialogo, como “El Diálogo Nacional de Salud en su primera y Segunda Fase”, son una instancia de expresión de los actores sociales, institucionales y políticos, que surge coyunturalmente marcando un hito en los cambios estructurales que en la ultima década viene atravesando el sector salud, al interior de los procesos democráticos del país.

Las mesas de diálogo en salud constituyen espacios de participación en los niveles nacional, departamental y municipal, donde se negocian las políticas publicas de salud entre los diferentes actores sociales y el estado.

Se inició con un enfoque basado en las relaciones salud - enfermedad, cliente-consumidor o paciente - proveedor de la salud, hasta llegar a proponer un sistema de salud participativo, integrado por el sector salud, pero con una amplia presencia de participación ciudadana, como resultado de procesos políticos y sociales que pusieron en evidencia la exclusión de grandes sectores, como las poblaciones rurales, mujeres en general, poblaciones indígenas, que no tienen acceso a las mínimas condiciones de salud.

Tiene como objetivo generar procesos participativos orientados a la revisión y profundización de las políticas de salud, a la reforma del sector y la consolidación de un modelo de gestión descentralizado en salud. Enfatiza la participación popular, a fin de mejorar los servicios de salud; y fomenta procesos de toma de decisiones para la utilización, administración y control de los mismos

### ***Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) y Los sindicatos Agrarios en el Trópico de Cochabamba***

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) funciona en Bolivia desde 1979. La participación de los secretarios de salud en el trópico de Cochabamba ha promovido movilizaciones masivas de la población para participar en estas actividades para prevenir enfermedades a partir de la vacunación de niños en edades susceptibles.

Sus principales objetivos son reducir la morbi-mortalidad por la difteria, tósferina, tétanos, sarampión, tuberculosis y poliomiелitis mediante servicios de inmunización a los niños; promover la autosuficiencia de los países en la prestación de servicios de inmunización en el contexto general de los servicios de salud pública; y promover la

autosuficiencia de la región en la producción de vacunas y su respectivo control de calidad.

Este programa debe ser analizado en el contexto territorial de Chapare, en el cual el sindicato agrario (colonizadores cocaleros) del trópico de Cochabamba constituye una forma de organización social que preside la colonización y regula la vida comunitaria y hace viable las posibilidades de la economía doméstica y funciona como mecanismo colectivo de reproducción social.

Tiene como principales funciones representar a la comunidad ante instancias de la sociedad mayor, como el estado, los municipios, organismos de cooperación. También, permite acceder a la tierra (física y legalmente), movilizar recursos externos e internos para mejorar la infraestructura comunal (camino, escuelas, postas, establecimientos de salud, etc.), mantener el orden en la colonia, abrir mercados y canales de comercialización, y vincularse con el sistema político e institucional regional y nacional.

Los sindicatos agrarios consideran que su función básica es servir a sus bases, por esto, adquieren una posición reivindicacionista, que solicita el apoyo externo para lograr la materialización de muchos proyectos, pero en algunos casos organiza actividades propias de apoyo a la producción.

Su importancia radica, por una parte, en la cohesión social que ejerce, lo que facilita en gran medida las acciones de desarrollo y, por otro lado el tener legitimidad en la representación de sus bases, es por naturaleza un interlocutor válido, para negociar tanto con el gobierno municipal, como con otras instancias, las demandas de la sociedad civil.

### ***Programa de Nutrición. Servicio Departamental de Salud, SEDES -Cochabamba***

El Programa Nutrición del Servicio Departamental de Salud de Cochabamba, viene desarrollando sus actividades desde el año 1976. Depende de la Unidad de Programas de la Jefatura de Planificación y Gestión Estratégica y trabaja en coordinación con otros Programas del Niño, la Mujer, Gestión Social, Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).

Los principales componentes del Programa de Nutrición son: a) la suplementación con micronutrientes (Hierro, Vitamina A, ácido fólico, vitamina C y Zinc); b) la vigilancia en la fortificación de alimentos (sal yodada, harina con hierro, ácido fólico, vitaminas del complejo B y aceite vitaminado); y c) Alimentación y Nutrición Humana en los diferentes ciclos de la vida.

El año 2002, se inició un proceso de involucramiento de la sociedad civil organizada, comenzando con “Defensores” y “Manzaneras” de la Salud (Agentes Comunitarios de Salud), que han desarrollado interacciones y vínculos con las Juntas Vecinales, Organizaciones Territoriales de Base, ONG’s y otros.

El año 2004, se inicia la integración intersectorial mediante el Consejo Departamental de Alimentación y Nutrición, creado por Decreto Supremo DS 24029 de marzo del 2003.

El Programa de Nutrición mediante el Consejo Departamental de Alimentación y Nutrición (CODAN), coordina actividades con instituciones gubernamentales, no gubernamentales y la sociedad civil, representada ésta última por el Comité Cívico, la Federación de Empresarios de Cochabamba y otros.

El Programa incorpora una perspectiva participativa y comunitaria, de persona a persona, centrado en el accionar de los “agentes comunitarios de salud”.

### ***La Gestión Municipal en Salud (Directorios Locales de Salud, Comité de Vigilancia y Red Social)***

La implementación de la Ley de Participación Popular posibilitó a los municipios el acceso a los recursos de la coparticipación, estos recursos deberían invertirse en obras según señala la misma ley, para mejorar la calidad de vida de sus habitantes tanto del área urbana y rural a través de la inversión en programas de educación, salud, infraestructura, caminos, producción, electrificación rural, etc

En este sentido, son funciones del gobierno municipal, ejecutar la gestión con participación popular en salud en el ámbito municipal, armonizando la planificación participativa en salud ; promover y gestionar programas y proyectos de cooperación técnica y financiera para la provisión de servicios de salud; elaborar, suscribir y evaluar compromiso de gestión con el gerente de red; evaluar la situación de salud, la red de servicios de salud, la ejecución de programas y la calidad de atención en salud; instruir la realización de auditorías financiero-contables, administrativas, médicas y de medicamentos en la red de servicios de salud; apoyar, controlar y atender los procesos de fiscalización en el uso de las cuentas municipales de salud, promoviendo la generación de informes periódicos dirigidos a los concejales y la comunidad; y gestionar los recursos físicos y humanos de la red de servicios de salud.

En este escenario los gobiernos locales así como los líderes comunitarios y los actores sociales de las comunidades y municipios, son los principales protagonistas tanto para el diagnóstico de la realidad, como para resolver los problemas detectados y realizar la planificación del desarrollo local, municipal, regional y nacional.

En lo que respecta a salud, es en el espacio municipal donde se deben aplicar las políticas y estrategias del Estado en busca de eliminar la exclusión, extender la protección social y llegar a los sectores más necesitados.

La gestión Pública en salud en los municipios se realiza con la participación de actores clave institucionales y de la comunidad organizada (red social), y a través de los canales establecidos por las leyes de participación Popular, de descentralización Administrativa y de Municipalidades.



### ***Comités de Vigilancia***

El Artículo Nro. 10 de la Ley de Participación Popular prevé un dispositivo de control social, el Comité de Vigilancia, que es nombrado por la sociedad civil, con el propósito de articular las organizaciones territoriales de base OTBs (sujetos de la participación popular) con el gobierno municipal. El control social adquiere gran importancia debido a que de ellos depende el uso equitativo y transparente de los recursos económicos de parte del Gobierno Municipal. Su estructura organizativa esta compuesta por un presidente, un vicepresidente, un secretario de actas, un secretario de hacienda, secretario de deportes, además existen comisiones de **salud**, caminos, educación y producción.

### ***El Seguro Universal Materno Infantil – SUMI***

Con el propósito de disminuir de manera sostenible la morbilidad materna e infantil, se promulga la Ley N° 2426 del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI). Es de carácter universal, integral y gratuito, otorga prestaciones a las mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación hasta los 6 meses posteriores al parto y a los niños/as desde su nacimiento hasta los 5 años de edad. Estas prestaciones se otorgan con carácter obligatorio y coercitivo en todos los establecimientos de salud en los tres niveles de atención del Sistema Público y Seguro Social de corto plazo, y en aquellos privados con o sin fines de lucro.

### ***Directorios Locales de Salud***

Para garantizar las prestaciones del SUMI, la ley establece también el modelo de atención y de gestión participativa en salud en donde el **Directorio Local de Salud – DILOS**, se constituye en cada uno de los municipios en la máxima autoridad en la gestión compartida con participación popular en salud. Esta conformado por el Alcalde Municipal o su representante quien lo preside, el Director Técnico del SEDES o su representante y el representante del comité de vigilancia (juntas vecinales o pueblos campesinos, indígenas u originarios, organizados según sus usos costumbres o disposiciones estatutarias).

### ***Manzaneras de “El Alto”***

El Programa surgió como consecuencia de la desconcentración del sistema de salud de El Alto<sup>5</sup> y la posterior creación de centros de salud en esta ciudad, mediante convenios y actividades de concertación con organismos internacionales, ONGs, agencias de cooperación, además de realizar paralelamente un trabajo comunitario en las áreas cercanas de cada centro de salud.

---

<sup>5</sup> La Unidad de El Alto, cobra autonomía al lograr su independencia administrativa y de gestión en salud del SEDES La Paz. Con la vigencia del Decreto Supremo 24237 se inició un proceso de descentralizador y participativo en la gestión de salud a través de las organizaciones de base. La descentralización de los servicios al nivel municipal dan lugar a un nuevo tipo de gestión municipal.

Posteriormente, con la ley de participación popular<sup>6</sup> se determinó la asignación de los recursos de Participación Popular y de la condonación de la deuda externa para que estos sean administrados por los municipios.

Ambas situaciones habían generado un nuevo contexto, un fortalecimiento de la participación social y los gobiernos municipales comenzaron a tomar un liderazgo en lo que es la salud.

El año 2000, la sociedad civil organizada, con participación de la gente de la comunidad, logró legitimar estos movimientos de participación social, fue evidente un mayor compromiso de las juntas de vecinos quienes organizados contaban con un secretario de salud, este invitaba o designaba en las asambleas de vecinos a una o varias personas, en su mayoría mujeres, como responsables de las acciones en salud de su manzano, al mismo tiempo esta persona tenía la responsabilidad de participar de sus reuniones mensuales e informar sobre la tarea que le fue asignada.

### ***Capacitación en Salud con Participación Ciudadana . Chillamarca, Cochabamba***

Considerando la participación ciudadana en salud uno de los principios orientadores en la reforma de la política de salud, se han incorporado procesos de capacitación de organizaciones No Gubernamentales (ONG) que desarrollan actividades en salud participativa en Bolivia,

En este sentido, MAP Internacional es una ONG que viene trabajando en Bolivia desde hace 20 años, facilitando el desarrollo de programas de capacitación en salud comunitaria, en coordinación con representantes de salud de los sindicatos campesinos de las comunidades rurales de la Provincias de Cochabamba y del norte del departamento de Potosí. Ha establecido su centro de operaciones en la comunidad de Chillamarca del Municipio de Tiquipaya. A nivel internacional tiene una historia de 50 años trabajando por la salud y la educación en los países más empobrecidos.

---

<sup>6</sup> Ley N° 1551, Ley de Participación Popular mediante la cual se transfieren la propiedad y administración de infraestructura física de los servicios públicos de salud a los municipios.



## 5.3 Paraguay

### ***Consejos Locales de Salud***

Es una estrategia de gestión pública en salud, con participación de la Sociedad Civil, que promueve alianzas, gestiona recursos y orienta las acciones con el compromiso del sector salud y del Municipio. Se conforma en el marco de la Ley 1032 del Sistema Nacional de Salud e inserto en la Política Nacional de Salud 2005-2008. Funcionan con acuerdos de descentralización administrativa: 32 Municipios en 9 Departamentos.

En cuanto a la Dimensión Participativa, permite la participación de distintos sectores (públicos y de la sociedad civil) para el diagnóstico de la situación de salud, gestión de recursos locales, como también en la implementación y evaluación de acciones.

Se incorpora el concepto de transparencia (rendición de cuentas a la comunidad). Su gestión ha permitido desarrollar modelos exitosos lo que facilitó que esta estrategia se incluyera en la Política Nacional de Salud.

### ***Seguro Comunitario de Salud***

Consiste en un esquema de Seguro Local Comunitario, mediante el cual las familias aportan una suma mensual a cambio de una lista de beneficios, garantizando el financiamiento de los servicios básicos de salud.

Con esto se brinda cobertura y acceso a gran parte de la población, se aumenta la eficiencia a través de la complementación de recursos locales y regionales; públicos y privados. En el país se han desarrollado 3 modelos.

En cuanto a la dimensión participativa, desarrolla un mecanismo solidario y autogestionario de protección a la salud. Está orientado a la prevención y promoción de la salud a través de una “contrapartida” de los asegurados que para el acceso a ciertos servicios tienen que cumplir ciertos compromisos asumidos en relación al autocuidado lo que implica la responsabilidad compartida.

En relación al Control Social, cuentan con un Grupo Comunitario de Control y Verificación.

### ***Farmacias Sociales***

Es una empresa comunitaria que tiene por objetivo la disponibilidad y accesibilidad de medicamentos básicos para personas de escasos recursos.

Se inicia en 1996 con 7 farmacias y 17 tipos de medicamentos. En el 2006 existen 219 farmacias en 63 Municipios (5 Departamentos) con 130 tipos de medicamentos y 4 parques sanitarios.

El modelo de farmacia social ha demostrado ser financieramente sostenible por la nacionalización de los recursos, la creación de la cultura de pago por parte de los usuarios y está diseñado de manera tal que solamente poblaciones de escasos recursos pueden ser beneficiarios, además, su sistema de gestión local, sienta las bases para avanzar en dirección a una mayor descentralización de los servicios de salud.

En cuanto a la dimensión participativa, se instala mediante la formación de un Consejo o Subconsejo Local de Salud quien es previamente capacitado y está encargado de la gestión con la colaboración de la Municipalidad y la Gobernación.

El Capital inicial es gestionado por la comunidad. Además, utilizan el modelo de Fondos Rotatorios. En este sentido, se han desarrollado herramientas para garantizar la transparencia de la administración de recursos.

### ***Juntas de Saneamiento***

Están conformadas por un grupo de personas que tiene por objetivo gestionar recursos para dotar de agua potable a su comunidad. Se inician en la década del 70 y están distribuidas en todo el país.

En cuanto a la dimensión participativa, constituyen uno de los primeros emprendimientos que convoca a actores locales con un objetivo comunitario, incluso cuando el contexto sociopolítico no favorecía la participación.

La mayoría de estas iniciativas se han consolidado y extendido en el tiempo incluyendo entre sus responsabilidades otras acciones referentes al saneamiento como por ejemplo la recolección y disposición de basura y la red cloacal.

### ***Programa Nacional de Control del Tabaquismo***

Este programa ha desarrollado una estrategia que involucra organizaciones y actores de la sociedad civil y del sector público para desarrollar herramientas reguladoras y líneas acción para control de espacios públicos libres de humo.

Tienen participación activa: el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, la Seguridad Social, Municipios, Organizaciones de la Sociedad Civil y Empresas privadas.

Esta iniciativa está desarrollada en el marco de la Ley 825/95 e insertada en la Política Nacional de Salud 2005-2008.

En cuanto a la dimensión participativa, el interés que despierta el tema ha movilizó a diferentes actores del sector público y privado.

El trabajo conjunto y coordinado ha logrado que las líneas de acción establecidas se hayan desarrollado con éxito. Gracias a la participación activa de diferentes sectores el nivel de cumplimiento de las acciones previstas es elevado.

## 5.4 Uruguay

### ***Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud Pública y Privada***

Se trata de un movimiento de constitución relativamente reciente (poco más de un año) aunque recoge la experiencia de numerosos grupos preexistentes nucleados en torno al tema de la salud. El detonante de su creación es la convocatoria del Ministerio de Salud a participar en el Consejo Consultivo que está estudiando el cambio de Sistema de Atención a la Salud del país.

Sus objetivos son: a) discutir las políticas de atención, gestión y financiación, la realidad sanitaria de cada una de nuestras zonas, los problemas que afrontamos y los programas que se hagan para encararlos; b) comprometer su esfuerzo para atender los problemas de salud colectivos, para promover la salud y prevenir la enfermedad; c) que se considere al individuo como un todo y no como una suma de partes aislada; d) generar en cada institución formas de participación de los usuarios, como mecanismos de control, posibilidad de crítica y denuncia, y también de apoyo y de propuestas; e) recibir y aportar su experiencia en un diálogo con quienes trabajan en los servicios de salud, en las instituciones de enseñanza públicas y privadas, formales e informales, y en los medios de comunicación; y f) mantener una educación permanente del usuario y su núcleo familiar, tanto en la salud como en la enfermedad.

### ***Red de Trabajadores Comunitarios en Salud***

Es una organización que tiene más de diez años de existencia y que nuclea promotores de salud que tienen diversas inserciones en los servicios de salud (públicos, privados, comunitarios, etc.) en todo el país.

Esta experiencia, así como la anterior fueron seleccionadas pensando en que tienen un alcance nacional.

Sus objetivos son crear un espacio diferente de intercambio de los distintos grupos apostando al crecimiento colectivo; adquirir y favorecer conocimientos para mejorar prácticas comunitarias; promover un mayor rereconocimiento entre los grupos de trabajadores comunitarios de salud; pasar de ser vecinos pasivos a ser vecinos activos de su salud personal, familiar y de la comunidad; y favorecer la autoestima y la valoración de las personas.

### ***Policlínicas Populares Privadas (comunitarias) de Montevideo***

Durante el período de la dictadura surgieron numerosos servicios con estas características, muchos de los cuales ya no existen. Sin embargo hay unas cuantas de ellas funcionando en forma muy activa, y merecen un estudio profundo, ya que se trata de organizaciones creadas y sostenidas por organizaciones de vecinos. Son experiencias de orden más “micro” que las anteriores, pero importantes por su antigüedad y por la eficacia de la cobertura que brindan en su área de influencia.

Apuntan a brindar acceso a la atención de salud a nivel local-barrial; mejorar la salud y calidad de vida de la población; y desarrollar actividades de promoción en salud y prevención, con énfasis en la participación comunitaria.

### ***Comisiones de Salud de los centros Comunales Zonales de Montevideo***

No se trata de organismos que brinden asistencia, pero tienen una fuerte incidencia en la planificación y propuesta de las políticas relativas a la salud en la órbita de la política descentralizadora del gobierno municipal de Montevideo.

Implica una división en 18 zonas y en algunas de ellas estas Comisiones han alcanzado un rol preponderante en la definición de políticas.

Sus principales objetivos tienden a promover los procesos participativos en el marco de los programas sociales y en el contexto de la descentralización municipal; y favorecer la atención a la demanda insatisfecha en el primer nivel de atención en los diferentes barrios en torno a los procesos de salud – enfermedad, desde un enfoque integral y desde la estrategia de APS.

### ***Sistemas de Salud del Departamento de Tacuarembó***

Es uno de los 19 Departamentos en que se divide políticamente el país. Desde hace varios años desarrolla una experiencia que es difundida como “modelo” de organización de los servicios de salud siguiendo los lineamientos de la Estrategia de APS.

Sus objetivos son fortalecer la estrategia de atención primaria en salud a nivel departamental; promover la mejora en la accesibilidad (geográfica, cultural, funcional y económica) a los servicios y programas de salud; realizar actividades de promoción de salud y protección específica, a través de distintos programas en el ámbito urbano y rural del departamento; y coordinar estrategias entre los sectores público y privado de la salud y con otros actores locales (educación, vivienda, etc.)

### ***Programa APEX – Cerro de la Universidad de la República***

Es un Programa que promueve la inserción de la Universidad en el ámbito comunitario (espacio educacional formal), aportando al mejoramiento de la calidad de vida de la población. Esto lo logra a través de la conjunción de: las funciones universitarias (aprendizaje unido al servicio, la extensión y la investigación), las diferentes profesiones, y de la Universidad con las otras instituciones con las que comparte objetivos.

Tiene como finalidades formar profesionales de la salud con una perspectiva integral y comunitaria, y contribuir a la calidad de vida de los habitantes de su zona de influencia, abriendo varios espacios para la participación de los vecinos en las actividades (con especial énfasis en la promoción de salud).

Sus objetivos son desarrollar y profundizar el programa de proyección comunitaria y barrial facilitando la articulación de los proyectos de acción de cada barrio con las prácticas curriculares, los servicios de salud, los centros educacionales y las organizaciones comunitarias.

Los Equipos Barriales Operativos (EBOs) optimizan la comunicación entre los servicios universitarios, los diversos actores de la comunidad y las instituciones (de salud, educación y ONGs) a nivel de cada barrio.

El programa apunta a impulsar el desarrollo de un Sistema Local de Salud en el área del Cerro y alrededores basado en la Estrategia de Atención Primaria de Salud.

El cumplimiento de este objetivo se procura lograr a través del desarrollo de los subprogramas de: Programa de Salud Familiar; Salud Mental; Salud bucal; Infancia; Adolescencia; Adultos y Adultos Mayores.

Impulsa la creación y el desarrollo de Programas Específicos que tiendan a mejorar la calidad de vida de la población a través del impulso de programas específicos de animación sociocultural, ambiente y desarrollo productivo.

Intenta mejorar la calidad de vida de la población promoviendo la participación activa, efectiva y sistemática de la comunidad en la planificación, organización, gestión y uso más eficaz de la red de servicios de salud a su disposición y, en esta forma, impulsar su protagonismo en la administración de los servicios y el cuidado de su propia salud.

## 6. RESULTADOS GENERALES

El presente capítulo hace referencia a los resultados más significativos que se relacionan con cada una de las dimensiones investigadas en función de las Unidades de Análisis seleccionadas.

Durante su lectura deberá contemplarse la diversidad cultural y contextos históricos en los cuales se desarrollan los programas y experiencias analizados. A los fines de ordenar la información que resulta en cada dimensión, se ha tomado la más pertinente.

Para profundizar la comprensión de los resultados presentados, sugerimos la lectura de los informes finales de cada país que se anexan al presente informe final<sup>7</sup>.

A continuación, la información se ordena en aspectos cualitativos y aspectos cuantitativos, teniendo en cuenta las técnicas utilizadas.

### 6.1 Aspectos cualitativos

#### Valoración y propósito de la participación

##### **Argentina**

En las unidades analizadas en este país se evidencia que no existe claramente un concepto unívoco sobre la participación; su significado está estrechamente relacionado con el marco de referencia, los valores de los entrevistados y participantes de los grupos focales sobre la misma o el diseño del Programa.

En este sentido, los **coordinadores** destacan a la participación como control o consulta en la toma de decisiones. A modo de ejemplo, para la primera de las conceptualizaciones, un entrevistado menciona:

*“...El objetivo era garantizar que nosotros estuviésemos cumpliendo lo que dijimos que íbamos a hacer con el Programa: llegar con los botiquines a todos los centros todos los meses, bla, bla, bla...”, “...El comité técnico asesor es un comité de expertos que avalan nuestro trabajo”.*

Por su parte, el concepto de participación entendido como proceso de consulta queda expresado en el siguiente comentario:

*“...entiendo a la participación como la distribución de poder en el sentido de poder tomar decisiones acerca de los distintos temas que trabajamos..”, “...se consulta sobre las decisiones que tienen que ver con la forma de distribución de la medicación...”.*

---

<sup>7</sup> Ver Anexo 2: Informes finales por país.

En otro caso se destaca la participación como acceso “... *profundizar lo que es acceso de la población a los servicios de salud sexual...*”.

Entre los *técnicos* la participación como valor esta relacionada con el “prestar ayuda”; lo asocian al compromiso de la comunidad en general con actividades que le atañen como personas o como ciudadanos.

En nivel de *promotores de salud*, predomina una diversidad de ideas sobre la participación, tales como “*el sacrificio*”, “*el altruismo*” y en otro extremo el “*reclamo o la solicitud de derechos*”; expresiones representativas de aquellos que pertenecen a los programas de Lucha contra el Retrovirus Humano HIV –SIDA y Salud en Movimiento.

En el caso del Programa de Pueblos Originarios se destaca la necesidad de participación como forma de garantizar el acceso a la salud.

## **Bolivia**

A través de la investigación, en este país se identificaron diferentes valoraciones de participación; éstas varían según las experiencias, las regiones, o la población seleccionada; sin embargo el propósito parece ser común.

Se pudo evidenciar también que los procesos de participación se constituyen en una herramienta esencial para resolver y transformar los conflictos internos existentes. Estos procesos son respaldados por la legislación Boliviana, que mediante la Ley Nro 2235 del Diálogo Nacional 2000, se instituyen mecanismos permanentes de participación social como los diálogos en diferentes instancias nacionales, municipales, etc., para el diseño, seguimiento y ajuste de las políticas destinadas a la reducción de la pobreza. Esta ley promueve la participación desde las instancias gubernamentales con obligatoriedad para todos los órganos públicos de la Administración Central y Departamental, Instituciones públicas descentralizadas y Gobiernos Municipales.

Al interior de estos mecanismos se han desarrollado estrategias para incentivar la participación y reconocer las demandas populares a través de sus organizaciones de base, sindicatos, comités, Directorios locales de Salud y otros. Sin embargo el propósito de la participación es caracterizado por la población como un mecanismo para reivindicar derechos, visibilizar demandas ante el gobierno nacional, o autoridades locales para mejorar condiciones de salud, trabajo, etc.

Para el sector gubernamental la participación ciudadana en salud es el espacio de planteamiento de necesidades, la oportunidad para realizar encuentros de la población con instancias del estado, con la perspectiva de encontrar respuestas a las necesidades o problemas identificados. Una de las personas entrevistadas expresa:

*“puede haber convocatorias bilaterales, puede hacer la convocatoria el Estado, pero también pueden tener la posibilidad de auto convocarse las instituciones desde la sociedad civil desde sus organizaciones genuinas y demandar también al Estado*



*una escucha y establecer un diálogo para que entre todos y todas se llegue a soluciones compartidas conjuntas y aceptadas por todas las partes”.*

Algunos **representantes de las organizaciones**, creen que se trata más bien de una apertura a la participación, solo como una manera de legitimar propuestas gubernamentales. En este sentido, reconocen que para las organizaciones todavía no es un proceso en el que se escuchan ni reconocen a plenitud sus verdaderas demandas, tal como se expresa en el siguiente comentario:

*“..todo ha estado como se dice vulgarmente cocinado, entonces no se ha podido hacer nada”...“...tenemos la percepción que se nos han convocado a los movimientos sociales para legitimar las propuestas que ellos han traído, o sea, muy poco caso nos han hecho, tampoco no han hecho conocer los resultados, o sea, nos hemos sentido como... actualmente nos hemos sentido como utilizados...”*

Los **funcionarios** consideran que la participación ciudadana se relaciona con los derechos, *“...la entiendo a partir del ejercicio de los derechos, y a partir de lo que significa ser reconocido a tener derechos, entonces desde esa perspectiva la participación se hace efectiva en el momento en que te haces parte “de” la decisión, entonces tu ciudadanía va ser reconocida en lo significa el derecho a tener derecho...”*

En el **sector salud** la participación aparece ligada al derecho a organizarse en función de las necesidades; sean éstas de la familia, del barrio, del club, del sindicato, de la región, departamentos o de la Nación. Destacan que el proceso de participación en salud permitió a los funcionarios conocer la percepción que tiene la población, *“...los saberes y entenderes...”* sobre aspectos de la salud.

*En efecto, cabe mencionar la siguiente expresión de un funcionario recogida en un grupo focal.*

*“... El nacimiento de este tipo de participación, permitió que ellos nos hagan conocer sus criterios sobre la salud y en muchos casos tenían un mayor conocimiento que nosotros mismos de sus verdaderas necesidades que tenían en la propia comunidad. Nos veían como extraños cuando llegábamos a proponer una situación que no estaba dentro de sus propias necesidades y ahí se vio e empoderamiento de la propia comunidad en el sentido de que ellos piden algo en salud, ellos lo asumían como de ellos, ellos lo trabajaban, ellos lo defendían y lo sacaban hasta el final y nosotros teníamos que ser simple coordinadores o guías, nosotros teníamos que darles lugar a que sus actividades puedan estar mejor encaminadas...”*

Con relación a los Directorios Locales de Salud – DILOS, la percepción sobre la participación en salud es diferente según los grupos sociales de pertenencia y de la posición que detentan dentro de una organización.

Entre los **líderes o funcionarios**, la participación a través de los DILOS es vista como una instancia de intermediación y de representatividad para resolver problemas de salud y lograr mejoras. En estos niveles existe un claro conocimiento del funcionamiento y roles de los DILOS y no así en las comunidades o pobladores donde se tiene poca información de los DILOS, de sus objetivos y roles.



*“...El DILOS se relaciona con la sociedad, con la comunidad a través del Comité de Vigilancia y estos participan en las reuniones del DILOS, y es donde se determina donde deben actuar y este comité de vigilancia retorna y tiene que informar a los ampliados ya sea de las provincias o centrales, yo he escuchado eso a lo menos. Donde yo estoy trabajando ahí llega el Comité de Vigilancia a informar, pero la mayoría de la gente no lo conoce bien lo que es el DILOS, que funciones cumple y todo esto entonces poco interés toma...”*

El informe de Bolivia que la participación está definida por aspectos básicos de atención médica en el daño a la salud más que como prevención o como parte de un derecho ciudadano, especialmente en la población en general. Las expectativas están más ligadas en el ámbito de las comunidades a mejorar los mecanismos de atención médica (puestos de salud, equipamiento y/o medicamentos).

### **Paraguay**

Del análisis de las unidades seleccionadas en Paraguay, surge la valoración sobre los procesos participativos vinculada con la orfandad del sector salud, el aislamiento geográfico y en algunos casos la marginalidad política, que han actuado afianzando procesos participativos. Se destaca a la descentralización como un factor movilizador en la participación, pero a diferencia de otros países, el mismo es iniciado por las bases con escaso apoyo del nivel central.

En este sentido, los conceptos de participación están relacionados con el apoyo al mejoramiento del nivel de vida de la comunidad; voluntad; vocación de ser vicio; compromiso; sensibilidad social, siendo estos valores en principal motivo para la participación en salud<sup>8</sup>. Junto con el espíritu del voluntariado aparece la participación como autovaloración colectiva.

*“...creo que la participación más a nosotros nos dio muchas cosas, no es soberbia, sino autoestima, por que no somos soberbios, pero nos valoramos por lo que trabajamos...”*

Otra de las formas de visualizar a la participación es como un proceso de sobrecarga de trabajo y de requerimiento de habilidades y competencias con las que a veces no se cuentan. Sumado a ello, se requiere la cooperación de la comunidad.

*“...Tiene que estar más involucrado el pueblo, la ciudadanía en general para poder... porque es una tarea demasiado grande, demasiado importante y de repente siempre se acuerdan de las autoridades para que, sería...para...que todos te preguntan que se hizo, todos quieren decir no se hizo nada, pero al final no hay... no se involucran, no trabajan y el tema salud es un tema de todos, es decir a todos les abarca, a todo.. Todos están en la problemática. Y esos tendría que ser la participación ciudadana, verdad, que cada uno este involucrado en la problemática...”*

Para los **promotores**, la motivación supone predisposición a ayudar, incluyendo la respuesta de la comunidad como factor condicionante. Para algunos participar

---

<sup>8</sup> Ver Cuadro n° 6 “Participación en Salud modalidades y motivaciones”. Pag. 72.

además, representa la posibilidad de capacitarse y la esperanza de conseguir algún puesto de trabajo

La colaboración aparece como una instancia recurrente acerca de la motivación para participar, conjuntamente con el logro de respuestas puntuales, pero esto no significa un compromiso a largo plazo.

La participación es canalizada a través de los Consejo Locales de Salud quienes donan tiempo y esfuerzo en planificar con el objetivo de mejorar en bienestar general.

El estudio de Paraguay señala las condiciones de éxito de la participación: 1) autoridades locales responsables y comprometidas; 2) autoridad sanitaria proactiva; 3) normativas pertinentes y efectivas; 4) apoyo técnico y 4) una población receptiva y respondiente.

## **Uruguay**

El estudio realizado en este país, señala que el valor y propósito de la participación se relacionan con experiencias del nivel comunitario y que parten de las necesidades de salud, constituyendo esta la principal motivación.

Dependiendo del concepto de salud que se utilice, pueden instrumentarse tanto una serie de actividades medicalizadas (canalizar una vocación), o en sentido amplio e integral, como la mejora de la calidad de vida que lleva a no utilizar los servicios de salud o utilizarlos lo mínimo posible.

La vocación es aludida como motivación a participar. En tal sentido se señalan: experiencias comunitarias positivas, intereses políticos no partidarios (resistencia a la dictadura), valores religiosos, motivos personales vinculados a circunstancias específicas (enfermedades, muertes, accidentes, jubilación, soledad).

La satisfacción de demandas concretas, de problemáticas y necesidades barriales es un motor para canalizar intereses, como así también, la posibilidad de trabajar con otros grupos.

Se menciona a la participación como construcción de ciudadanía, en términos de que la población se involucre en determinadas áreas.

En el caso particular de Uruguay y relacionada con la coyuntura política actual, se incorpora la concepción de participación ciudadana en Salud como una línea estratégica, incorporando al Movimiento Nacional de Usuarios, en los procesos de planificación y dirección en el Sistema de Salud.

En los *técnicos* se visualiza a la participación como un valor en sí mismo, ...“el que participa es porque cree en la participación”...apelando en estos caso a las dimensiones éticas e ideológicas. Para algunos agrupamientos de ciudadanos el compromiso con la comunidad es expresado como “sacrificio”.

En el análisis, aparece la salud como valor, como uno de los aspectos convocantes para reunir y movilizar a los vecinos en torno a un centro simbólico institucional o geográfico (hospital, centro de salud), quedando las acciones participativas en el marco del modelo médico (campañas de vacunación, de prevención, captación de embarazadas, charlas de educación para la salud).

La participación en salud aparece como una “profesionalización” expresada de diversas maneras “agente de salud”, “agente sanitario”, “trabajador comunitario”, legitimada por un actor externo tal como los gobiernos locales, Organizaciones No Gubernamentales y las propias organizaciones de la comunidad.

La satisfacción del usuario con el servicio en el cual se atiende, constituye un motivo para la participación dado que éste actor se siente informado, capacitado o por su poder de influencia en el sistema.

El primer obstáculo señalado es una concepción restringida de salud que incluye a la población profesional y no profesional, donde muchas acciones participativas en temas de trabajo, medio ambiente, género no son percibidas como componentes de la salud

## Viabilidad de la participación

### **Argentina**

En el estudio argentino, la democracia es considerada como condición para la participación: *“...para que exista participación tiene que haber un régimen que es democrático y que la permita”*.

Se considera que es necesario contar con un marco político dispuesto generar espacios de participación democrática abiertos al ínter juego de poderes. Esta voluntad se contrasta con la historia de las convocatorias manipuladoras de participación *“...siempre el poder político es el que abre o cierra la puerta para que esto sea posible. Digamos que es el motor importante si hay una decisión política, para que la gente participe...”*

A nivel comunitario y municipal se le asigna la oportunidad de generar estos procesos o de obturarlos. La visión, la voluntad de transparencia y el tipo de liderazgo son los factores centrales para que el poder político pueda dar lugar y promover la participación.

El temor a la cesión del poder, los conflictos políticos o el miedo a las demandas de la comunidad son identificados como los obstáculos más frecuentes. Merece mención en siguiente comentario de un entrevistado:

*“...El gobierno local también puede ser obstaculizado. Muchos decisores políticos no quieren saber nada con escuchar, o conocer, o tener a las comunidades movilizadas opinando sobre cuales son los problemas de salud...(también) está el gobierno*

*local que deja hacer, total nunca va pasar de que se sigan reuniendo... nunca llega al gobierno un proyecto formulado desde abajo..."*

Las organizaciones de la Sociedad Civil son condiciones de posibilidad de las propuestas participativas, en aquellos programas que tienen componentes

La posibilidad de reconocimiento y escucha del otro es la primera condición de la participación y por otro lado se complementan con la autenticidad, la transparencia, la confianza y la credibilidad que genera la propuesta de participación, condición que es claramente identificada frente a la manipulación política de la comunidad.

*"... la gente va participar cuando uno le demuestre que puede cambiar las cosas O sea si vos la llamas cuando ya esta cocinado, todo organizado la gente se desmotiva..."*

La información y el conocimiento de los derechos son condiciones para la viabilidad de los procesos participativos dado que generan empoderamiento en la comunidad.

Las experiencias históricas de la comunidad en procesos participativos aparecen como uno de elementos favorecedores o obstaculizadores.

*"...hay comunidades o sociedades que tiene historia participativa... ya sea porque se tuvieron que unirse por ej, ante el cierre de la estación de tren, que desactivó el movimiento económico del pueblo y se tuvieron que reconvertir... esto lo aglutinó como vecinos, para darse una visión colectiva de hacia donde seguir, si no el pueblo moría...eso de elaborar planes estratégicos locales, tener comisiones locales, vecinales para decisión de distintos problemas con el gobierno local..."*

En el nivel comunitario la actitud de los equipos de salud es una factor determinante de la participación: *"...la unidad sanitaria debe aceptar a la comunidad y participar de las acciones de la comunidad..."*

## **Bolivia**

La información obtenida revela que las condiciones para la participación en Bolivia tienen que ver con las motivaciones de la ciudadanía. Estas pueden estar relacionadas con sus derechos, los conocimientos o grado de información y la capacidad de convocatoria.

La ley de Participación Popular y Descentralización ha permitido que la información acerca de los recursos de los que disponen las municipalidades para salud, llegue a la población y esta tenga la posibilidad de tomar decisiones y establecer prioridades sobre el uso de los recursos para satisfacer sus necesidades más importantes.

La población identifica una necesidad de salud cuando está enferma<sup>9</sup>. La demanda de salud surge a partir de la percepción del daño. Esta situación según la experiencia de las Manzaneras, ha variado a partir de los procesos participativos

---

<sup>9</sup> Ver Cuadro n° 8 "Participación en Salud, tareas, beneficios y obstáculos". Pag. 74

generados por el sistema de salud; las autoridades de salud tomaron conciencia de la necesidad de involucrar a la población en los programas de salud promovidos por el Ministerio del sector y esta estrategia ha permitido mejores resultados.

Así se expresó una entrevistada al respecto: *“...el propio sector ha impulsado la participación, porque se había reconocido que como sector no íbamos a llegar a la población, seguíamos con mortalidades altísimas, infantiles, maternas, nuestras coberturas y nuestro perfil epidemiológico no variaba. Entonces surgió la necesidad de reconocer de ambas partes que la participación iba a permitir precisamente el involucramiento de la propia población en lo que cabía a su salud como tal, de ahí viene el tema de empezar a asumir responsabilidades, el cuidado, la protección, el auto cuidado, lo que voyas a llamarle...”*

También en la experiencia de las Manzaneras el empoderamiento es otra condición importante que viabiliza la participación ciudadana en salud:

*“se tiene que permitir primero la autonomía de la organización social, un empoderamiento y una capacidad de movilización por los derechos de la población, que las mujeres también superen toda discriminación y exclusión por parte del sistema de los varones”.*

Para estas mujeres los obstáculos más importantes que afectan la participación son de orden personal o inequidades de género, el miedo a hablar en público y a los esposos, que no están de acuerdo con sus actividades motivo por el cual realizan las tareas de promotoras cuando los maridos salen a trabajar

En este marco las organizaciones comunitarias: juntas de vecinos, sedes sociales y los espacios de capacitación, son importantes facilitadores de los procesos de participación.

En otras experiencias bolivianas analizadas aparecen el idioma; la presencia de expertos con actitudes de superioridad; la discriminación; y la mentalidad de dependencia, que son caracterizados como barreras a la participación. Los equipos de salud señalan que otros obstáculos son la posibilidad de ser confundidos como representantes de partidos políticos o también la situación de pobreza, porque la gente prioriza el trabajo frente a la asistencia a reuniones de salud.

En el Trópico de Cochabamba la viabilidad esta definida por el marco Legal que define el funcionamiento de los DILOS, como así también la Ley del Seguro Universal Materno Infantil- SUMI, que define los roles del DILOS. En el caso de estas experiencias analizadas, existe una fuerte estructura de participación basada en los Sindicatos, Centrales Campesinas y Federaciones, donde las bases de las decisiones son participativas, pese a lo cual la salud no encuentra un espacio definido. Se señalan como dificultades: los problemas de representatividad y de continuidad en el financiamiento, la falta recontinuidad en los cargos y el personal de salud, no contribuyen a la difusión de la función del DILOS en la comunidad.

La generación de procesos participativos, esta relacionada con el interés del líder o de la prioridad que las organizaciones le dan a la salud: *“...la clave son las personas en las instituciones, por ejemplo en el tiempo fue el señor Jorge Torrico que era*

*representante de salud en la federación de Entre Ríos. Era una persona que cada semana lo teníamos en el Centro, nos decía doctor que hay y si se decía hay una campaña voy a informar o tengo una denuncia de que el hospital está atendiendo mal, entonces la clave son las personas en las instituciones y el otro detalle es que hay que pasar bastante información a la federación porque ellos no le han puesto suficiente interés en incluir, primero están sus tierras, sus cultivos, caminos, agua, e incluso educación está más antes que la salud...”.*

## **Paraguay**

El estudio paraguayo destaca la existencia de marcos normativos como elementos centrales de la viabilidad de los procesos de participación. Estas normas van desde las Leyes Nacionales, tal el caso de la Ley de Descentralización 1032, como marco regulatorio en el caso de la Junta de saneamientos, o simplemente estatutos internos, tal como es el caso del Programa Comunitario de la Pastoral Social.

Asimismo, la voluntad política y la apertura, la adecuada coordinación de acciones y un efectivo estilo de gestión son mencionados como elementos viabilizadores de la participación.

El involucramiento de las autoridades, el fomento de actitudes personales positivas, promover la autoestima individual y colectiva son componentes facilitadores de la participación.

La viabilidad tiene tres pilares: 1) responsabilidad de las autoridades; 2) la gestión de las instituciones; y 3) la participación de la comunidad.

El presupuesto participativo representa un instrumento que moviliza a la comunidad, acerca a la gente a las instituciones y aumenta la credibilidad.

En el nivel comunitario se destaca como importante que la población tenga conocimiento de sus instituciones, de sus objetivos y capacidad de planteamiento de acciones que satisfagan sus necesidades.

Es importante la conducción y liderazgo, en las cuales se destaca: 1) cualidades morales; 2) capacidad de trabajo; y 3) el ejemplo que inspira confianza.

En cuanto a las condiciones que facilitan la participación se identifican: 1) el espíritu democrático, 2) el saber escuchar y 3) la premura con la cual aparecen las respuestas a las necesidades de la comunidad.

La percepción de la población del carácter neutral de las instancias que convocan, la no intromisión partidaria facilita mayor adherencia de la población a las propuestas de participación.

Los obstáculos que señala la población hacen hincapié en que la desmotivación es atribuida a la poca respuesta que se recibe del sector, la ineficacia de los servicios y las limitaciones de recursos, aspectos, que generan descreimiento y falta de confianza.



El nivel técnico expresa que tiene plena conciencia de la necesidad de contar con espacios participativos, señala que no encuentra apoyo en los decisores políticos y no cuenta con herramientas metodológicas para llevar adelante los procesos participativos. Consideran que los funcionarios no siguen los planes estratégicos y no poseen conciencia de su responsabilidad del éxito o fracaso de los programas en los cuales se encuentran involucrados.

La complejidad organizacional del sector salud, las dificultades en trabajar intersectorialmente, se mencionan entre otras limitaciones.

Se explicita que una de las dificultades para implementar políticas participativas, es que el conocimiento, el entendimiento y el autocuidado implican reflexionar sobre las condiciones sociales, ambientales y políticas que afectan a la salud y el bienestar. Consideran necesario intervenir en ellas a través del diálogo, la concertación y la negociación, sin que ello afecte las condiciones políticas y administrativas que implica la contraloría ciudadana.

Vinculado a lo anterior, los operadores políticos identifican los aspectos de la participación como contrario a sus intereses particulares, siendo obstaculizadores de los procesos. En este plano también se destacan las diferencias religiosas, la extracción social y cultural, en la cual se mezclan los objetivos comunitarios, que se relacionan con la falta de capacitación y formación para la organización comunitaria.

La consulta reiterada a la población en las etapas de diagnóstico y actividades de planificación, que no se plasman en resultados, son mencionados reiteradamente, como obstaculizadores de la participación.

## ***Uruguay***

En los análisis de Uruguay el primer obstáculo se relaciona con una concepción restringida de la salud que incluye a la población profesional y no profesional, dado que muchas acciones de participación ciudadana relacionadas con el trabajo, el medio ambiente y el género no son percibidas como relativas a la salud.

Se señala también, la formación Universitaria de los recursos humanos que trabajan en salud, ya sea por la falta de instrumentos para trabajar extramuros de las instituciones; de carencia de técnica para encarar el trabajo con grupos y población, por falta de instrumentación para manejar temas sanitarios en un lenguaje comprensible para la población. La desarticulación no se da sólo en terreno de los “saberes”, sino en el de las costumbres, necesidades y valores, lo que lleva a tensiones entre técnicos, vecinos y autoridades.

La cristalización de un modelo de atención asistencialista y curativo lleva a una desvalorización de ambas partes del trabajo de promoción de salud o prevención. El paradigma hegemónico de la salud la ubica más como una responsabilidad individual que como una construcción social. No se percibe a la participación en salud como un derecho, en muchos casos se desconoce y en otras ocasiones no se difunde.



Las características organizativas del sistema de salud son esgrimidas como obstáculo: su verticalismo, la centralización, los intereses creados, el corporativismo, e incluso la influencia de las multinacionales del medicamento.

*“...hay dos elementos que van a pesar siempre muy negativamente contra el movimiento de usuarios, contra la participación, que son tanto técnicos por el corporativismo médico, porque hay intereses creados y la multinacional de medicamentos...”*

Las políticas estatales actuales son mencionadas como obstáculos: la falta de coordinación, la superposición de directivas y programas y las políticas de corte asistencialista que pueden conducir a fomentar la dependencia y la baja autoestima.

Debe agregarse a este tema el centralismo político y administrativo del aparato estatal uruguayo. Asociado a técnicos y vecinos se destaca la falta de información.

La falta de tiempo, la inseguridad, la falta de remuneración, se mencionan también como elementos obstaculizadores de la participación. En un mismo sentido, los recursos se refieren tanto a los financieros (pago de traslados) y de infraestructura (espacios para reuniones).

En el nivel comunitario existe miedo a participar por la sanción que puede generar el reclamo y complementariamente la escasa disposición de los servicios, de sus funcionarios y de los técnicos a compartir “el poder”.

Entre los obstáculos se señala también la política partidaria, que dificulta la inserción de vecinos que no pertenecen al partido del gobierno. Experiencias negativas y frustraciones operan generando desmovilización.

En relación a los facilitadores, aparecen el compromiso personal, la solidaridad, las experiencias previas, la formación familiar, los antecedentes de militancia; ya sea en movimientos políticos, movimientos cooperativos, sindicatos y los antecedentes en trabajo comunitario.

Se reconoce que la calidad de las relaciones personales, el sentimiento de pertenencia a algún servicio (policlínica, hospital, grupos de vecinos), son facilitadores de procesos participativos. La apertura, la transparencia de la información, son condiciones para generar confianza en un grupo.

La existencia de lugares “neutrales”, como un club, la universidad, la policlínica, son mencionados como espacios que evitan la contaminación partidaria y la personalización de las relaciones si las reuniones se realizan en la casa de algún vecino.

El contexto político constituye actualmente un “empuje”, desde la valoración del tema y su instalación en la agenda, planteándose la coincidencia de intereses de los vecinos con los intereses políticos.

## Representatividad de los actores

### **Argentina**

El enfoque sobre la representatividad difiere según el actor analizado. Los coordinadores de programas identifican a organizaciones que poseen un reconocimiento público, como lo son la Cruz Roja o Caritas, quienes participan en instancias de control y auditoría de programas, o en procesos consultivos al interior de los mismos.

En el nivel local los procesos iniciados por el diagnóstico participativo implican un instrumento capaz de convocar a actores representativos de la comunidad, aparece asociado a la noción de transparencia, (¿para qué?), a la amplitud de la convocatoria. (¿quiénes?), y la reducción de la incidencia de lo político en las instancias del nivel municipal.

Los técnicos se refieren a la representatividad del propio programa y a una asentada en las autoridades municipales (intendente, funcionarios). Señalan dos riesgos en la representatividad de los actores en el tema de participación ciudadana en Salud: la "sobre representatividad" del sector salud y cuya mirada puede excluir otros determinantes de la salud y por otro lado el riesgo de los vecinos que no tienen representación (vecinos sueltos).

### **Bolivia**

En este país se identificaron dos tipos de actores que promueven la participación en el sector salud: el personal institucional - sea estatal o de ONG -, y por otro lado la población a través de sus sindicatos o diferentes formas de organización.

En general la población toma la decisión de participar porque encuentra la posibilidad de un beneficio personal o sectorial. Quienes promueven la participación se ven en la necesidad de identificar u organizar grupos para implementar a través de ellos planes, programas o proyectos de salud o desarrollo.

En algunas experiencias participativas se trabaja con grupos de mujeres por varias razones, una de ellas es que están en la comunidad o los lugares de intervención de los programas a diferencia de los varones que en general salen a buscar trabajo o el sustento para sus familias.

En la experiencia en La Paz. El programa ha priorizado el trabajo con mujeres, siendo este un actor representativo por varias razones; una de ellas es que constituyen un grupo vulnerable y tienen a su cargo la responsabilidad de la salud familiar, ya que trabajan fuera y dentro del hogar.

Señalan el enorme compromiso y responsabilidad de las manzanas, su alto grado de reconocimiento comunitario, pero en situación de desventaja en relación al "poder", dado que aún necesitan autorización de sus dirigentes y de los maridos.

En el Trópico de Cochabamba, la representatividad de los miembros de los DILOS esta definido por la Ley que valida la representatividad legal. Dos de sus miembros son elegidos por la Alcaldía y el Servicio Departamental de Salud SEDES y por la comunidad. Los representantes del Comité de Vigilancia, por los sindicatos, centrales campesinas y refrendados por las Federaciones.

Se menciona como factor de inequidad en la representatividad la cuestión económica, dado que los funcionarios tienen un sueldo y el representante del comité no lo tiene, lo cual genera dificultades en la participación.

### ***Paraguay***

En algunas de las unidades analizadas, la representatividad está dada por la confianza que la población deposita en sus autoridades y líderes. En relación con los primeros, se destaca la concordancia entre acciones y actividades del equipo que actúa en la conducción de la comunidad y la acción local, ya que posee límites permeables. Además esta legitimada por la existencia de espacios abiertos a grupos de la comunidad tales como; consulta, presupuesto participativo, rendición de cuenta pública.

El segundo de ellos se da en los procesos de la sociedad civil, con la existencia de liderazgos naturales, incluso aquellos con gran poder económico, que poseen cargos políticos, pero que por su buena conducción se han ganado la confianza y credibilidad de la comunidad. Este patrón de liderazgo comprometido, eficiente y democrático condiciona a los líderes subsiguientes incorporando ese paradigma de comportamiento. Se percibe en el liderazgo basado en la confianza un factor aglutinante, que consigue la adhesión de la comunidad, planteándose una participación inclusiva sin considerar la extracción social, culto o partido.

En otras unidades estudiadas, la representatividad esta dada por objetivos y roles definidos por estatutos y reglamentos. Tal es el caso de los Consejos locales de salud, cuyo modelo a excedido los límites locales, siendo un modelo refrendado a nivel nacional e internacional.

Las limitaciones a la representatividad incluyen condiciones vinculadas con el desconocimiento de los representantes de la realidad y problemas de los vecinos y las autoridades que no se comprometen en liderar los procesos de descentralización.

En las Juntas de saneamiento se especifican que la representatividad se basa en la solvencia moral, la capacidad de trabajo y el espíritu de servicio; condiciones que se demandan para la posibilidad de cubrir cargos directivos. Destacan que la función no es remunerada, por ser una asociación sin fines de lucro.

En la cultura indígena, la representatividad esta dada por la presencia del cacique y del chaman, siendo ambos la máxima autoridades de la comunidad. Para esta cultura liderar es servir, preocuparse y ocuparse del bienestar de su pueblo. Sin embargo las decisiones son tomadas por consenso por el conjunto de la comunidad;

todos tienen un rol activo y protagónico; tienen derecho a ser escuchados y a que consideren sus opiniones. La estructura organizativa garantiza la recolección de todos los miembros de la comunidad. A nivel del clan familiar la mujer tiene un rol primordial.

Con referencia a la Pastoral Social, la representatividad es apoyada en liderazgos naturales. Son personas que tienen algún vínculo con la iglesia y participan de un proceso de capacitación. Las que más participan son las mujeres, generalmente madres de familias que ya no tienen hijos pequeños; son más persistentes que los jóvenes, quienes si bien tienen interés, resultan más lábiles debido a los efectos que generan los cambios de esa etapa de la vida.

### **Uruguay**

Los colectivos estudiados surgen de organizaciones barriales (parroquias, comedores, ollas populares, grupos de carnaval) y se conforman en Asociaciones Civiles, siguiendo el marco jurídico previsto por el Estado. Poseen una estructura de roles y funciones, las decisiones están entre sus incumbencias, siendo en algunos casos convocatoria más amplia (asambleas, plenarios). La incorporación de los vecinos es espontánea y voluntaria. Los entrevistados marcan la diferencia entre representatividad por delegación y participación como forma de democracia directa.

Otra forma es la expresada a través de la legitimación parte del propio sistema de salud, reforzado por el criterio de reconocimiento formal obtenido a través de la capacitación: se pasa a ser “agente comunitario” o “promotor de salud” y los vecinos tienden a reproducir las relaciones de sometimiento con otros profesionales. Son más bien representantes de efectores locales o de los organismos políticos del sector que de la propia ciudadanía.

La mayoría de los que han pasado por los cursos de capacitación terminan apropiándose del discurso y de un lenguaje técnico, especializado, medicalizado, que los aleja del resto de los ciudadanos.

En el caso del Movimiento Nacional de Usuarios, surge entre sus propios integrantes el reclamo por la falta de información. También se encuentra el prejuicio de los integrantes de otros grupos. Se cuestiona que el poder político juzgue la representatividad de los actores en referencia al respaldo oficial a algunos grupos en detrimento de otros.

El tema de la representatividad al momento de la investigación está en debate, dado el alcance del término “usuario”, como la participación en otros aspectos tales como el Fondo Nacional de Recursos<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> El FNR se ocupa de la administración de los fondos para la realización de intervenciones de alta complejidad y costo, que está organizado bajo la figura de cobertura única para todos los ciudadanos del país, independientes de que sean usuarios del subsector público o privado.

## Capacidad de los actores

### **Argentina**

Los **coordinadores** de Programas se refieren a esta dimensión en términos de “dar herramientas”, “capacitar y enseñar”; transmitir herramientas para generar mejores decisiones, análisis, armado de propuestas y formulación de proyectos. En las menciones no aparecen referencias a las capacidades propias de la comunidad, a experiencias. Las capacidades se asocian a un proceso de capacitación, de aprendizaje y enseñanza.

Los **técnicos**, agregan a estas condiciones la “concientización” y parte del trabajo de los profesionales es que la comunidad se sienta “capaz de poder acceder y poder hacer”, manifestando que ellos tienen capacidades, potencialidades y derechos, y que pueden tener conciencia (capacidad) crítica de la realidad.

En relación a los **equipos técnicos**, las capacidades tienen que ver con la posibilidad de vincularse con la comunidad; como así también, estos se refieren a un posicionamiento de “ayuda” y “fortalecimiento de la comunidad”.

Los **promotores** plantean la necesidad de capacitación, sobre temas específicos con los cuales trabajan y otros sobre ciudadanía (diversidad). Reconocen que la propia capacitación les ha facilitado herramientas útiles y les ha permitido reconocer los errores que poseían. Sin embargo, señalan que la capacitación debe ser sostenible en el tiempo y que existe escasa difusión y en gran parte restringida a una “elite”. Es interesante que en relación el trabajo en los centros de salud, la capacitación aparece ligada a cursos impartidos y no tanto a la propia realización del trabajo.

En torno a las capacidades, se menciona al liderazgo, con atributos tales como: que movilice, motorice y convoque a la participación. Otros atributos señalados son: facilitador de cosas necesarias, generador de consensos y de confianza; dedicación de tiempo y continuidad, conocimiento del barrio.

### **Bolivia**

Entre las personas consultadas en Bolivia, se destacan las capacidades y aprendizajes propios de la cultura. El “CHACHAWARMI” - trabajo colaborativo entre el hombre y la mujer -, aparece como una fortaleza; en el caso de las Manzaneras la condición de mujer y su capacidad de relacionamiento, complementados por procesos de capacitación. Esto les permite tener posibilidad de influir en la comunidad y brindar información en torno a problemas de salud.

En las unidades analizadas en el Trópico de Cochabamba, la capacidad de los representantes de los DILOS es la propia de la experiencia (discutir, representar, negociar), identificada como condición de un liderazgo natural, pero no han recibido

ningún tipo de capacitación. Esta situación genera debilidades institucionales, falta de coordinación y discontinuidad en los cargos.

### ***Paraguay***

La capacitación, surge como un elemento fundamental, tanto como parte del proceso propio de la participación, como de aquellos que lo acompañan. De no ser así, las asimetrías en las competencias para la participación en salud, impedirían la obtención de los resultados. Esta percepción es válida tanto para la comunidad, como para funcionarios y técnicos.

Las actividades de capacitación ayudan a la nivelación de los grupos, pero también se observa que muchas veces los recursos capacitados no son tenidos en cuenta por no formar parte de la cartera de beneficiarios de decisores con poder discrecional.

Por otro lado, se expresa la importancia de las organizaciones de la sociedad civil, para garantizar la continuidad de los procesos de capacitación y la disponibilidad de recursos, dado que se percibe que el sector público no los garantiza.

La capacidad de los actores posee una doble vertiente: el conocimiento técnico y la posibilidad de informar a la comunidad.

En el caso de las comunidades indígenas, el saber popular es el dominante y como rasgo cultural es el que domina todos los ámbitos - sociopolítico y económico -, sin que por ello dejen de lado ofertas oportunas que mejoran el bienestar de sus comunidades.

En el caso de los promotores de la Pastoral Social, la capacitación es una condición esencial, dado que se orienta al trabajo con contenidos sanitarios, como el fortalecimiento de la organización y la participación.

### ***Uruguay***

Existe coincidencia que la participación se “aprende” y es parte de un proceso donde los actores han vivido experiencias que lo facilitan (militancia, vínculos familiares). También se valoriza el aprendizaje formal, que es legitimador del rol (agente sanitario, promotor de salud).

No es generalizado el reconocimiento del saber propio que tienen los vecinos o los usuarios y en este sentido han sido pocos los entrevistados que lo jerarquizan. Incluso el espacio de la capacitación formal es traído como una oportunidad para producir esta legitimación.

Dentro de las expectativas relativas a la capacitación, ésta se plantea en torno a temas instrumentales: cómo comunicarse con la gente, cómo trabajar las contradicciones y los conflictos a nivel de grupos, etc. La capacitación en estas temáticas se vincula a una modalidad de intervención desde la “lógica de la beneficencia” diferenciándola del enfoque del “ejercicio de la ciudadanía”, que genera conciencia, empoderamiento y excede el campo de la salud propiamente dicho. Esta última perspectiva se encuentra menos extendida.



La experiencia previa de los vecinos es mencionada como una de las capacidades que facilitan la participación ciudadana en salud.

## Vínculo entre actores

### **Argentina**

La mayor parte de los entrevistados cuando se refiere a los vínculos destaca dos aspectos: el poder y el liderazgo en los procesos participativos.

Los **coordinadores** hacen referencia a cuatro elementos relacionados con el poder:

- La **necesidad de distribución del poder** en cuanto a la toma de decisiones, situación que incluye a los equipos técnicos.
- El **vínculo interjurisdiccional Municipio y/o Provincia - Nación** donde el poder en la instancia del nivel local facilita y/u obstaculiza los procesos participativos. Otra expresión de este vínculo es cuando existe una dependencia remunerativa de los recursos humanos de los efectores salud con el municipio o la provincia, y los efectores deben cumplir con lineamientos de los Programas Nacionales, situación que limita el poder del Nivel Nacional
- El **vínculo municipio – comunidad**: es el que presenta mayores dificultades al abrirse los espacios de participación; dado que los mismos son utilizados para establecer demandas y reclamos a los intendentes; situación que el equipo de salud aprovecha para asentar sus propias demandas. Uno de los riesgos que identifican es la generación de espacios de catarsis y queja, como consecuencia de la nula o escasa oferta de espacios de participación.
- El **poder como disposición (discrecionalidad) de recursos** . En los niveles jerárquicos superiores se expresa como disponibilidad de una “caja chica”, medianteos y /o acceso a un vehículo. En el nivel local, en los pueblos chicos, el poder se construye a partir de la manipulación de los recursos o de los medicamentos, que son manejados y distribuidos en función de una construcción personal del poder.

Por otra parte, existen dos modalidades de ejercicio del poder en torno a la participación: las participaciones “dirigidas” con distintos grados de coerción, por ejemplo: participar por haber sido obligado a ello (del Director del Hospital hacia los trabajadores de la institución). La segunda modalidad es “dejar participar” con la convicción de que no se llegará a ningún punto de actuación que no trascienda el mero hecho de juntarse, conversar y tomar mate.

Dos figuras resultan conflictivas desde la mirada de los **coordinadores**: los médicos y lo punteros políticos. Estos últimos acusados de manejarse con la modalidad del “favor y el cobro”, limitando de esta manera la intencionalidad de convocatorias



amplias, sin discriminación; y por otra parte, toda instrumentación que adquiriera carácter político (cuando no fue la intención) es evaluada negativamente.

Los médicos son identificados por sus dificultades de apertura a la comunidad; situación que se acrecienta por considerar que se ubican en un lugar superior del saber. La excepción relativa la constituirían los médicos de APS y en especial los del interior del país.

En este sentido, se refieren a la fuerte determinación de necesidades e intereses de la comunidad desde una perspectiva médica, y se expresan conflictos al interior de la comunidad cuando existen recursos, por la apropiación de los mismos.

En las comunidades indígenas, los punteros y los caciques constituyen otros actores valorizados negativamente, estos últimos también son incorporados dentro de los político, ya que son acusados de tener intereses personales (económicos y políticos) regulando de esta forma la entrada de los programas en la comunidad.

La iglesia es refrendada como un lugar de poder y con escasa participación. Esta población es señalada como difícil de sentarse en una mesa de discusión; excepto que se la convoque, que participe. Respecto a esta población, se suma la dificultad por la discriminación, especialmente de las mujeres.

Las **organizaciones no gubernamentales** destacan el vínculo positivo con el Estado a nivel Nacional, aunque el repliegue del Estado se traduce en una insuficiente ocupación de algunas problemáticas. Al igual que otros actores, se refieren a una vinculación hegemónica del médico hacia los usuarios, hay sumisión del paciente hacia el médico. Desde el sistema de salud se producen discriminaciones y expulsiones a la población que porta ciertas problemáticas (por ejemplo HIV - SIDA)

Para los **promotores** la “confianza” es el valor recurrente de los vínculos, que les permite ser nexo entre el centro de salud y la población. Señalan que a veces la pasividad de la gente es resultado de la relación de maltrato y los procesos de exclusión que se generan desde el centro de salud.

## **Bolivia**

En Bolivia los vínculos se establecen entre el estado y las organizaciones de la sociedad civil en diferentes instancias y modalidades, pero también está la participación de organismos internacionales, ONG, etc.

El Ministerio de Salud es quien tuvo la tarea de elaborar la metodología para desarrollar el Dialogo Bolivia Productiva en el sector salud, y motivar la participación de la población, a través de las organizaciones sociales a nivel nacional, departamental y municipal, de los colegios médicos, de las juntas vecinales, de los comités cívicos, de los clubes de madres.

Las Organizaciones No Gubernamentales que apoyaron, algunas de ellas desarrollaron procesos de participación comunitaria, social, ciudadana o popular,

para alcanzar los objetivos de sus proyectos. También fue importante la participación técnica y financiera de la cooperación internacional y la iglesia.

Durante los diálogos se formaron también mesas internas de salud rural y medicina tradicional. Los actores que facilitaron la participación fueron también los municipios totalmente comprometidos y consientes de los problemas de salud que dan paso a la participación y que da paso al sector institucional al mismo tiempo. Estos encuentros entre actores permitieron expresiones como la siguiente:

*“...hubo bastante comunicación entre los diferentes actores por ejemplo desde la Central Obrera hubo una alianza estratégica entre los trabajadores y los profesionales, también se realizó el reconocimiento del trabajador, uno es trabajador obrero y otro es trabajador profesional entonces ese fue un encuentro muy interesante muy saludable porque aprendieron que entre todos podían aprender a construir un mundo mejor”.*

Otros actores que facilitan procesos de participación son las juntas vecinales, las direcciones sindicales, personas y personalidades de la sociedad civil al lado de sus instituciones como son los colegios de profesionales.

En el caso de las Manzaneras de El Alto, el conocimiento adquirido a través de la capacitación, en temas de salud, de derechos, de género y auto confianza, les permite un acercamiento personalizado a la comunidad y a las necesidades de la población. Asimismo han logrado establecer lazos de confianza con el sector salud.

Los conflictos que se presentan, responden a la estrecha vinculación de las Manzaneras con las autoridades municipales; cuando estas últimas cambian, repercuten en el trabajo que realizan las primeras. En este sentido, se han presentado algunos casos de favoritismo político hacia algunos grupos de manzaneras por partidos políticos y en ocasiones estos las quieren utilizar para sus intereses.

En el caso de los Directorios Locales de Salud, la participación de los diferentes actores del DILOS (salvo los funcionarios) es de carácter voluntario y el vínculo con las autoridades de carácter propositivo centrado en problemas de salud vinculados a la atención médica (puestos de salud, equipamiento, medicamentos, personal de salud).

El Programa Ampliado de inmunizaciones - PAI es señalado como un programa con un alto contenido social, que genera mecanismos de participación masiva, colaboración y cooperación en la mayor parte de los actores locales.

## **Paraguay**

El análisis de este país pone de manifiesto un cambio en los mecanismo de funcionamiento de los equipos de trabajos, el tradicional “comité” con objetivos a largo plazo, ha sido reemplazado por grupos de trabajo con objetivos renovables, que trabajan con planes de priorizando las metas según criterios acordados y avanzando gradualmente en la consecución de otros más pretenciosos.

En el caso de algunos procesos participativos más avanzados, se observa que la comunidad asume sus derechos a opinar y manifestar sus expectativas, mediante el fortalecimiento de la confianza para la libre expresión y basados en el conocimiento de los canales de comunicación.

El conflicto entre actores más destacado es la puja entre los objetivos del Programa Antitabaco y los grandes capitales que se encuentran detrás de la industria. Los vínculos han sido complejos incluyendo no sólo las instancias nacionales, sino también la internacional.

En el caso de las Juntas de saneamientos, los vínculos entre los actores se sustentan en procedimientos democráticos, una gestión transparente y un trato equitativo a los usuarios.

En las comunidades indígenas los vínculos están dados por los lazos de consanguinidad y de procedencia, siendo las aldeas los núcleos organizacionales formados por clanes familiares. Cada aldea tiene un cacique y un chaman, quienes tienen la máxima responsabilidad en las decisiones que afectan a la comunidad.

El tema religioso en ocasiones genera conflictos, ya que co-existen la iglesia católica con otras protestantes que muchas veces ofrecen servicios a cambio de la conversión.

El vínculo con el Ministerio de Salud es muy limitado, tanto que reciben planes en forma vertical que muchas veces no se adaptan a la realidad epidemiológica o socio ambiental del área.

En la experiencia de la Pastoral Social, la principal relación es la de los promotores con la comunidad; después de la capacitación son presentados a las autoridades, pero la relación es con el Centro de Salud y el vínculo con otras instituciones como la Municipalidad es frágil.

El tema político también es motivo de conflicto. No todos los líderes ven con buenos ojos el trabajo de la Pastoral Social en las comunidades, ya que al estar incorporado el tema de la participación, ejercita a miembros de la comunidad a analizar la realidad a través de un proceso de reflexión acción que modifica cualitativamente la cosmovisión de las personas.

Expresan que los liderazgos “fuertes” favorecen mantener un relacionamiento funcional. Los conflictos de intereses se presentan entre programas y entidades públicas o privadas, especialmente cuando estos programas comprometen la sostenibilidad de los recursos de algunas de ellas.

Algunos afirman que los actores políticos que aparecen esporádicamente dificultan el proceso, no sintonizan con la ideología y tratan de imponer su voluntad apoyada en intereses particulares

## **Uruguay**

Los resultados del estudio en Uruguay ponen de manifiesto que no hay una visión idealizada de los vínculos. Se reconoce un grado de conflictividad por más que la relación horizontal sea planteada como ideal. La estructura de funcionamiento de la mayoría de los grupos es jerárquica (por ej. Comisión Directiva). En el seno de los mismos, tanto como en las relaciones con los profesionales se identifican conflictos por liderazgos y competencias por el protagonismo. En algunos casos se han detectado tensiones entre técnicos y agentes comunitarios, dado que los primeros perciben que los agentes comunitarios representan un menoscabo de su lugar de poder.

En algunos casos se revelan vínculos paternalistas, vividos desde los técnicos o buscados por los propios participantes. Este tipo de relación puede darse en el plano comunitario, en la relación con los profesionales que atienden los servicios, como en el plano macro, por el tipo de relación con las autoridades políticas.

*"...Entre otras tensiones que se mencionan, aparecen las que se manifiestan entre zonas, por entender que reciben más apoyo económico y político (tanto en zonas del mismo departamento como entre Montevideo y el interior del país)."*

La experiencia participativa genera en la población un aumento de la autoestima que impacta en la relación con sus pares, que en su aspecto positivo aumenta el sentimiento de pertenencia, pero puede cambiar a sentido de "propiedad" y promueve una mayor conflictividad.

Coexiste con esta visión un planteo más doctrinario, que propone *"todos debemos ser responsables"* que se refiere a una relación horizontal, de igualdad que en algunos discursos parece encubrir la jerarquización del rol del técnico: el vecino que se capacita pasa a un plano de igualdad con el técnico, revelando una desvalorización subyacente del ciudadano común.

Un aspecto relevante tiene que ver con los roles y relaciones de género. Mayoritariamente son las mujeres las que participan de las acciones; se caracterizan por ser mayores de 40 años, amas de casas o jubiladas. Esto parece vinculado con características culturales que los propios entrevistados relatan y que reservan el tema de salud para la mujer. Se detecta asimismo la emergencia de grupos de jóvenes (entorno a los 20 años) involucrados en el tema.

## **Modalidades operativas**

### **Argentina**

A nivel central se registran modalidades operativas que responden a la necesidad de garantizar los "objetivos centrales" de los Programas, como un espacio que es definido a partir de actores político ejecutivos. Es el Consejo Federal (ver Sustentabilidad) el organismo que establece las bases de funcionamiento,

articulación y concertación de las políticas nacionales y jurisdiccionales de salud, respetando la autonomía de estas últimas.

Con declaración de la Emergencia Sanitaria en el año 2002, como expresión del nivel macrosocial se crean los Consejos Consultivos, integrado por diversos actores del Sistema Nacional de Salud (Universidades, colegios profesionales, asociaciones científicas, organizaciones de profesionales, gremiales y de la sociedad civil), como espacio de discusión y consenso. Su finalidad es asegurar la efectividad de las decisiones políticas y se articula como un espacio de asesoramiento e incidencia.

A nivel meso y micro, se ponen en marcha los Consejos Consultivos Provinciales y Municipales, respectivamente. Estos espacios surgieron originalmente dentro del ámbito del Ministerio de Desarrollo Social y fueron incorporando el tratamiento de temas sanitarios, llegando a conformar en algunos casos Comisiones de Salud.

Los Consejos Consultivos Provinciales tienen como función el cumplimiento de criterios de accesibilidad de los beneficiarios, controlar y monitorear el desarrollo y ejecución de los programas.

Los Consejos Consultivos Municipales son las instancias locales que coordinan y facilitan la interacción de los diferentes programas e impulsan la gestión asociada entre el Estado y la Sociedad Civil.

A nivel Nacional, en el caso de la estrategia de Municipios Saludables, estas modalidades se manifiestan a través de una mesa ejecutiva de la Red. En ella están representados 3 Municipios que representan cada una de las regiones del país, el Ministerio de Salud y la OPS.

En Programa Remediar, aparece el Consejo Asesor Intersectorial (CAI), que está integrado por la Confederación Médica Argentina (CONRA), OPS, UNICEF, Caritas, Cruz Roja y la Red de médicos del Episcopado.

En el nivel local, otro determinante significativo en las modalidades existentes se define a partir de la conceptualización del espacio de la “política” homologada al clientelismo, a la práctica discrecional, con el impacto negativo por ejemplo en la estructura de los Consejos Consultivos del Programa Remediar.

En el plano de los contenidos, las modalidades operativas se ven influenciadas por la concepción de participación como control para la construcción de garantías en la accesibilidad para la población, apoyada en la acción del voluntariado, básicamente en el Programa Remediar.

Por otro lado, la participación en salud se reconoce como pilar del proceso de construcción de ciudadanía basada en políticas activas de promoción y calificación de la demanda, con modelos construidos con fuerte impronta co-operativa con las organizaciones de la sociedad civil; modelo vigente en el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable y también con algunas diferencias importantes, en el Programa de Lucha contra los Retrovirus Humanos SIDA y ETS.

El Programa Salud en Movimiento, se implementa dentro de la concepción de políticas activas promotoras de salud; se basa en la figura de “promotores/militantes de base”, y tiene contacto directo con organizaciones de base territorial, promoviendo descentralización y horizontalidad a partir de operativos de salud.

En el nivel de los *promotores* cabe destacar la existencia de una estructura territorial de apoyo para la implementación de acciones con los que cuentan los Programas Remediar, el de Salud Sexual y Procreación Responsable, estructura conformada por la Red de Centros de Atención Primaria de Salud.

## **Bolivia**

En este país, las modalidades de participación han sido promovidas por el propio Estado. Se ha logrado que la población se involucre en diversas experiencias de participación, orientadas al apoyo o fortalecimiento de las actividades asistenciales que se hacen desde los establecimientos de salud, como los mecanismos de gestión en los procesos de toma de decisiones.

La Ley de Participación Popular establece no solamente la participación, sino también la responsabilidad social. A partir de estos mecanismos surgen nuevas formas de participar, con mayor presencia en las decisiones en salud. De este modo, los agentes voluntarios de salud constituyen los brazos operativos de los establecimientos de salud.

Las modalidades operativas de la participación han permitido la construcción de políticas, fortaleciendo una visión de acercamiento entre los ciudadanos y el sector salud.

Actualmente los programas son menos verticales, no hay políticas que se elaboren solo institucionalmente. El sector salud todos los días y para todo está considerando las necesidades de participación social.

En el estudio se evidencia una mejora en la atención en los servicios de primer nivel en atención primaria en salud. Gracias a la integración de acciones en el nivel local, éste se constituye en el lugar en el que participa directamente la comunidad.

Las Manzaneras desarrollan trabajos de información, consulta y ejecución de Programas de Salud propuestos por el Ministerio de Salud. Estos son ejecutados a nivel Municipal (DIMUSA).

En el Chapare (Trópico de Cochabamba), las modalidades operativas están definidas en el DILOS, donde existen procedimientos de información, consulta y control social. Existen reuniones mensuales de los sindicatos, las centrales y las federaciones. El control social se evidencia en la figura del representante del Comité de Vigilancia ante el DILOS, quien es el encargado de informar a las organizaciones sindicales de base.



## **Paraguay**

Modalidades tales como los Consejos Locales de Salud atraviesan niveles macro, meso y micro. Las experiencias de presupuesto participativo permiten el control directo de los mismos interesados.

Por su parte, la Asamblea es la expresión organizativa de las Juntas de Saneamiento. Es en este espacio donde se inscriben los socios, se leen los informes de auditoría y se eligen las autoridades.

El Programa de Prevención del Tabaquismo se basa en una estructura compleja con compromiso en el nivel internacional, acciones ministeriales y legislativas, como la asunción del cumplimiento legal por parte de las instituciones públicas y privadas.

El Programa de Promotores de la Pastoral establece su impacto a nivel local; está sustentado por la pertenencia a la Iglesia y las acciones guardan relación directa con la población tratando de responder a necesidades de salud generalmente a nivel primario. Cada promotor se relaciona con 25 familias.

## **Uruguay**

La experiencia del Movimiento de Usuarios de nivel macro político está aún en una etapa inicial, los niveles organizativos meso y microsocio son espacios expresados en los Consejos Vecinales (organismos de gobierno local que forman parte de la descentralización del gobierno Departamental de Montevideo), por los ediles locales integrantes de Comisiones de Salud u otras comisiones temáticas, y las redes barriales que reúnen distintos tipos de organizaciones (policlínicas, Comisiones Vecinales)

En el caso de las unidades analizadas en este país, utilizar los servicios, ser usuario de las policlínicas, asistir a charlas educativas, participar, organizar jornadas, parece constituir una modalidad muy difundida y aceptada de considerarse "participativo"

Los grupos de autoayuda han aparecido con frecuencia como un espacio de participación o como un paso inicial para luego ampliar sus actividades.

Recorridas barriales, revistas, medios de comunicación alternativos, son considerados como canales que facilitan que los ciudadanos conozcan propuestas, se apropien de ellas y hagan llegar sus opiniones o propuestas.

Las fases más tradicionales y difundidas prevén la posibilidad de autogestión, siendo la más difundida la cogestión, con la participación de grupos vecinales y organismos públicos.

En el caso de los Hospitales se aspira a consolidar las asambleas de usuarios a fin de que estos controlen la gestión: se han planificado comisiones, de carácter bipartito (con funcionarios), asesor y consultivo (con usuarios).



## Los niveles de intensidad de la participación

### **Argentina**

Los *coordinadores* de los Programas identifican a la participación como toma de decisiones, como acceso a la información y consulta en la macro gestión, pero condicionada por la voluntad de las autoridades políticas.

El Monitoreo social es implementado en dos de los programas analizados; en ambos existe cogestión entre el Estado y las ONGs. En el Programa Remediar se convoca a dos organizaciones con representatividad nacional, como lo son la Cruz Roja y Caritas, cuya función es controlar que se cumpla el acceso al Programa; en el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, esta expresión de la participación nace de una propuesta de las Organizaciones de la Sociedad Civil, reunidas en el Consorcio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales – CONDEERS.

Los compromisos y la intensidad de la participación varían con los Programas. Un elemento determinante lo constituye las características de los diferentes actores, especialmente el sexo y la profesión, destacándose el compromiso de las mujeres por sobre los hombres y de los enfermeros y los agentes sanitarios por sobre los médicos.

En el caso particular del Programa “*Salud en Movimiento*” se asocia el compromiso con el origen militante del Programa.

Por sus características, la estrategia de Municipios Saludables privilegia los niveles regional y local donde priman la información, la consulta, la decisión en algunas acciones y en menor medida, la agenda pública.

En el Programa de Pueblos Indígenas, el planteo es la organización en torno al diagnóstico de las barreras de accesibilidad a la asistencia sanitaria, que es la forma más simple de participar (estar o no incluido).

En el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable el tipo de participación es fundamentalmente de acceso a la información y a los métodos anticonceptivos.

En el caso del Programa de VIH-SIDA se interpreta a la participación como el contacto entre técnicos con los actores institucionales o beneficiarios. Se plantea que la decisión tiene que estar en el Estado, que la comunidad puede controlar, pero no decidir.

### **Bolivia**

En el caso boliviano, se observa un elevado compromiso en los diferentes niveles de gestión, con alto sentido de colaboración, de búsqueda de oportunidades para superar las debilidades del sistema de salud, y está directamente vinculado a la

resolución de problemas concretos, pero sin manifestarse incidencia en las agendas Municipales, del SEDES y de las Federaciones.

La red de salud, las redes sociales y los sindicatos son los canales básicos de acceso a la información; las reuniones garantizan los espacios de discusión.

### ***Paraguay***

En los Consejos Locales de Salud es donde pueden observarse múltiples categorías de intensidad, según los niveles organizativos y el tiempo de ejecución del Programa. La modalidad de equipos de trabajo, se inicia a partir de la estructura orgánica reconocida por el Municipio, cuya coordinación es ejercida por el Intendente Municipal o el Secretario de Salud o el co-liderazgo del Director del Servicio de Salud. Integran los Consejos otros actores sociales tales como las Iglesias, las comisiones vecinales, las cooperativas.

En el caso de FRAM, se contemplan intensidades que oscilan desde el nivel de acceso a la información hasta la incidencia pública.

Por su parte, las Juntas de Saneamiento garantizan un proceso de circulación de información, consulta y toma de decisiones. Se destaca la consulta pública para las decisiones de temas trascendentales.

Contrariamente a las experiencias que se fortalecen en las bases para avanzar hacia la incidencia en los niveles meso y macro, las Juntas surgen a partir de los decisores políticos y financieros y se consolidan al articular con necesidades comunitarias y mecanismos efectivos de financiamiento.

### ***Uruguay***

La participación como proceso de diversos niveles es observable en las diferencias entre Montevideo y el interior. Según la información relevada, en Montevideo habría una experiencia más extensa y sostenida, con mayor apoyo político y una inserción más clara en espacios de decisión. En el interior se mencionan dificultades para comprometerse, con mayor control social, pero con más facilidad para las relaciones personales, que facilitan las acciones a nivel micro.

Los niveles identificados son los siguientes:

- **Estar informado:** refiere a recibir información que se brinda a través de los medios de comunicación acerca de la realidad nacional (Medios de difusión, asistencia a charlas y reuniones de difusión)
- **Recibir información:** ser efectivamente “usuario” de un servicio de salud, no implica en este nivel, más que la solicitud de atención o recepción pasiva de una intervención decidida desde lo técnico/político.

- **Colaboración:** asumir activamente la ejecución de tareas vinculadas con el sostén de una experiencia o servicio en particular (mantenimiento de instalaciones, recaudación de donaciones).
- **El vecino funcionario:** implica una profesionalización de las funciones; distribución de tareas; cumplimiento de horarios y turnos. Es en este nivel donde participa el vecino capacitado.
- **Opinar:** hacer saber a sus vecinos, a los servicios de salud cercanos, a las autoridades barriales, locales, departamentales o nacionales, cuáles son sus necesidades y expectativas con respecto a la salud (individuales y colectivas). Se confrontan en base a las expectativas generadas a partir de los diálogos en salud. Los representantes de las organizaciones no se sienten que son reconocidos con la importancia que merecen.
- **Gestión:** toma de decisiones. En este nivel el ciudadano se apropia de un espacio de poder y lo ejerce activamente, ya que se trate de llevar adelante un servicio o un espacio político acerca del tema.
- **Contactos con organismos nacionales e internacionales:** para obtener apoyo a proyectos específicos, así como intervención en la formulación de los mismos. Quienes relatan este tipo de experiencias son quienes se manifiestan más claramente “empoderados”, ya que ponen en evidencias fortalezas que les permiten transitar desde la identificación de problemas, planteamiento de soluciones, planificación y negociación.
- **Todo el poder:** no es la más frecuente, pero se ha encontrado alguna manifestación que alude a que la coyuntura estaría favoreciendo el acceso a ese lugar, sin antecedentes en el país, y que hay grupos que se sienten con la fortaleza necesaria para ocuparlo.
- **Una “participación reactiva”** que es movilizadora por el hecho de atravesar alguna circunstancia personal desencadenante. (violencia doméstica, enfermedades crónicas que requieren cambios de hábitos, hijos con discapacidades, etc.).

## Los efectos transformadores de la participación, sus alcances y los límites del proceso.

### Argentina

Al hablar de los efectos transformadores de la participación, los **coordinadores y técnicos** hacen referencia a cambios concretos en las personas de la comunidad a partir de la intervención del Programa, destacan que la gente requiere más información y adquiere hábitos de prevención en salud. En este nivel se señala que la comunidad adquiere capacidad de hablar en público, participar y pierden el miedo.

Complementariamente, se observan cambios en los equipos de salud, que les permiten una mejor identificación de beneficiarios, hasta una mejor gestión, control e implementación.

Desde una perspectiva macro, se refieren a los efectos en la gestión, en la agenda y la legislación pública, expresados en la mención del Comité Asesor Intersectorial y los Consejos Consultivos.

Los **promotores** destacan aquellos efectos que se expresan en actividades biomédicas de prevención y asistencia como ser vacunación de niños; identificación de niños desnutridos; control y diagnóstico de diabetes; prevención por medio de expendio de preservativos; y el armado de grupos terapéuticos para adicciones.

En una segunda instancia, identifican el incremento de su capital de conocimiento a partir de los cursos de capacitación y el aumento de confianza de la población a medida que los centros de salud se abren a la comunidad.

## **Bolivia**

Para el **personal de salud** la experiencia de las Mesas de Diálogo en Salud ha permitido mejorar la participación de la población en cuestiones de educación, salud y comunidad. El poder de las organizaciones se ha hecho evidente en los sucesos del año 2003, cuando se logra la renuncia del Presidente Sánchez de Losada.

Para las **organizaciones de base** lo más importante es que actualmente todos los médicos tradicionales se han organizado a nivel provincial y departamental, reconociendo la importancia de la medicina tradicional y se ha propuesto una ley en tal sentido.

Los efectos transformadores más destacados son aquellos que se dan a nivel personal (habilidades) y comunitario (conocimientos de necesidades y problemas comunes, apoyo para la buscar soluciones en salud). Si bien existe mayor frecuencia en la consulta a los servicios de salud, no siempre están satisfechos con el trato que reciben. Las manzaneras en general consideran que han logrado mejorar la salud de las mujeres y los niños de la zona.

En el casos de los DILOS, se puede concluir que después de 10 años de vigencia no se han producido transformaciones significativas en los procesos participativos, situación condicionada por cambios frecuentes de las autoridades; la falta de capacitación; la falta de reglamentaciones para el uso de los fondos y la escasa difusión hacia la población respeto del DILOS y sus competencias.

El Programa de inmunizaciones (PAI) ha logrado mejorar la cobertura de vacunación; la población ha perdido el miedo a las vacunas y sus efectos. La comunidad identifica a los no vacunados como población de riesgo.

## **Paraguay**

Los procesos comunitarios han fortalecido las experiencias de análisis de la realidad, el diagnóstico participativo, la implementación conjunta de acciones con el Municipio, el monitoreo y la evaluación.

Uno de los cambios más significativos es el involucramiento de la Municipalidad en el ámbito sanitario, que se traduce en las inversiones en el sector salud, en la promulgación de numerosas ordenanzas con miras al mejoramiento de la salud y el bienestar de la población.

Otros de los aspectos es la formalización de acuerdos y contraprestaciones, por ejemplo, una condición para adherirse al seguro comunitario son las prácticas de PAP para las mujeres o mantener la vivienda libre de mosquitos.

Se han aumentado las coberturas de vacunación, consultas, estudios de diagnósticos y se mantiene estable la disponibilidad de insumos.

Por otro lado señalan la existencia de herramientas para incrementar el grado de participación: censos socio sanitarios para contar con datos demográficos y socioculturales reales; asambleas, audiencias públicas, rendición de cuentas a la comunidad, presupuesto participativo.

Unos de los efectos, que marcan un hito es la modificación de la Ley 1032, en aquellos artículos que no permitían la administración local de los recursos que ingresaban a los servicios, y fue el resultado del accionar conjunto de varios municipios y organizaciones de la sociedad civil

Por otra parte, ha aumentado la utilización de las Farmacias Sociales con el acceso a la medicación independientemente de las coyunturas electorales y disminuido la automedicación.

En el caso de la intensificación de las acciones del Programa Antitabaco, la comunidad es más conciente de sus derechos y busca medios para hacerlos cumplir.

La experiencia de las Juntas de Saneamiento (provisión de agua potable, recolección de residuos, tratamientos de aguas servidas) es una de las de mayor trayectoria e impacto en el país, vinculada con la participación comunitaria relacionada con el sector salud.

Con la labor participativa de indígenas y misioneros se han mejorado algunos de los indicadores de salud, las atenciones, la provisión de medicamentos, se realizan trabajos de prevención sobre las enfermedades más frecuentes y se ha intensificado el Control de las embarazadas.

El trabajo de la Pastoral Social prepara a un grupo de personas de la misma comunidad que conoce a fondo la realidad del contexto (promotores), para que contribuya a prevenir y tratar los problemas de salud más frecuentes en sus respectivos ámbitos.

## **Uruguay**

Aparece en los entrevistados la referencia a los efectos del proceso de participación a nivel personal, en la pertenencia a un grupo. El efecto más reiterado es el aumento de la autoestima, la mayor seguridad que adquiere el vecino de sí mismo, su capacidad para reflexionar, para actuar, para comunicarse y para hacerse escuchar. Este empoderamiento está directamente vinculado a la ciudadanía, y es el que le otorga a las experiencias la dimensión que les permite establecer una diferencia entre lo comunitario y lo ciudadano.

Otro efecto mencionado reiteradamente es el cambio en el concepto de salud, que implica que los vecinos puedan desplegar acciones que van más allá de la “colaboración” con el profesional, y la superación de la lógica asistencialista.

Como consecuencia del contexto político, se desarrollan una serie de experiencias, sobre todo dirigidas a la población con más carencias socioeducativas (además de las económicas), que contribuyen a su fortalecimiento (salarios sociales, alfabetización, capacitación para inserción laboral) e impactan en la sociedad, haciendo que comiencen a percibirse como “sujetos de derechos”.

Complementariamente se constata que el sistema político está desarrollando su capacidad de escuchar y dar espacios a la ciudadanía, manejando con cuidado las fronteras entre la estimulación y la intromisión.

## **Democratización**

### **Argentina**

La mayoría de los **coordinadores y técnicos** coinciden en destacar la influencia de la participación ciudadana en el fortalecimiento democrático. Entre los **responsables de las ONGs** que articulan con el Programa de VIH SIDA se mencionan el control y la transparencia, a la vez que se destacan aquellos movimientos que surgen de la comunidad.

Los **promotores** señalan que en la Argentina no hay cultura participativa, por lo tanto consideran insuficiente la movilización de la gente en defensa de sus propios derechos. Desde esta vertiente las dificultades están en el desconocimiento de la población de los mecanismos, de los canales y también de la legislación vigente para viabilizar la participación.

En el caso específico de la legislación, no existe una única opinión. En este sentido, pueden observarse tres posiciones: a) una que señala la inexistencia de legislación; b) otra que indica que las existentes no son claras o contradictorias; y c) una tercera que señala que la legislación es suficiente, pero no se aplica.

El CONDeRS es mencionado por sus acciones de monitoreo de los servicios públicos en salud sexual y reproductiva. Este aspecto del cuidado de la salud esta previsto en el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable creado por Ley Nacional 25673 (Octubre 2002)

### ***Bolivia***

Las **organizaciones de base** mencionan que el control social es el efecto más significativo de los procesos participativos, incluyendo la Ley de Participación Popular – Ley 1551 y sus modificaciones. Las Manzaneras señalan el sistema de contrato, que les permite participar en el marco de otras organizaciones.

Aún con la limitaciones señaladas anteriormente, los DILOS han logrado consolidarse como espacio de representación. (8. Efectos transformadores. Pag 60)

La decisión más importante vinculada con esta dimensión es la creación de un sistema único de salud, donde todos los Bolivianos tengan acceso a la salud en forma gratuita, sin exclusión ni discriminación de color, ni de raza. Un Sistema Único de Salud, donde los subsistemas como es la Seguridad Social, la Caja Petrolera, la Caja de Caminos y otras instituciones que hacen la atención de salud puedan integrarse a lo que ahora, a partir de esta gestión, se va a implementar como el SUS, el Seguro Universal de Salud .

En el marco de la actual gestión, las conclusiones de las mesas de diálogos han incidido directamente en el Plan Estratégico de Salud del presente gobierno y se ha consolidado en políticas públicas. Asimismo, se producido la integración de la medicina tradicional y científica, con la creación del Vice Ministerio de Medicina Tradicional; y se ha establecido un nexo entre salud y educación para avanzar en el desarrollo humano integral.

### ***Paraguay***

En el marco de la experiencia de Municipios Saludables analizada, se han instaurados políticas públicas respaldadas por la promulgación de ordenanzas respondiendo a las demandas comunitarias y a los indicadores de riesgo.

Los Consejos Locales de Salud cuentan con reglamentos protocolizados que ordenan el funcionamiento de los Consejos Locales de Salud, incorporando normativas que avalan la representatividad y la alternancia de sus miembros.

La modificación de la Ley 1.032, en especial artículos contradictorios y que no permitían la administración local de los recursos, fue consecuencia de el trabajo de varios municipios acompañados por la sociedad civil.

En el Municipio de Concepción se encuentra en proceso una ordenanza sobre la Rendición de Cuentas, Transparencia y Presupuesto Participativo.



El Municipio de FRAM es mencionado por los avances significativo es la implementación de herramientas de participación tales como la consulta pública, el presupuesto participativo, el seguro comunitario de salud, la contraloría ciudadana y el buzón de sugerencias.

Las experiencias de las Farmacias Sociales son utilizadas como estímulo para la organización comunitaria.

Otra de los efectos del trabajo de los Promotores de la Pastoral Social es la organización en red de los mismos.

## **Uruguay**

Pese a las reformas de distinto signo en el terreno de la salud, desde su fundación, durante la dictadura y en la década de 90, el Estado Uruguayo, ha tenido prácticamente un cariz netamente paternalista, lo que significa benefactor y a la vez autoritario, impregnando la cultura de las instituciones y ciudadanos.

Los ciudadanos ejercitan las formas de funcionamiento democrático a través de estructuras que han asumido una diversidad de complejidades organizativas, (policlínicas, Comisiones Zonales de Salud de Montevideo, Red de Nacional Trabajadores Comunitarios). Cada uno de estos ámbitos tiene reglas de funcionamientos, relacionamiento y representación.

Sin embargo, el estudio alude que en la actualidad la interlocución con el Gobierno para la formulación de planes y propuestas constituyen una experiencia inédita en ese país.

## **Sustentabilidad**

### **Argentina**

Los **coordinadores de los programas** indagados asocian la sustentabilidad con la presión y el movimiento que se genera “desde abajo”, desde la Sociedad Civil. Otros señalan a los aspectos técnicos que se basa en dispositivos adecuados, metodologías adecuadas, una propuesta de trabajo que incluya un sentido, como así también la flexibilidad para operar cambios y evaluar resultados.

Los **técnicos** reconocen cuatro vertientes en cuanto la sustentabilidad: la existencia de recursos económicos y humanos; los atributos de los actores y los vínculos (espíritu, ganas, crear lazos), el sentimiento de pertenencia, apoyo y decisión política; y las particularidades que asume la participación y el proyecto del cual se es parte.

El conjunto de los **promotores** mencionan la existencia de recursos económicos, de valores (transparencia, credibilidad, consenso), y la necesidad de visualizar resultados concretos por parte de la gente.

## ***Bolivia***

Según los resultados del estudio en este país, para lograr la sustentabilidad resulta necesario realizar procesos de diálogos permanentes - como mínimo un encuentro por año -, en la perspectiva de seguir trabajando hacia la Asamblea Constituyente, y que estos procesos de diálogos se desarrollen en el nivel local, que es donde está la población.

A lo anterior se suma el requerimiento de crear dispositivos que posibiliten el seguimiento de las propuestas y resultados de los procesos de participación en forma continua.

En el caso de las Manzaneras, la sustentabilidad esta basada en el compromiso personal y el sentido de pertenencia.

En el caso de los DILOS el marco legal garantiza la posibilidad de sustentabilidad, pero en la actualidad no están dadas las condiciones ya que las experiencias de participación están en un proceso de consolidación, apropiación y empoderamiento, inmerso en un contexto político y social turbulento.

## ***Paraguay***

La sustentabilidad esta dada por el tiempo de las experiencias, la articulación de objetivos, las decisiones políticas, la asignación de recursos y la continuidad de los funcionarios.

Otra de las bases para la sustentabilidad es que las propuestas surjan de necesidades sentidas de la comunidad y que se encuentren respuestas efectivas.

Un factor importante está dado por el desarrollo de un proceso gradual y ajustado a los tiempos de cada sector participante. Los procesos que carecen de una evaluación que involucre a la propia comunidad, suelen pronosticar resultados efímeros y negativos sobre las expectativas de la población.

## ***Uruguay***

El contexto político es el mayor facilitador de la sustentabilidad, demostrado en convenios de cogestión con el Estado y en ocasión de algunos proyectos, con organismos supranacionales. Por otro lado, las experiencias que han logrado una mayor permanencia son las que se han instituido en organizaciones con aspectos jurídicos formales, que les permiten actuar como interlocutores oficiales.

Las organizaciones de base destacan la existencia de reglamentos y el establecimiento de redes como elementos que dan transparencia.

## 6.2 Aspectos Cuantitativos

En el presente estudio se realizaron un total de 1597 encuestas a beneficiarios de programas y/o experiencias de los cuatro países involucrados. Para conocer la cantidad de encuestas por país se puede observar en el siguiente cuadro:

Cuadro n° 3. Distribución de encuestas por país

Argentina	Bolivia	Paraguay	Uruguay	Total general
300	402 <sup>11</sup>	387	402	1597

La información que resulta de la aplicación de las encuestas a los beneficiarios de los programas y/o experiencias se expone en el siguiente orden: 1) características sociodemográficas; 2) percepción sobre la participación de las totalidad de los encuestados; y 3) profundización de algunos aspectos de participación entre aquellos encuestados que manifestaron efectivamente participar en salud.

Con el fin de facilitar la comprensión de la información en algunos casos se hace referencia a la pregunta que origino los datos. Por ejemplo P22 refiere a la pregunta N° 22 de la encuesta.

### *Características sociodemográficas y económicas de los encuestados y sus familias:*

Si se consideran la educación, el trabajo y la vivienda como ejes que definen la calidad de vida de los hogares encuestados, puede observarse que en general los programas y experiencias estudiados tiene sus beneficiarios entre población de bajos recursos que no alcanza niveles de indigencia.

Tomando en cuenta las características sociodemográficas de la población consultada en los cuatro países, en el cuadro que sigue se observa que el promedio de edad de los encuestados es de alrededor de 40 años; en general son de sexo femenino, la desocupación impacta más entre los argentinos; el bajo nivel educacional entre los paraguayos y bolivianos.

Cuadro n° 4. Principales características sociodemográficas de la población encuestada

	Argentina	Bolivia	Paraguay	Uruguay
<b>Edad promedio (años)</b>	47	37	42	43
<b>Género Femenino</b>	74%	58%	75%	80%
<b>Económicamente activo</b>	49%	53%	28%	33%
<b>Desocupado</b>	8%	1%	1%	2%
<b>Hasta primaria incompleta</b>	9%	37%	21%	16%

<sup>11</sup> Este total corresponde a las encuestas realizadas exclusivamente a beneficiarios, ya que en este país también se realizaron encuestas que involucraron actores diferentes a los beneficiarios.

Analizando las características del principal sostén del hogar encuestado, en el siguiente cuadro se puede observar que la categoría económicamente activo alcanza porcentajes significativos (superior al 75%). El impacto en la escolaridad primaria incompleta es mayor en Paraguay (37%), seguida por Bolivia (26%). En relación a la cobertura en salud, la mayoría se atiende en el sector público: el 75% en Paraguay, 53 % en Argentina, 51 % en Bolivia y el 32% en Uruguay. Con respecto a este último país, debe considerarse como público también la atención en policlínicas barriales (20%) y el sistema público- emergencias (6.5%), con lo cual el porcentaje alcanza valores superiores al 50%.

**Cuadro n° 5. Principales características del principal sostén del hogar encuestado**

	Argentina	Bolivia	Paraguay	Uruguay
<b>Económicamente activo</b>	80%	95%	93%	76%
<b>Desocupado</b>	8%	0%	2%	2%
<b>Hasta primaria incompleta</b>	11%	37%	26%	17%
<b>Atención de la salud sólo en el sector público</b>	53%	51%	75%	32%

***Percepción sobre la participación en la totalidad de los encuestados:***

Considerando la complejidad del tema de la participación, el mismo fue abordado de manera gradual, proponiendo una exploración inicial que contemplara si los encuestados habían realizado actividades o tareas comunitarias que los mismos podían considerar como participación en general, para poder de esta manera, orientar posteriormente las preguntas hacia la participación en salud, incluyendo el lugar y las modalidades de la misma.

Posteriormente, además de establecer el conocimiento y participación en programas, proyectos y experiencias específicas, se registró la motivación y las razones de no participación en salud.

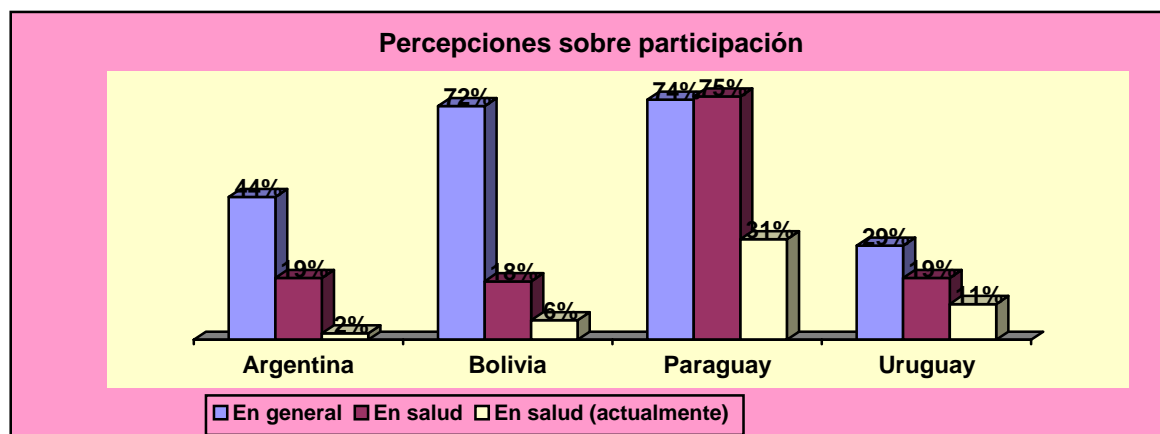
Asimismo, aquellos encuestados que afirmaban participar en salud, eran consultados sobre la importancia y el acuerdo con un listado de conceptos de participación elaborados sobre la base de los resultados de los primeros grupos focales.

En el caso de la **participación en general**, en el siguiente cuadro se ve claramente que los países con mayor percepción de participación son Bolivia y Paraguay con el 72% y el 74% respectivamente.

A excepción de este último, la **participación en salud y en salud actualmente** bajan significativamente .

La comparación entre los países de la secuencia de los tres tipos de participación indagados: general, en salud y actual en salud, detallada en el Gráfico N° 1 muestra<sup>12</sup> sus escasos niveles de percepción, a pesar de que los encuestados son todos beneficiarios de los programas, proyectos y experiencias incluidos en este estudio.

Gráfico N° 1



**Profundización de algunos aspectos de participación entre aquellos encuestados que manifestaron efectivamente participar en salud.**

Con relación a la participación en salud, los porcentajes consignados en el Cuadro n° 6 (que corresponden a las preguntas abiertas 22, 24 y 27) , fueron calculados sobre aquellos encuestados que responden afirmativamente. **En todos los casos se trata de la primera mención más frecuentemente respondida de manera espontánea.**

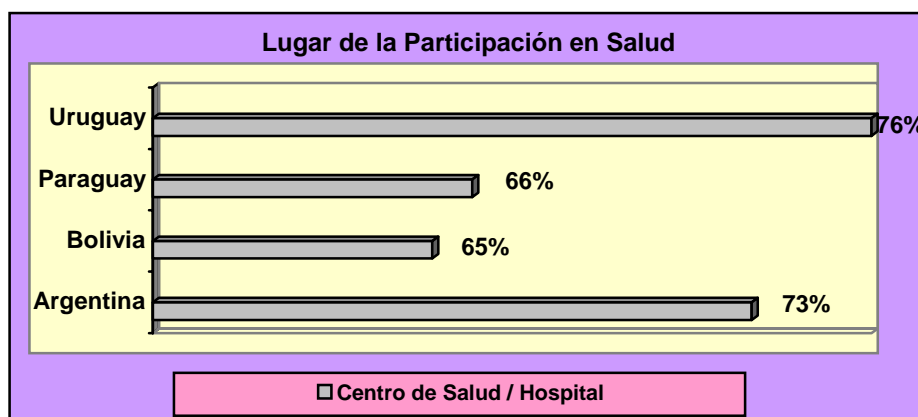
Cuadro n° 6. Participación en salud, modalidades y motivaciones

	Argentina	Bolivia	Paraguay	Uruguay
<b>Lugar de la participación en salud (1ra mención P22)</b>				
Centro de Salud/ Hospital	73%	65%	66%	76%
<b>Modalidad de la participación en salud (1ra mención P24)</b>				
Utilización del servicio	45%			
Colabora en actividades de salud		69%		
Actividades de apoyo y enlace			23%	
Asistencia a reuniones				48%
<b>Motivación de la participación en salud (1ra mención P27)</b>				
Búsqueda de información	32%			
Problemas de salud		36%		
Responsabilidad, solidaridad			23%	
Contaminación ambiental				28%

<sup>12</sup> Independientemente de la diferente naturaleza de los programas, proyectos y experiencias incluidos, además de los diferentes abordajes empleados en los cuatro países.

La referencia al Centro de Salud/ Hospital como respuesta a la indagación sobre la participación en alguna actividad vecinal o comunitaria por parte de los encuestados (P22), confirma la socialmente difundida pertenencia entre la concepción de salud con la institución sanitaria. Obsérvese en el **Gráfico N° 2** que prácticamente el 70% de los que reconocen participar en salud realizan esa mención.

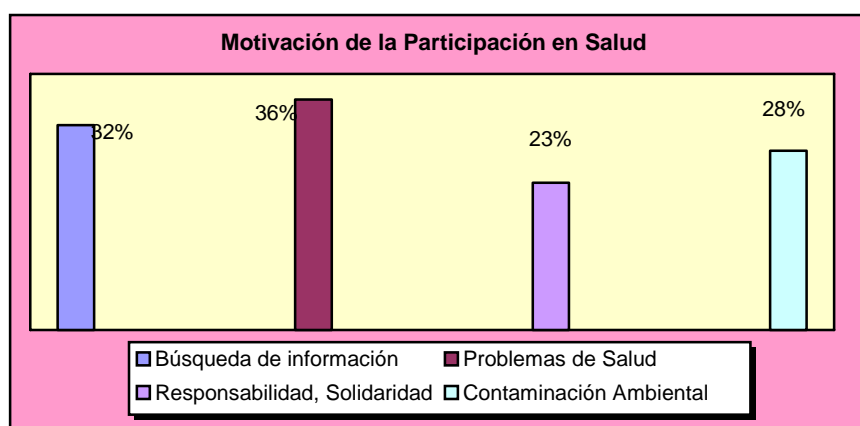
Gráfico N°2



Otras modalidades de participación en salud mencionadas por los encuestados podrían ordenar a los países de acuerdo a los siguientes aspectos: la colaboración en actividades de salud (Bolivia 69 %); la utilización de servicios (Argentina 45%); la asistencia a reuniones (Uruguay 48%); y las actividades de apoyo y enlace (Paraguay 23%).

En relación a las **motivaciones de la participación en salud**, los resultados no son uniformes para los países; mostrando en Argentina y Bolivia una mayor aproximación a las cuestiones individuales, relacionadas con la búsqueda de información; y en los casos de Paraguay y Uruguay una mayor aproximación a las cuestiones colectivas, tales como responsabilidad, solidaridad y contaminación ambiental.

Gráfico N°3



Con respecto a la pregunta sobre las **razones por las cuales la gente no participa en salud**, el argumento principal es la falta de tiempo. A continuación se presenta un cuadro con los valores obtenidos por país:

Cuadro n° 7

Razones de la no participación en salud (P29b)				
	Argentina	Bolivia	Paraguay	Uruguay
Falta de tiempo	41%	31%	No informa	19%

Otros aspectos indagados merecen ser expuestos, por tal motivo en el Cuadro n° 8 se describen para cada país la actividad, el beneficio y el obstáculo más frecuentemente mencionado.

Cuadro n° 8. Participación en Salud, tareas, beneficios y obstáculos

	Argentina	Bolivia	Paraguay	Uruguay
Base	56	72	290	75
<b>Tareas que concretan la participación (P31)</b>				
Sólo recibe algún beneficio directo	79%	72%		
Solicita y recibe información			52%	80%
<b>Beneficios de la participación en salud (P36)</b>				
Proteger los propios derechos y del grupo familiar más cercano	78%	98%	55%	
Recibir información y capacitarse				70%
<b>Obstáculos de la participación en salud (P37)</b>				
La falta de insumos y recursos para llevar adelante las actividades	22%		52%	74%
Que no se planifican las actividades		73%		

Tomando en cuenta la respuesta a las tareas que concretan la participación, las acciones identificadas configuran una participación de baja intensidad que pareciera estar restringida sólo al acceso a los servicios, que en el caso de Argentina, es reconocida por el 79% de las personas consultadas; y en Bolivia por el 72%. Con respecto al acceso a la información, en Paraguay aparece esta respuesta en el 52% de los encuestados y en Uruguay en el 80% (P31).

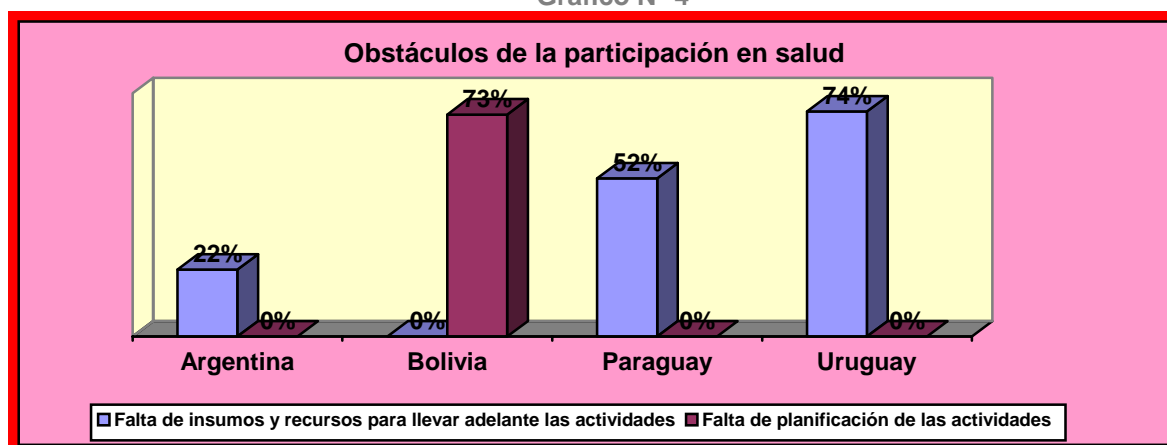
Tal como se expresa en el Cuadro N°6, al ser consultados sobre los beneficios de la participación en salud, en Argentina (78%), en Bolivia (98%) y en Paraguay (55%) aparecen en primer lugar los vinculados a la protección de los propios derechos y del grupo familiar más cercano. Con respecto a Uruguay, los beneficios se relacionan con recibir información y capacitarse, que aparece en el 70% de las respuestas (P36).

Con respecto a los obstáculos de la participación, a continuación se presenta un gráfico que permite visualizar mejor lo expresado en el cuadro anterior y que toma en cuenta las respuestas de los beneficiarios de los cuatro países. Allí se puede apreciar que la falta de insumos y de recursos fue visualizada por los encuestados como el mayor obstáculo en los casos de Argentina, Paraguay y Uruguay condición priorizada que es expresada en la respuesta a la P 28, sobre **Atributos de Importancia**: “presupuesto adecuado, que haya recursos”.



En el caso de Bolivia la no planificación es expresada como el mayor de los obstáculos.

Gráfico N° 4



Al referirse al grado de satisfacción en relación a su experiencia de participación en salud y la satisfacción de las necesidades, se les propuso a los encuestados que ésta fuera medida en una escala de 1 a 10. A continuación se presentan los resultados por país, siendo Bolivia, el país que está por debajo del promedio, según el siguiente cuadro.

Cuadro n° 9. Puntaje de esta experiencia de participación en salud, en relación con la satisfacción de sus necesidades y en cuanto a la participación (P38)

	Argentina	Bolivia	Paraguay	Uruguay
Promedio	8,0	6,6	7,5	8,5

### *Atributos de importancia y de acuerdo*

Los grupos focales con actores vinculados a la ejecución de los diversos programas, proyectos y experiencias evaluados en este estudio, produjeron una serie de conceptos - algunos de ellos valorativos -, que ampliaron aspectos del complejo fenómeno de la participación en salud.

Se trató de observar en qué medida esos conceptos eran compartidos por los encuestados desde su experiencia como beneficiarios de estos programas. De ese modo se confeccionaron dos grillas, una con 15 conceptos que se consideraron podían informar respecto de la **importancia** de la participación ciudadana e salud, y otra, con 24 conceptos respecto de los cuales los encuestados podían dar cuenta de su **acuerdo**.

En todos los casos, los encuestados respondieron usando dos escalas de 10 puntos, una de 1: Nada a 10: Muy importante, y segunda, de 1: Totalmente en desacuerdo a 10: Totalmente de acuerdo.

Los siguientes cuadros muestran los promedios alcanzados por los conceptos en cada país, (en letra cursiva se resaltan los valores más altos):

**Cuadro n° 10. Escala de Atributos de Importancia - Promedios**

Atributos	Argentina	Bolivia	Paraguay	Uruguay
Leyes que faciliten la participación social	8,2	8,4	8,0	8,4
Que haya asambleas, consultas permanentes	8,2	8,5	8,7	8,5
Que los líderes de los programas de salud tengan capacidad	8,9	8,5	9,0	9,1
Un presupuesto adecuado, que haya recursos	9,2	8,8	9,2	9,3
Contar con un líder que sea representativo de los vecinos	8,1	8,5	8,8	8,7
Que se resuelvan los problemas concretos	9,1	8,6	9,1	9,3
Que se de información clara sobre el programa	9,2	8,8	8,9	9,3
Que el estado participe y se comprometa con las actividades	9,2	8,8	8,9	9,4
Un coordinador que maneje los conflictos entre los vecinos	8,2	8,1	8,2	8,7
Que el representante de los vecinos les gestione cosas	7,9	8,5	8,5	8,5
Que el representante de los vecinos sea honesto y transparente	9,0	9,0	9,5	9,4
Que participen plenamente las instituciones del barrio	8,8	8,7	8,8	9,1
Que se rindan cuentas de ingresos y gastos públicamente	9,2	8,9	9,2	9,1
Que los vecinos tengan alguna experiencia previa en participación	7,5	8,2	7,3	7,4
<b><i>Que los beneficios por la participación sean iguales para todos</i></b>	<b>9,2</b>	<b>9,1</b>	<b>9,6</b>	<b>9,4</b>
<b>Promedio</b>	<b>8,7</b>	<b>8,6</b>	<b>8,8</b>	<b>8,9</b>

Cuadro n° 11. Escala de Atributos de Acuerdo - Promedios

Atributos	Argentina	Bolivia	Paraguay	Uruguay
Servicios básicos de buena calidad -médicos / odontólogos / psicólogos - en los centros de salud son la base para que la comunidad participe activamente de sus temas de salud.	9,0	8,9	9,0	9,1
La comunidad participa cuando en los centros de salud se ocupan de los problemas de violencia, adolescencia, desnutrición y drogas.	8,4	8,2	8,0	8,2
La comunidad participa cuando en los centros de salud se ocupan de los problemas del medio ambiente, basura, cloacas y agua corriente.	8,0	8,2	8,3	7,5
La comunidad participa cuando en los centros de salud se ocupan de los ancianos y discapacitados.	8,0	7,8	8,0	7,7
No se pueden lograr beneficios en la salud de la comunidad sin la participación ciudadana.	8,6	8,3	8,9	8,4
La participación ciudadana en salud es una pérdida de tiempo, no tiene efectos positivos concretos para la comunidad.	8,3	5,3	7,5	7,6
<b>La participación ciudadana en salud debe tener como finalidad que no se discrimine a nadie en el barrio - que se atienda a linyeras, indígenas, extranjeros, a todo aquel que lo necesite.</b>	<b>9,5</b>	<b>8,9</b>	<b>9,3</b>	<b>9,4</b>
Tiene que haber reuniones periódicas entre vecinos y autoridades para discutir cuáles son los temas de salud más importantes.	9,0	8,8	8,9	8,9
Que se organicen grupos de promotores para trabajar junto a la gente es fundamental para la calidad de la salud de la comunidad.	8,6	8,7	8,8	9,0
En salud, que la gente este movilizada y organizada para lograr resolver un problema es muy importante.	9,1	8,5	8,9	9,1
<b>La gente debe reclamar y luchar por sus derechos, hacerse cargo de tener un acceso digno a la salud.</b>	<b>9,2</b>	<b>8,9</b>	<b>9,4</b>	<b>9,3</b>
Lo importante es que la gente del barrio debe colaborar con los profesionales en los temas de salud.	8,7	8,6	8,9	9,1
En los procesos de participación siempre hay egoísmo y rivalidades.	8,1	7,6	6,9	7,9
Los líderes se construyen naturalmente son gente con carisma natural.	6,5	7,5	7,3	8,1
Más que un líder, lo que cuenta es la organización de la comunidad.	9,0	8,5	8,5	8,8
La participación requiere que los participantes sean iguales sin jerarquías ni liderazgos.	8,7	8,6	8,8	8,4
La participación ciudadana no sirve si no tiene continuidad en el tiempo.	9,0	8,4	7,6	8,8
El problema con la participación es que con los cambios de gestión y funcionarios cambian las cosas todo el tiempo.	8,8	8,3	7,6	8,1
No hay participación ciudadana sin democracia.	9,2	8,3	8,9	9,1
La gente necesita capacitarse para participar.	7,7	8,4	7,9	7,3
La participación es solidaridad, vocación de servicio, amor al prójimo.	9,1	8,6	9,2	9,1
Sólo participan los que buscan algún beneficio personal.	6,5	7,2	6,2	6,0
La gente participa para sentirse útil.	8,5	8,3	8,5	8,6
La gente quiere participar, pero tiene muchos obstáculos por parte de los funcionarios y profesionales de la salud.	7,8	8,1	5,9	7,4
<b>Promedio</b>	<b>8,5</b>	<b>8,2</b>	<b>8,2</b>	<b>8,4</b>

En todos los países se observa el alto nivel que en general alcanzan los diversos conceptos tanto en importancia como en acuerdo. A pesar de que los requerimientos de aleatoriedad no se satisfacen en todos los casos, se realizó el test de igualdad de medias que no mostró diferencias significativas entre países.

Sin embargo, desde un punto de vista descriptivo, si se consideran los conceptos de *importancia* con mayores promedios en cada país, se encontrará “*que los beneficios por la participación sean iguales para todos*” y “*un presupuesto adecuado, que haya recursos*” son uniformemente colocados en los lugares más importantes en todos los países.

Por otro lado, los conceptos de *acuerdo* uniformemente calificados con los dos promedios más altos en los cuatro países, son:

“...La participación ciudadana en salud debe tener como finalidad que no se discrimine a nadie en el barrio – que se atienda a linyeras, indígenas, extranjeros, a todo aquel que lo necesite...”.

“...La gente debe reclamar y luchar por sus derechos, hacerse cargo de tener un acceso digno a la salud...”.

Obsérvese que *Importancia y Acuerdo* son coincidentes con respecto a pensar la participación con un sentido de equidad, igualdad, no discriminación, que puede interpretarse como acceso universal a la salud, al que se incorpora la necesidad de reclamar y luchar por el derecho a una salud digna.

En particular para cada país, de la *Escala de Importancia de la participación*, hemos seleccionado aquellos con mayor puntaje y se exponen en el siguiente Cuadro:

**Cuadro n° 12. Importancia de la participación - Atributos más significativos por país**

Argentina	Bolivia	Paraguay	Uruguay <sup>13</sup>
Que se rindan cuentas de los ingresos y gastos públicamente	Que el representante de los vecinos sea honesto y transparente	Que los beneficios sean iguales para todos	<i>Relacionados con la gestión:</i>
Que el Estado participe y se comprometa con las actividades		Que el Estado participe	Líderes de programas con capacidad
Un presupuesto adecuado y recursos	Que rindan cuentas de ingresos y gastos públicamente	Que se resuelvan problemas concretos	Presupuesto adecuado y recursos
Que se de información clara sobre los programas		Que el representante sea honesto	Que se resuelvan los problemas
Que los beneficios sean para todos por igual	Que los beneficios por la participación sean iguales para todos	Un presupuesto adecuado y recursos	<i>Relacionados con las interacciones de la participación:</i>
Que se resuelvan problemas concretos		Que se rindan cuentas de ingresos y gastos públicamente	Leyes que faciliten la participación
			Asambleas, consultas permanentes
			Líderes representativos

<sup>13</sup> En este país se dividen en dos subcategorías propuestas por el equipo de investigación.

En el caso de los *atributos de Acuerdo de la participación* los resultados son los siguientes.

**Cuadro n° 13. Acuerdo sobre la participación - Atributos más significativos por país**

Argentina	Bolivia	Paraguay	Uruguay
Que no se discrimine a nadie en el barrio	Los servicios básicos de salud de buena calidad (médicos /odontólogos /psicólogos en los centros de salud son la base para que la comunidad participe activamente en sus temas de salud)	La gente debe reclamar y luchar por sus derechos a un acceso digno a la salud	Factor 1 (vinculado a la gestión): Líderes de programas con capacidad
Debe haber democracia		Que no se discrimine a nadie en el barrio	Presupuesto adecuado y recursos
La gente debe reclamar y luchar por sus derechos a un acceso digno a la salud		La participación es solidaridad, vocación de servicio, amor al prójimo	Que se resuelvan problemas concretos; información clara sobre los programas
Los servicios básicos de buena calidad		Servicios básicos de buena calidad	Que el Estado participe y se comprometa; honestidad y transparencia del representante
La participación es solidaridad, vocación de servicio, amor al prójimo	La participación ciudadana en salud debe tener como facilidad que no se discrimine a nadie en el barrio (que se atienda a linyeras, extranjeros, a todo aquel que lo necesite)	La gente debe estar movilizada y organizada para resolver sus problemas, los beneficios en la salud de la comunidad se logran con la participación ciudadana	Que se rindan ingresos y gastos públicamente; iguales beneficios de la participación para todos
La gente debe estar movilizada y organizada para resolver sus problemas.			La gente debe reclamar y luchar por sus derechos, hacerse cargo de tener un acceso digno a la salud
	Leyes que faciliten la participación		
	Asambleas y consultas permanentes		
	Líderes representativos		
	Que el coordinador maneje conflictos entre vecinos		
Que el representante de los vecinos les gestione cosas			
Vecinos con experiencia previa en participación			

Del análisis de los atributos de importancia y acuerdo más significativos de los cuatro países, puede inferirse que los encuestados expresan la siguiente conclusión:

*Existe un acuerdo generalizado que la participación ciudadana en Salud se relaciona con la democracia, donde la gente debe reclamar y luchar por sus derechos de un acceso digno a la salud y con servicios de buena calidad, evitando las posibles discriminaciones.*

*Para ello se requiere la gestión de un Estado que participe activamente, comprometido y orientado a la resolución de problemas concretos; que facilite información sobre los programas; que cuente con un presupuesto y recursos*

*adecuados, con rendición pública de ingresos y gastos; y que los beneficios por la participación sea para todos por igual.*

*Estos procesos deben ser garantizados mediante leyes que lo faciliten, generando y/o formalizando múltiples espacios de consulta y discusión.*

*Estas condiciones requieren de funcionarios con capacidad y conocimientos de los programas; de líderes representativos, con capacidad de gestión y manejo de conflicto entre vecinos; y es altamente valorada la experiencia previa de los vecinos en procesos de participación.*

### 6.3 Logro de los objetivos

En el presente apartado se sintetizan los aspectos más sobresalientes de la investigación, que fueran ampliamente desarrollados en el Capítulo 6 – Resultados.

#### **Objetivo General**

*Estudiar y analizar las contribuciones de la participación ciudadana en la mejora del sistema de salud y en la definición de las políticas públicas en los países del MERCOSUR Ampliado.*

Se puede afirmar que se han cumplimentado los objetivos de la investigación en tanto se ha logrado un *corpus* de conocimientos que puede ser utilizado por decisores políticos, administradores, técnicos y líderes dado que pone a disposición información sobre 25 Programas y/o Experiencias que incorporan la participación ciudadana en salud como uno de sus componentes.

En este sentido, el conjunto de conocimientos obtenidos, puede propiciar y favorecer transformaciones en las relaciones de poder que se establecen en torno a la gestión en Salud.

La participación Ciudadana en Salud, hace referencia a un estilo de Gestión Política, expresada en la definición de Cunill (1991) sobre participación ciudadana y que fuera tomada como base conceptual en la presente investigación y que delimita al concepto como: la *“...intervención de los individuos en actividades públicas, en tanto portadores de intereses sociales, e implica dos dimensiones: a) medio de socialización de la política; y b) forma de ampliar el campo de lo público hacia esferas de la sociedad civil y por lo tanto fortalecerla, entendiéndola que corresponde al Estado intentar inducir la participación, creando condiciones para su ejercicio...”*.

Desde esta perspectiva la investigación ha identificado un conjunto de marcos jurídicos en cada uno de los países que inducen procesos de participación ciudadana favorecidos desde el Estado, como así también experiencias y Programas que incluyen a la participación como modo de gestión en salud.

Paralelamente, se han verificado procesos de incidencia ciudadana, a través de organizaciones de la sociedad que representan esfuerzos coordinados para apoyar, influir y cambiar positivamente políticas públicas en Salud, que en suma implican ampliar los derechos de las personas y procesos de inclusión social.

En el caso de **Argentina**, las experiencias de Monitoreo Social en las políticas de Salud Sexual y Procreación Responsable llevada adelante por el CONDeRS; el de las ONGs que articulan con el Programa de VIH-SIDA, o la prácticas de Control Social directo llevadas adelante por Organizaciones de presencia nacional (Cáritas, Cruz Rojas) en el Programa Remediar son expresiones orientadas a la incidencia, control y transparencia.



Específicamente, el programa Remediar posee una compleja estructura organizacional definida por *Consejos Consultivos*, con representación a nivel macro, meso y micro, orientada a generar procesos participativos y de transparencia en la gestión, colaborando en la detección de desvíos e irregularidades.

Los resultados obtenidos en *Bolivia* han puesto en evidencia un complejo marco legal donde la participación ciudadana es definida a partir de la Ley Nro. 1551 de la Participación Popular, que define los roles de las organizaciones territoriales de Base, como integrantes de los Comités de Vigilancia, en el nivel Municipal.

Las mesas de Dialogo y Participación Ciudadana en Salud, han permitido un conocimiento y acercamiento del sistema de Salud a las necesidades reales de la población, tal cual se expresa en testimonios relatados en el presente informe.

Las leyes de Descentralización Administrativa, la ley del Seguro Materno Infantil (SUMI) a nivel Nacional y su representación organizativa a nivel Local, expresada en los DILOS son un ejemplo de autoridad compartida con participación en salud.

En *Paraguay*, la modificación de la Ley Nro 1032, cuyos artículos contradictorios no permitan la autonomía a la administración local en el manejo de recursos, es un ejemplo de la relación entre sociedad civil y gobierno municipal y la posibilidad de incidir a nivel nacional.

La experiencia de las Farmacias Sociales ese país, que inicialmente se las identificaba con la oferta gratuita de medicamentos que coincidía generalmente con las coyunturas electorales, son un ejemplo de procesos que estimulan la organización de la comunidad y que actualmente se expresan orgánicamente en los Consejos Locales de Salud.

En la actualidad y respondiendo a su contexto político, en *Uruguay* la participación ciudadana constituye una estrategia de la política de salud. En este sentido, se esta institucionalizando un nuevo actor que integrará los organismos de planificación y espacios de dirección en el Sistema Integrado de Salud, se trata del caso del Movimiento Nacional de Usuarios cuyo origen debe buscarse en la Comisiones Zonales de Salud (Montevideo). Esta experiencia reúne una visión política, de experiencia y organización en participación cercana a la dimensión de ejercicio de ciudadanía.

### ***Objetivos específicos***

La investigación recoge aspectos clásicos de la participación que agrupan enfoques diferentes sobre espacios, objetivos y prácticas que son coincidentes con lo observado en el ámbito de la salud. En este marco, autores como *Menendez, y Spinelli (2006) han señalado la importancia que el sector salud no ignore las lecciones emergentes de otras experiencias sobre participación.*

**1- *Identificar y caracterizar los factores que favorecen la participación ciudadana en salud a través de la selección y análisis de un conjunto de experiencias nacionales de participación en salud.***

Según L Green (1980) los factores favorecedores o habilitadores de los procesos participativos refieren al conjunto de conocimientos, recursos y condiciones necesarias para que se desarrollen estos procesos. Frente a un fenómeno tan complejo como el de la participación ciudadana en salud, en el que entran en juego e interactúan tan variados actores, es previsible un mosaico de múltiples explicaciones sobre los factores que favorecen u obstaculizan los procesos participativos (Vazquez, 2004).

La democracia aparece como valor central y requisito para la participación, y su sustentabilidad requiere de: 1) recursos económicos y humanos; 2) atributos de los actores y los vínculos (cooperación, liderazgos representativos, capacidad de resolver conflictos); 3) sentimientos de pertenencia, apoyo; y 4) decisión política para implementarlos.

Los factores más significativos que favorecen la participación ciudadana en salud evidenciados en la investigación son los siguientes.

- Existencia de marcos jurídicos
- Asignación de recursos que acompañen a procesos de descentralización
- Decisión política para implementar la planificación, implementación y evaluación de los procesos de participación.
- La existencia de necesidades y problemas reconocidos por la población
- Celeridad en las respuestas en la resolución de tales situaciones.

Cabe destacar que en el ámbito comunitario (nivel micro) es relevante contar con una población informada; con experiencias significativas de participación a nivel local; y la existencia de organizaciones representativas con trayectoria consolidada a través del tiempo.

La valorización de espacios democráticos; el compromiso del Estado; la dotación de recursos; la rendición de cuentas; la satisfacción de necesidades; y/u *obtención de beneficios* coinciden con los estudios sobre las condiciones que facilitan la continuidad de la participación. (Sanchez . E. 2000).

En este nivel se reconoce que son las autoridades locales quienes tienen el poder de abrir o obturar los procesos de participación.

Los obstáculos más recurrentes se vinculan con:

- La intencionalidad política o de manipulación (explícita o implícita) con la cual se generan los procesos de participación
- La carencia de cultura de participación y desconocimiento de los derechos por parte de la población.

- Recursos humanos poco capacitados para la implementación de procesos participativos.
- La falta de tiempo

Asimismo, la complejidad organizativa del sistema de salud, la persistencia del denominado “Modelo Médico Hegemónico”, dificulta pensar y valorizar la participación en términos que superen las meras formas asistenciales.

***2- Analizar y caracterizar los procesos participativos seleccionados y sus efectos en a) la gestión de las políticas públicas en salud, en particular en el acceso, equidad y calidad de la atención; y b) la sostenibilidad de los programas.***

La participación ciudadana constituye en sí misma una forma de relación que habilita la distribución de poder en la toma de decisiones que conciernen a los intereses de la ciudadanía. En este marco, no sólo el acceso a la información y la consulta resultan las vías más propicias para la participación; por su parte, la incidencia en las agendas y políticas públicas, son importantes en la formulación y reformulación de los marcos legislativos de interés y prácticas tendientes a la inclusión y a la equidad<sup>14</sup>, tal como se observa en la información relacionada con Objetivo General de la Investigación.

Sin embargo, el análisis de los discursos de los actores nos conduce hacia dos orientaciones diferentes, que delimitan un margen amplio entre las aspiraciones colectivas de la incidencia en las políticas públicas y la participación efectiva.

Por una parte, en el nivel discursivo, *este tipo de participación* está presente en decisores, funcionarios y técnicos que forman parte de los programas y experiencias, pero no lo está en el de la propia comunidad; *excepto la referencia a la transparencia de las cuentas públicas.*

En segundo lugar, en el nivel de las prácticas encontramos que si bien la toma de decisiones; la distribución de poder; y el control ciudadano entre otros componentes de la participación están presentes en el discurso de los miembros de los programas y experiencias estudiadas, prácticamente no tiene correlato con el nivel de las prácticas poblacionales; ésta se orienta de manera prioritaria –o excluyente- en su derecho a solicitar y recibir beneficios y servicios, con excepción de Uruguay.

Los valores obtenidos de la consulta señalan que la participación en salud es baja en relación a la participación en general. Esta información debe ser interpretada a la luz de: 1) la naturaleza multidimensional del fenómeno (PCS); 2)

---

<sup>14</sup> Manual de participación e incidencia para Organizaciones de la Sociedad Civil. Foro del Sector Social, Buenos Aires, 2004.

las implicaciones relacionales valorativas y de poder de los actores (decisores políticos, administradores, grupos de interés, prestadores de servicios y usuarios).

Vinculado a lo anterior, estudios anteriores sobre participación (Sánchez Vidal, 1991) en general destacan la existencia de una multiplicidad de canales de participación que compiten entre ellos, generando una sobrecarga de información (factor inundación), desarrollado por Burn y Konrad, 1987).

Adicionalmente, debe considerarse que no todo el mundo quiere participar y que la existencia de un mundo complejo y súper tecnificado que requiere de procesos de organización y planificación, no siempre es compatible con la participación activa.

Los bajos niveles de participación en salud deben ser interpretados a partir de los comentarios precedentes y de aspectos limitantes propios del ámbito investigado, tales como: el modelo de salud orientado a la reparación del daño; el caudillismo y/o punterismo político y la falta de tiempo.

La investigación expresa también que existe una diversidad de contextos históricos que alientan o retardan los procesos participativos, por lo cual no deben considerarse modelos de participación rígidos y universales. La decisión de participar está condicionada por la relación que se establece entre propiedades interactivas (recursos materiales, significados, roles y posiciones de poder), que Pliego Carrasco (2000) denomina “contextos vitales de la participación”.

Así, la participación dominante en salud pareciera corresponderse con la “participación comunitaria” definida por Cunill (1991) donde la relación entre Estado y Sociedad Civil se asienta sobre pilares asistenciales para la resolución de los problemas y necesidades de la vida cotidiana.

Por otra parte, la sustentabilidad de los procesos de participación en Programas y Experiencias se relaciona con la posibilidad de visualizar resultados concretos por parte de la población; la asignación de recursos y presupuestos adecuados; el compromiso del Estado; y la transparencia en la rendición los ingresos y fondo públicos.

En efecto, la existencia de leyes, la información sobre herramientas de incidencia pública y reglamentos a nivel de las organizaciones comunitarias, como la honestidad de los representantes, son atributos que hacen sustentable los procesos de participación en salud.

Los resultados del estudio evidencian que la importancia de la participación en tanto posibilidad de reclamar y luchar por los derechos y de acceso a la salud para todos los ciudadano por igual, se asocia con el valor de la democracia.

***3- Analizar las valoraciones y percepciones de los diversos actores sociales y políticos en relación con las experiencias de participación ciudadana en salud.***

La investigación revela la diversidad de valoraciones y percepciones respecto a la participación, de acuerdo a los roles, grupos de pertenencia y motivaciones para participar de los actores involucrados. Las condiciones históricas, políticas, sociales de cada uno de los países influyen en tales percepciones.

Los decisores políticos y funcionarios expresan la importancia como derecho ciudadano, como instancias de control, consulta y en algunos casos como instancias de decisión. Sin embargo a esta percepción se le acompaña el temor a la cesión de poder o el surgimiento de conflictos.

Para la población en general la participación está asociada a experiencias comunitarias y la motivación a participar se vincula con la necesidad de respuestas concretas a las demandas de salud. El voluntariado adquiere una significativa autovaloración colectiva.

En los técnicos la participación es un valor en si mismo, y se relacionada con facilitar procesos que reivindiquen derechos ciudadanos y generen apoyo técnico. Señalan a los decisores del nivel local, como los que facilitan o no los procesos participativos

Las valoraciones provenientes de los promotores y agentes de sanitarios de salud se asientan sobre principios de conductas proactivas (voluntarios), el altruismo, la militancia política o social. La capacitación o la formación surge como una motivación importante para participar, dado que constituye una suerte de “profesionalización del rol” con fuerte legitimación externa.

Dentro de las motivaciones del voluntariado se destaca actitudes personales vinculadas con situaciones o crisis vitales; jubilación, viudez, enfermedad crónica (propia o de alguien cercano) que motorizan el “ayudar al otro”

***4- Articular el desarrollo de una metodología de evaluación continua en cada país, y a partir de ello fomentar un sistema permanente de observación y análisis que contribuya a la creación de un espacio común de intercambio y promoción de la participación ciudadana en salud en la región. Se espera de este modo contribuir al desarrollo de un Observatorio de Participación Ciudadana en Salud en el MERCOSUR.***

La investigación a contribuido a generar una serie de instrumentos de elegibilidad de Programas y Experiencias que incorporan en su diseño una perspectiva participativa.

Asimismo a desarrollado un conjunto de 10 dimensiones de análisis de los procesos participativos, que fueron trabajados y consensuados colectivamente entre los investigadores de los cuatro países. Esto ha permitido identificar las variables a investigar, la elaboración de preguntas para incorporara en los

instrumentos de recolección de datos: Guía de Entrevistas semi-estructuradas; Guión para los grupos focales y Encuesta.

Se ha realizó una búsqueda bibliográfica y se generó una base de datos con la información más significativa sobre participación en salud y APS.

Todos los materiales elaborados han sido enviados a las autoridades del Observatorio Regional sobre de Participación Ciudadana en Salud. Asimismo las guías de recolección de datos fueron enviadas a equipos técnicos de Chile y Brasil dependientes de sus respectivas áreas de salud.

Una copia del informe final y sus anexos serán enviados a la autoridades de dicho organismo regional.

Los indicadores básicos sobre Participación Ciudadana en Salud identificados a partir de las dimensiones de la investigación seguramente serán de utilidad para un desarrollo definitivo de los mismos, acorde a las condiciones de cada país de aplicación.

El Observatorio Regional sobre Participación Ciudadana en Salud, es un instrumento en construcción, por lo cual la información de la investigación, que es relevante por el grado de sistematización, debería ser incorporado al debate de la relación entre el Estado, el ámbito académico y la Sociedad, y los procesos de participación en el campo de la salud.

## 6.4 Marco legal

En el siguiente apartado se destacan los aspectos más significativos de los dispositivos legales que viabilizan procesos de participación ciudadana en Salud en los países objeto de la investigación que han sido sistematizados como consecuencia del proceso de investigación.

### **Argentina**

En la República Argentina el derecho a la salud, es un bien jurídico - social reconocido por la Constitución Nacional en la Reforma de 1994. En ella se entiende por derecho a la salud, el derecho social de la población de acceder en igualdad de condiciones a servicios médicos suficientes para una adecuada protección y preservación de la salud.

El derecho a la Salud se consagra en distintos Pactos y Tratados Internacionales, a los que nuestra Constitución Nacional otorga rango constitucional:

- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (Art. 9, 16)
- Declaración Universal de Derechos Humanos (Art. 22, 23, 25).
- Pacto de San José de Costa Rica (Art. 26)
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Políticos (preámbulo y Art. 9, 11, 12, 31).
- La Convención Americana de Derechos Humanos.

El sistema de Salud Pública tiene en Argentina una organización de tipo federal; en él, la responsabilidad primaria de la atención de las personas desde el punto de vista sanitario- asistencial es de los estados provinciales, quienes no delegaron tal competencia en la Nación. Por su parte, las Constituciones provinciales - incluida la de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires -, reafirman el carácter local de la responsabilidad de la atención sanitaria, la promoción y la prevención de la salud.

En este último caso, la **Ley nº 153** expresa que la garantía del **derecho a la salud integral** se sustenta en los siguientes principios:

- La concepción integral de la Salud, vinculada con la satisfacción de las necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente.
- El desarrollo de una cultura de la Salud, así como el aprendizaje social.
- La participación de la población en los niveles de decisión, acción y control, como medio para promover, potenciar y fortalecer las capacidades en la comunidad

Asimismo, se destaca que los Estados Nacional, Provincial y Municipal – cada uno en el ámbito de su competencia- realizan su función gestora del bien común a través



de la definición política de la prioridad sanitaria, cuidando el justo equilibrio entre las necesidades individuales y el bienestar general.

Por ello, le cabe al Estado Nacional la función rectora del sistema de salud procurando avanzar y concertar con alcance federal las bases para su funcionamiento articulado y coordinado. En este sentido, el Consejo Federal de Salud (COFESA) constituye el ámbito donde se desarrollan las instancias de concertación de las políticas de armonización y/o complementación, así como la articulación de programas nacionales y jurisdiccionales para mejorar los resultados sanitarios y lograr la mayor equidad, calidad, eficacia y eficiencia en los programas de complementación y/o en los servicios sustantivos que brindan.

Las **Bases del Plan Federal de Salud** (PFS) para Argentina correspondientes al período 2004/2007, incorpora una visión de mediano plazo del sector salud, con el objetivo de construir un sistema federal de salud más integrado, más justo, mejor regulado y que respete las diferencias regionales y provinciales. De esta manera propone la construcción de un sistema equitativo e integrado.

El PFS establece cuatro ejes de acción:

- La definición de un esquema de reformas que comprende la totalidad del sistema, incluido el sector privado, con una clara determinación de las responsabilidades de cada actor
- La estrategia de Atención Primaria de la Salud como organizador del sistema
- El otorgamiento de prioridad a todo aquello que fortalezca la equidad en el acceso y en el financiamiento de la salud.
- La promoción de la Participación Comunitaria en todos los niveles

Al respecto, el PFS expresa en el capítulo 6.4. **“Favoreciendo la participación comunitaria en todos los niveles”**, haciendo referencia a que una perspectiva intersectorial requiere de instituciones y personas que tengan como objetivo lograr el más alto nivel de salud posible para la población, especialmente para los grupos vulnerables, definiendo acciones y destinando recursos.

Define a la salud como derecho; que requiere ciudadanos que puedan y quieran ejercer su ciudadanía; que las personas dejen de ser receptores pasivos de actividades puntuales prestadas por servicios institucionalizados de atención médica reparativa orientada a enfermedades específicas; y establece como estrategia la implementación de acciones de comunicación social –tanto en medios masivos como en actividades a nivel local- destinadas a informar y empoderar a la población, incrementando la conciencia respecto de sus derechos y promoviendo conductas saludables. En este sentido, también menciona mecanismos de participación social, tales como la auditoría externa y el control social.

Por otra parte, las definiciones iniciales del PFS son complementadas por numerosos Programas del Ministerio de Salud que formulan mecanismo específicos de salud, tales como el Consejo Consultivo Nacional (CCN) surgido en ocasión de la Declaración de la Emergencia Sanitaria en el año 2002 e integrada por diversos actores del sistema Nacional de Salud.

En esta línea, en la jurisdicción provincial como en la municipal, se han implementado los Consejos Consultivos Provinciales (CCP) y los Consejos Consultivos Municipales (CCM), respectivamente. Los detalles de sus objetivos y formas organizativas se detallan en el *punto 6.1 “Aspectos cualitativos”, donde se analizan los resultados generales de la investigación (ver Modalidades operativas)*.

## **Bolivia**

Las características de la participación ciudadana en Bolivia son definidas a partir de la *Ley N° 1551 de Participación Popular*, sancionada en el año 1994. En función de ella, se reconfiguran espacios territoriales de 314 secciones de municipios; se establece una forma de gobierno, los Municipales; y una forma de control social, los Comités de Vigilancia.

La ley define como sujetos de la Participación Popular a las Organizaciones Territoriales de Base, (Cap. II. Art.3): formadas por las comunidades campesinas, pueblos indígenas y juntas vecinales, organizadas según sus usos, costumbres o disposiciones estatutarias.

La articulación entre las Organizaciones territoriales de base con cada uno de los Gobiernos Municipales se establece mediante los Comités de Vigilancia; éstos últimos deciden su forma organizativa, su plan de trabajo, y la elección de sus autoridades. Entre sus funciones se destaca la de control sobre la utilización los recursos de Participación Popular y de las rendiciones de cuentas efectuadas por el Gobierno Municipal.

Con posterioridad, la ley fue sufriendo modificaciones; en este sentido en el año 1996, se amplia y consolida el proceso de participación popular, fortaleciendo “instrumentos políticos y económicos necesarios para el perfeccionamiento de la democracia representativa, incorporando la participación ciudadana en e proceso de democracia participativa y garantizando la igualdad de oportunidades en los niveles de representación a mujeres y hombres” (*Ley N° 1707* Título I De las Modificaciones a la Ley 1551, de participación popular. Art. 1 Objeto).

Con la *Ley de Descentralización Administrativa* del año 1996 (Decreto Supremo N° 24.447), se amplían y delegan responsabilidades y toma de decisiones en diversas áreas locales, y en especial la referida al ámbito de la salud.

Las Mesas de Dialogo y Participación Ciudadana en Salud constituyen un mecanismo de participación social, introducido mediante la *Ley Nro. 2235 del Diálogo Nacional*, (título I, artículo 1, inciso f), entre sus objetivos contempla establecer lineamientos básicos para la gestión de la Estrategia de Reducción de la

Pobreza que guiará acciones del Estado. Busca “Instituir el Dialogo Nacional como mecanismo permanente de participación social en el diseño, seguimiento y ajuste de las políticas destinadas a la reducción de la pobreza”.

Tanto el “Diálogo Nacional Bolivia Productiva” que inicia los procesos de Diálogo, como “El Diálogo Nacional de Salud en su primera y segunda fase”, son una instancia de expresión de los actores sociales, institucionales y políticos, que surge coyunturalmente marcando un hito en los cambios estructurales que en la última década viene atravesando al sector salud, en el marco de los procesos democráticos del país.

Las mesas de diálogo en salud constituyen espacios de participación en los niveles nacional, departamental y municipal, donde se negocian las políticas públicas de salud entre los diferentes actores sociales y el estado.

Sumado a lo anterior, en noviembre de 2002 se promulga la **Ley N° 2426** del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), con el propósito de disminuir de manera sostenible la morbilidad materna e infantil. Esta Ley es de carácter universal, integral y gratuito; otorga prestaciones a las mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación hasta los 6 meses posteriores al parto y a los niños/as desde su nacimiento hasta los 5 años de edad.

Para garantizar estas prestaciones la legislación establece también el modelo de atención y de gestión participativa en salud. En cada uno de los municipios el Directorio Local de Salud – DILOS, como máxima autoridad en la gestión compartida con participación popular en salud.

Este Directorio está conformado por el Alcalde Municipal o su representante quien lo preside, el Director Técnico de los Servicios Departamentales de Salud- SEDES - o su representante y el representante del Comité de Vigilancia (juntas vecinales o pueblos campesinos, indígenas u originarios, organizados según sus usos costumbres o disposiciones estatutarias).

Por otra parte, la existencia de un Plan Sectorial de Salud 2006 – 2010, estructura un nuevo modelo de sistema de salud que se caracteriza por ser único, intercultural, comunitario y universal; y que implementa sus acciones a través de programas orientados a promover la participación.

La Ley de Participación Popular, la Ley de la Descentralización Administrativa y la ley del Diálogo han sentado las bases para generar procesos de planificación estratégica. Vinculado con lo anterior, y en función del sector salud, el **Decreto Supremo N° 25233**, en su Art. "E" señala la conformación de Consejos Departamentales y Municipales de Salud, donde la población a través de sus representantes, que en este caso son las “Defensoras de la Salud” participa de la toma de decisiones respecto a la política de salud.

### **Paraguay**

La Constitución Nacional de este país, de 1992, en el artículo 48, establece la

igualdad de derechos del hombre y de la mujer, en los derechos civiles, políticos, sociales, económicos y culturales.

La Constitución establece tres mecanismos para el ejercicio de la ciudadanía política: El sufragio o plebiscito (Art. 117), el referéndum legislativo (Art 121) y la Iniciativa Popular (art.123). Si bien estos tres mecanismos resultan insuficientes para ser considerados como “mecanismos de participación ciudadana”, existen en la actualidad proyectos de ley en el Parlamento, referidas a la participación ciudadana presentadas por organizaciones de la sociedad Civil.

A su vez, el art. 69 de la Constitución del país define la promoción de un sistema nacional de salud con políticas orientadas a la concertación, la coordinación, y la complementación de Programas y recursos del sector público y privado.

En 1996, fue creado el Sistema Nacional de Salud del Paraguay a través de la **Ley N° 1032**, compuesta por tres Decretos reglamentarios elaborados para facilitar su implementación. En 1996 se sanciona el Decreto N° 19.996 que reglamenta la descentralización sanitaria local, la participación ciudadana y la autogestión en salud. En el año 1998 se sanciona el Decreto N° 21.376 que organiza el funcionamiento del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Finalmente, el **Decreto N° 22.385** que reglamenta el Consejo Nacional, los Consejos Regionales y los Consejos Locales de Salud.

El Consejo Nacional de Salud está integrado por representantes de unas 28 instituciones, entre ellas, varios Ministerios; Comisiones Parlamentarias; facultades; organizaciones médicas; centrales sindicales y patronales; organizaciones campesinas; y organizaciones no gubernamentales entre otras.

Por su parte, los Consejos Regionales y Locales de Salud tienen la misma orientación para su conformación. Gradualmente en los Consejos se fueron dando condiciones para la transparencia en la elección de sus autoridades.

## **Uruguay**

La actual administración gubernamental se ha comprometido a garantizar el pleno derecho a la salud de toda la población, generando un proceso de cambios que tienen por objetivo establecer un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Esto implica una profunda transformación del sistema en lo referente a la atención, gestión y mecanismos de financiamiento, contemplando que se lleve adelante con la participación de todos los actores sociales e institucionales.

En este contexto debe mencionarse la **Ley 18.161 sobre Administración de los Servicios de Salud del Estado**, que en su Cap. IV establece la creación de los Consejos Asesores Honorarios a nivel macro, meso y micro y que en su Art. 10, define que: *“Habrá un Consejo Asesor Honorario Nacional y Consejos Asesores Honorarios Departamentales o Locales, que se integrarán en la forma que establezca el Reglamento General de ASSE, el que garantizará la participación de sus usuarios y sus trabajadores.”*

En este sentido, el plan de acción propuesto tiene como finalidad operacionalizar el convenio marco entre el Ministerio de Salud Pública y la Intendencia Municipal de Montevideo, en relación al cambio de modelo de atención y de gestión, con el objetivo de fortalecer el Primer Nivel de Atención en el Departamento de esa intendencia. Esto requiere la articulación hacia un Sistema Nacional Integrado de Salud, al que podrán sumarse otras instituciones tanto públicas como privadas. Entre sus componentes se menciona a la participación Comunitaria y en el Capítulo V establece que “ Se promoverá la participación de la comunidad en orden a:

- Lograr el *empoderamiento* de la comunidad organizada en relación con los temas de salud y los factores determinantes del entorno y los estilos de vida;
- Situar la participación de los usuarios en una perspectiva de derechos humanos, equidad e inclusión social;
- Consolidar espacios de construcción de ciudadanías”.

En esta línea, se implementarán mecanismos para una adecuada información a la población, asegurando en los servicios la instalación de *Oficinas de atención al usuario*.

Al momento de la finalización de la investigación se realizaba en la República del Uruguay un debate sobre la creación de Movimiento Nacional de Usuarios.

## 6.5 Indicadores

La investigación ha permitido identificar una serie de indicadores sobre participación ciudadana en salud, tomando como referencia la información obtenida en cada una de las *dimensiones* propuestas en el Presente trabajo.

Por la complejidad del campo de investigación; por la carencia de indicadores de Participación Ciudadana en Salud y con el fin de que reúnan la mayor *especificidad* posible se seleccionaron 8 de las 10 dimensiones estudiadas. Se excluyó discrecionalmente a las dimensiones relacionadas con el Valor y Propósito de la participación y la capacidad de los actores.

Para la construcción de los mismos se buscó en cada dimensión aquellos aspectos o variables que se repetían con mayor frecuencia en cada uno de los países, buscando de esta manera la *confiabilidad* del indicador. Debe destacarse que la información ha surgido de la triangulación de datos originados en tres instrumentos: Grupo focal, Entrevista y Encuesta.

Se ha buscado que el acceso a la información sea sencilla, en especial en un campo tan complejo como el de la Participación Ciudadana en Salud, garantizando la *disponibilidad* de datos básicos para la construcción de los mismos.

Estos indicadores son novedosos y deberán ser puestos prueba para su *validación*, considerando que experiencias acotadas del nivel local, permitirán incorporar indicadores cuantitativos. Asimismo, se podrá explorar con mayor detalle la *sensibilidad* de los mismos.

Se ha intentado facilitar la elaboración de los indicadores mediante la creación de una escala de 0 a 5, garantizando de esta manera la *simplicidad* del mismo.

En el desarrollo de los indicadores se trabajó con la siguiente lógica:

- Identificación y descripción del indicador
- Definición del tipo de recolección de información (Opinión, dato)
- Unidad de análisis (individuo, grupo, organización)
- Unidad de medida del indicador (numero, escala de 5)

A continuación se detallan los indicadores identificados por dimensión:

### 1. Dimensión Viabilidad

Condiciones del contexto global – local; de los actores involucrados; de las condiciones y los procesos que viabilizan los procesos participativos, generando facilitaciones o reducción de obstáculos.

#### Aspectos:

Protección de necesidades básicas en salud; existencia de organizaciones de base vinculadas; recursos humanos capacitados.



**Indicador I:**

Organizaciones comunitarias y/o espacios donde la población pueda discutir, y plantear problemas relacionados con la atención médica curativa y/o preventiva.

Tipo: Opinión

Unidad de análisis: Individuo

Unidad de medida del indicador: Grupo/organización

- 0 No existe grupo/organización sobre tema de interés en salud.
- 1 Existen grupos de vecinos que identifican sus problemas.
- 2 Existen vecinos que integran grupos, comités, cooperadoras y cooperan voluntariamente en acciones de salud o actividades relacionadas (dar turnos, cuidado e infraestructura).
- 3 Vecinos que participan en procesos de diagnósticos participativos, originados por el sistema de salud.
- 4 Existencia de grupos organizados con personería jurídica (Comité de salud, Consejos, etc.); legitimados por la comunidad trabajando en procesos de planificación en Salud.
- 5 Vecinos integrando Consejos Comisiones, Comités de salud, integrados a estructuras de influencias o decisiones en estructuras del Sistema de Salud.

**Indicador II:**

Recursos humanos de la comunidad y del sistema de salud capacitados en APS integrando la perspectiva de la PSC

Tipo. Opinión

Unidad de análisis: Individuos

Unidad de medida del indicador: Escala de 5

- 0 No existen recursos humanos capacitados.
- 1 Han asistido a cursos de capacitación sobre el rol del Promotor/Agente en Salud Comunitaria.
- 2 Están incluidos en actividades comunitarias generadas por el Área de Salud.
- 3 Asisten sistemáticamente a actividades de formación y existen oportunidades de aplicar a nivel comunitario sus conocimientos y habilidades organizativas en procesos de PCS.
- 4 Están integrados y participan activamente en Centros de Salud, en estrategias de intervención en PCS generados en Procesos de Diagnósticos Participativos.
- 5 Son incluidos en procesos de PCS, en la difusión de derechos ciudadanos en salud junto con equipos técnicos/profesionales.

**Indicador III:**

Existencia de organizaciones de base, grupos de trabajo, con permanencia significativa en el tiempo, con actividades en el ámbito de la salud. Orientados a facilitar el acceso a la medicina curativa y preventiva.



Tipo: Dato

Unidad de análisis: Organización

Unidad de medida del indicador:

Años de presencia funcionando en la comunidad de acuerdo a los requisitos legales (legitimidad y representatividad de las autoridades).

Antigüedad/años	0-3	4-7	8 y más
	Inicial	En consolidación	Consolidado

## 2. Dimensión Representatividad de Actores

Se refiere a criterios de atribución de la representatividad y legitimidad de los actores sociales vinculados a procesos de PCS.

### Aspectos:

Legitimidad legal; procedimientos democráticos; distribución de tareas.

### Indicador I:

Organización Legal

- 0 No conocen aspectos relacionados con la incorporación y /o reconocimiento legal (personería Jurídica)
- 1 Conocen leyes y procedimientos de representación legal, pero no la han se han incorporado
- 2 Disponen de reconocimiento legal
- 3 Disponen de reconocimiento legal y funcionan de acuerdo a sus reglas
- 4 Existen procedimientos democráticos de elección y renovación de autoridades.
- 5 Existen roles y funciones definidos, con alternabilidad en los mismos, que posibilitan la participación de los vecinos.

### Indicador II:

Existencia de formas organizativas, informales, formales (Comisiones, Juntas, Consejos de Salud) que representan los intereses de los vecinos.

Tipo: Opinión

Unidad de análisis: Individual/grupal

Unidad de medida del indicador: Escala de 5

- 0 No existen actividades regulares en el equipo
- 1 Integrante de un grupo, Comisión, Comité, Junta, Consejo de Salud que se moviliza para realizar actividades relacionadas con temas de salud.
- 2 Existe un grupo de trabajo, Comité, Consejo, etc., que realiza tareas esporádicas, sin criterios definidos.
- 3 Funciona un grupo, comité o comisión, que cumplen funciones y actividades regulares, sin procedimientos explicitados
- 4 Los grupos, comité, y/o comisiones realizan funciones y actividades en temas de salud de acuerdo a procedimientos explicitados o escritos de manera regular.

- 5 Existen al interior de los grupos mecanismos de comunicación e información de las actividades hacia la comunidad y procesos de consulta a los mismos.

### 3. Dimensión Vínculos entre actores

Relación entre diversos actores; procesos de cooperación, colaboración y asociación entre ellos; y mecanismos de resolución de conflictos.

#### Aspectos:

Articulación interinstitucional; colaboración entre sectores de la sociedad civil y Estado.

#### Indicador I:

Capacidad de articulación y asociación.

Tipo: Opinión

Unidad de análisis: Individual

Unidad de medida del indicador: Escala de 5

- 0 No existe capacidad de articulación, colaboración y reglas para el tratamiento de eventuales conflictos.
- 1 Existe un reconocimiento de otras organizaciones similares, pero no existen procedimientos formales de intersectorialidad.
- 2 Actitudes positivas del sector público y de la Sociedad Civil para generar instancias de colaboración.
- 3 Existen espacios institucionalizados que permiten el Diálogo entre el Estado y la Sociedad Civil.
- 4 Se identifican procesos de colaboración, complementariedad y mecanismos que limitan conductas de abuso de poder o de discriminación por parte de actores valorados negativamente (caudillos, punteros).
- 5 Existen mecanismos interinstitucionales que permiten ejecutar, controlar y evaluar procesos decisorios que incorporan la perspectiva de la PCS.

### 4. Dimensión Modalidades Operativas

Formas o modos en que las estructuras o espacios operativos son coherentes y/o pertinentes con el sentido y propósitos de la participación. Modalidades que mejor se adaptan o conducen a la profundización de dichos procesos.

#### Aspectos:

Articulación interjurisdiccional; planificación estratégica; mecanismos de consenso.

Tipo: Opinión

Unidad de análisis: Individual

Unidad de medida del indicador: Escala de 5

#### Indicador I:

Existencia de planes estratégicos, mecanismos de consenso interinstitucional

Tipo: Opinión

Unidad de análisis: Individual/Documental

Unidad de medida del indicador: Escala de 5

- 0 Nos existen planes estratégicos ni mecanismos de consenso en el área de la salud.
- 1 Existen planes estratégicos y mecanismos de consenso interjurisdiccional, sin explicitación sobre procesos de PCS.
- 2 Planes estratégicos, instancias organizativas interjurisdiccionales que garantizan el acceso y accesibilidad a la salud, incorporando procesos de participación ciudadana.
- 3 Modalidades organizativas (consejos consultivos, comités interjurisdiccionales), con capacidad de identificar metas comunes de acuerdo con su misión y prioridades y no por presiones externas u ofertas puntuales.
- 4 Modalidades organizativas articuladas con capacidad de planear a mediano y largo plazo, y monitorear y evaluar las metas propuestas
- 5 Modalidades de organización articuladas con capacidad de interactuar con diferentes actores gubernamentales y de la sociedad, con criterios de intersectorialidad y perspectiva de la PCS.

#### 5. Dimensión Niveles de intensidad

Oportunidades o instancias del proceso de participación que involucra a los participantes en procesos de información, consulta y toma de decisiones.

#### Aspectos:

Vinculados con la información: acceso, difusión, consulta y toma de decisiones

#### Indicador I:

Circulación y tratamiento de la información

Tipo: Opinión

Unidad de análisis: Individual

Unidad de medida del indicador: Escala de 5

- 0 No hay circulación de información.
- 1 Existe información y está circula en un grupo restringido.
- 2 Existen reuniones con espacio para la información en forma no sistemática. (Falta de agenda, falta de tiempo)
- 3 Se da información solo de actividades programadas.
- 4 La información es difundida y discutida al interior del grupo (Consejo, Comité, Consejo barrial)
- 5 La información es tratada y discutida al interior del grupo y existen canales para su difusión en la comunidad.

#### Indicador II:

Procesos de relevamiento de opiniones o de consultas

Tipo: Opinión

Unidad de análisis: Individual

Unidad de medida del indicador: Escala de 5

- 0 No existen mecanismo para relevar opiniones de los integrantes de un grupo o comunidad.
- 1 Existen acciones de consulta de carácter esporádicas, sobre actividades puntuales de salud.
- 2 Existen procedimientos institucionales de consultas (buzón de quejas, de sugerencias, encuestas de satisfacción, etc) a disposición de la población.
- 3 Existen mecanismos de consulta reglamentados institucionales (democracia directa o indirecta) tales como auditoria ciudadana, carta compromiso, iniciativa popular, audiencia pública, etc), como formas de participación ciudadana en salud.
- 4 Existen mecanismos de difusión y diseminación de los resultados de la consultas ciudadanas y efectos de las mismas en el sistema de salud.
- 5 Existen espacios institucionalizados en el ámbito de los Poderes Ejecutivo y Legislativo que incorporan la perspectiva de la Participación Ciudadana en Salud.

### **Indicador III:**

Influencia y toma de decisiones

Tipo: Opinión

Unidad de análisis: Individual

Unidad de medida del indicador: Escala de 5

- 0 Las decisiones que definen acciones de salud, son impuestas al grupo o vecinos.
- 1 Se presentan decisiones sobre acciones de salud, pero el debate sobre sus orígenes, consecuencias y cambios deseados en el ámbito de la salud, se restringe a un grupo reducido.
- 2 Aspectos relacionados con la salud (curativa o preventiva) se debaten de manera sistemática, pero se posponen las decisiones.
- 3 Existe experiencia y procedimientos que permiten el acceso a la información; las opiniones se debaten y las decisiones son incorporadas a las agendas de trabajo.
- 4 Existen mecanismos de seguimiento sobre las consecuencias de las decisiones y su impacto en el sistema de salud.
- 5 Las decisiones son ampliamente divulgadas por medios de comunicación accesibles a la población.

## **6. Dimensión Efectos Transformadores**

Transformaciones posibles y esperadas de los procesos participativos en salud.

Factores que contribuyen u obstaculizan tales procesos.

### **Aspectos:**

Control social, herramientas de incidencia pública.

**Indicador I:**

Recursos institucionales para facilitar procesos de participación ciudadana en salud y su relación con la democracia.

Tipo: Opinión

Unidad de análisis: Individual

Unidad de medida del indicador: Escala de 5

- 0 No existen recursos institucionales disponibles para facilitar procesos de Participación Ciudadana en Salud.
- 1 Percepción de la democracia como valor para mejorar la calidad de vida de la población.
- 2 Identificación de la Participación como derecho Ciudadano.
- 3 Existencia de legislación que favorece los procesos de Participación Ciudadana en Salud en términos de información, consulta y decisión.
- 4 Herramientas de Incidencia Ciudadana (Presupuesto Participativo, Audiencia Pública, Consulta Popular, Carta Compromiso, etc) conocidas por la ciudadanía.
- 5 Existencia de prácticas transparentes sobre acceso a la información pública, temas de salud (Programas, proyectos, presupuestos).

**7. Dimensión Democratización**

Capacidad de las prácticas participativas para difundir, transmitir e instalar espacios de democratización y de influencia en la orientación sobre la políticas públicas en salud.

**Aspectos:**

Canales de información, medios de difusión, responsabilidades jurisdiccionales.

**Indicador I:**

Gestión democrática

Tipo: Opinión

Unidad de análisis: Organización

Unidad de medida del indicador: Escala de 5

- 0 No existen canales de información.
- 1 Existen canales de información, pero restringidos al interior del sistema formal de Salud (equipos de salud).
- 2 Existen canales de información entre el sistema de salud y las organizaciones de base.
- 3 Existencia de canales comunicación, difusión (pizarras, folletos etc.) sobre la asignación de recursos, programas accesibles a toda la población.
- 4 Conocimiento por parte de la población sobre los diferentes niveles de responsabilidades jurisdiccionales (Nación, Provincia / Departamento, Municipios)
- 5 Difusión de mecanismos institucionales en el ámbito de la salud, que favorecen los procesos de participación ciudadana en salud.

## 8. Dimensión Sustentabilidad

Condiciones favorables o desfavorables para la construcción de un marco de sustentabilidad de las experiencias participativas. Condiciones necesarias y suficientes para un proceso de continuidad en el tiempo.

### Aspectos:

Leyes/Incidencia/Políticas

Existencia de leyes, disposiciones, resoluciones, actos jurídicos (del nivel local, provincial/departamental, Nacional) de leyes que favorecen la participación ciudadana en Salud.

### Indicador I:

Existencia de Leyes

Tipo: Opinión

Unidad de análisis: Individual

Unidad de medida del indicador: Escala de 5

0. No existen leyes.
1. Hay propuestas identificadas, en Comisiones de Salud, o grupos de trabajo a Nivel ejecutivo y/o legislativo.
2. Hay Leyes aprobadas
3. Hay Leyes aprobadas y reglamentadas.
4. Leyes reglamentadas y con recursos (Financieros, infraestructura y Humanos) disponibles para su operacionalización.
5. Es verificable la difusión y diseminación de los aspectos fundamentales de las leyes.

### Indicador II:

Espacios multiactorales de monitoreo y evaluación en la implementación de las políticas de participación ciudadana.

Tipo: Opinión

Unidad de análisis: Individual

Unidad de medida del indicador: Escala de 5

0. No hay mecanismos de monitoreo y evaluación.
1. Hay Instancias organizativas con capacidad de monitoreo y evaluación.
2. Estas instancias esporádicamente ejercen alguna denuncia y/o control sobre el cumplimiento de leyes, pero no hay acciones coherentes y coordinadas.
3. Existen acuerdos Gubernamentales y OSC para el monitoreo y evaluación de la aplicación de la leyes.
4. Existen normas operativas para el seguimiento de las leyes y los resultados en las políticas de salud.

5. Existe una red intergubernamental y multiactoral, que se reúne con frecuencia; evalúa resultados y genera recomendaciones, sugerencias, modificaciones.



## 7. GESTIÓN DEL PROYECTO

Ante la complejidad de gestionar una investigación multicéntrica y multiactoral, con la participación de cuatro países, se anticiparon dos desafíos: a) los procesos de circulación de la información y modos de consultas; y b) la necesidad de discusión presencial para establecer los consensos y tomar las decisiones básicas en distintos momentos de la investigación.

Para el primero de los desafíos se generó un proceso que facilitara las comunicaciones entre los centros de estudio de los países involucrados; mientras que para el segundo se contempló la organización de instancias presenciales de intercambio entre los equipos, que recibieron la denominación de Encuentros Regionales.

### 7.1. Encuentros regionales

Se desarrollaron un total de cuatro encuentros entre los equipos de investigación, que mediante la metodología de Taller se establecieron como mecanismos presenciales de intercambio de información y de generación de consensos<sup>15</sup>. En ellos se definieron los criterios de elegibilidad de los programas y experiencias a estudiar; se consensuaron los criterios y aplicabilidad de los instrumentos (encuestas, grupos focales y entrevistas); se compartieron los resultados preliminares y se definieron los pasos a seguir para la sistematización y presentación de la información obtenida en el proceso de investigación.

En el Primer Encuentro Regional realizado en la sede de ISALUD (Bs. As. 4 y 5 de mayo 2006) participaron los coordinadores e investigadores de los países cuatro países. Su propósito fue:

- La presentación e integración de los equipos de trabajo, caracterización contextual de cada uno de los países,
- La identificación de acuerdos metodológicos y operativos de la investigación.

En dicha oportunidad fueron definidos y acordados los siguientes aspectos:

- Los criterios definitivos para la selección de hasta seis programas y experiencias de participación ciudadana en salud por país,
- Los acuerdos sobre los instrumentos de recolección de información y definición de actores en los aplicarlos.
- La realización de entrevistas a responsables de programas, actores sociales y políticos; y las encuestas a beneficiarios de programas.

---

<sup>15</sup> Ver Anexo 4: Agendas y fotos de los encuentros regionales

- Iniciar el proceso de recolección de información con la técnica de grupos focales con el propósito de visualizar datos que pudieran enriquecer las versiones finales de las encuestas y guía de entrevistas.

Sobre la base del marco teórico elaborado, en el cual se definían diez dimensiones a investigar<sup>16</sup>, se acordó:

- Profundizar la búsqueda, actualización bibliográfica y de contenidos de las dimensiones con el objeto de identificar y precisar las variables a investigar.
- Elaborar las preguntas, para cada variable integrante de esas dimensiones cuyas respuestas interpretarían y explicarían a éstas últimas. Este listado de preguntas se utilizó para la elaboración de los guiones de las entrevistas, los grupos focales, y del cuestionario de la encuesta, teniendo en cuenta que cada pregunta estuviera incluida en al menos uno de esos tres instrumentos.

Durante el 2do Encuentro Regional (ISALUD, 15 de agosto de 2006), se acordaron los criterios definitivos de la encuesta a realizar en los cuatro países:

- Se seleccionarían hasta seis experiencias y programas en cada país con el objeto de realizar alrededor de 100 encuestas por programa.
- Las experiencias y programas seleccionados deberían contar con listados de beneficiarios que constituyeran el marco muestral desde el cual seleccionar muestras aleatorias.
- En el caso de experiencias y programas que no dispusieran de listados de beneficiarios se seleccionaría una muestra intencional realizada por expertos.
- El cuestionario de la encuesta, común para los cuatro países, contendría los atributos y variables de participación y debía incorporar ajustes según los resultados de las entrevistas en profundidad y los grupos focales.
- El cuestionario debería adaptarse en cada país a la cultura y el lenguaje locales, adoptando como base el cuestionario desarrollado en Argentina que se fue mejorando con los aportes de todos los países con el objeto de adaptarlo a las realidades locales.

El Tercer Encuentro fue realizado en abril de 2007, y contó con la participación de representantes de los cuatro países involucrados y miembros del equipo de la coordinación regional. Este encuentro tuvo por propósitos:

- Compartir el avance de la investigación y la presentación de los resultados preliminares surgidos de la aplicación de los instrumentos (Entrevistas y Grupos Focales) y su relación con la población sujeto de la investigación. Se informó del estado de avance de la aplicación de las Encuestas.

---

<sup>16</sup> Ver Anexo 3: Dimensiones de análisis.

- En esta oportunidad se realizó un intercambio de los marcos legales que facilitan los procesos de participación en salud en cada uno de los países.
- El intercambio entre los equipos permitió un aprendizaje sobre el uso de los instrumentos, los respectivos contextos de aplicación y su relación con el marco conceptual de la investigación.

Entre el 26 y 28 de septiembre del 2007, se realizó el Cuarto y último Encuentro Regional, en la Sede de ISALUD.

- Se presentaron los resultados sistematizados y las primeras conclusiones de la investigación, relacionados con los objetivos de la misma.
- Se socializó la información surgida de las encuestas y su complementariedad con los datos de los otros instrumentos.
- Se discutieron las condiciones para el trabajo de la base de datos unificada y los plazos para la presentación de los informes finales.
- Por su parte, los equipos planificaron las actividades de difusión y diseminación de los resultados de la investigación en cada uno de sus países de origen y la identificación de posibles líneas alternativas para la publicación de los resultados.
- La reunión finalizó con la identificación de posibles líneas de continuidad de la investigación, que se establecerían en el informe final.

## 7.2. Gestión comunicacional

En el marco del Proyecto de Investigación “Participación Ciudadana en Salud en el MERCOSUR Ampliado”, se contempló un componente de gestión de la comunicación tendiente a facilitar la coordinación del proceso de investigación.

En este sentido, las acciones de comunicación y difusión que se desarrollaron se ajustaron en función de: *la organización interna propuesta en el diseño metodológico; los actores involucrados en el estudio; y el cronograma de actividades previsto en el proyecto.*

En cuanto a la *organización interna*, las acciones se organizaron en función de facilitar la estructura de una coordinación regional a cargo de ISALUD y los centros de estudio de 4 países que debían trabajar en forma colaborativa sobre la base de una metodología común.

Para ello, se trabajó en generar mecanismos de intercambio y difusión de información que facilitarían la estandarización del proceso de investigación a través de la búsqueda de consensos, tanto en los objetivos, las metodologías, las técnicas y los instrumentos, en función de un plan de trabajo común para los cuatro países.

En la definición y utilización de los mencionados mecanismos se tuvo en cuenta a los diferentes *actores involucrados*: equipo de investigadores de cuatro países del MERCOSUR Ampliado (Argentina, Uruguay, Paraguay y Bolivia); representantes de las contrapartes estatales de los respectivas áreas de Salud de dichos países; referentes políticos, técnicos, promotores comunitarios y miembros de ONG's vinculados a las unidades de análisis (programas y/o experiencias) seleccionadas para llevar adelante la investigación; y la agencia donante y los organismos (públicos y privados) vinculados a las temáticas abordadas por la investigación.

En función del *cronograma de actividades* previsto, las acciones de comunicación y difusión tuvieron en cuenta las etapas contempladas en el proyecto: adecuación de los equipos para el trabajo; organización del trabajo de campo; desarrollo de la etapa cuali – cuantitativa de recolección y análisis de la información; y la diseminación de resultados.

### *La gestión de la comunicación en el contexto de la investigación*<sup>17</sup>

Tal como se expresara anteriormente, las actividades de comunicación y difusión se centraron en consolidar el proceso de investigación y permitir la diseminación de los resultados obtenidos de la misma. Estas acciones se han dividido en función de tres grandes grupos de actividades.

El primer grupo lo constituyen las *actividades vinculadas a fortalecer la organización interna*. Éstas se centraron en la generación de documentos informativos y de intercambio, tendientes a facilitar la integración de los equipos en un plan de trabajo común, en virtud de un intercambio no presencial.

---

<sup>17</sup> Ver Anexo 5: Gestión comunicacional.

Se confeccionaron listados de los Integrantes de la Investigación (Referentes institucionales; Integrantes de la Coordinación Regional; Responsables técnicos por país; integrantes de los equipos de investigación y referentes de las áreas), que fueron distribuidos a nivel de la coordinación regional y los equipos por país.

Se diseñaron pautas de seguimiento periódicas donde los integrantes de la coordinación regional y los equipos de investigación por país volcarían el detalle de las actividades realizadas.

A ello se suma la distribución de los modelos de informes previstos por la agencia financiadora y los propuestos por la coordinación regional; como así también el apoyo en la confección de informes de avance, anual y final de la investigación.

En cuanto a las instancias presenciales de intercambio, las actividades desarrolladas se vincularon con el apoyo en la organización y desarrollo de reuniones de trabajo semanales entre la coordinación y el equipo argentino; y los 4 encuentros regionales entre los equipos país y la coordinación regional: armado de agendas, presentaciones en soporte electrónico, organización de las carpetas con la documentación a intercambiar y digitalización.

Asimismo, se implementaron mecanismos de intercambio de información operativa, técnica e institucional por medios electrónicos, tales como la generación del Grupo de correo electrónico, (subgrupos “Coordinación”; “Equipo Argentina”, “Equipo Bolivia”; “Equipo Paraguay” y “Equipo Uruguay”) para el intercambio de información y documentación; se asignaron cuentas de correo electrónico con dominio “isalud.edu.ar” a los integrantes del equipo argentino y una cuenta específica de la investigación para almacenar todos los intercambios; y se incorporó un espacio de documentación dentro de la página de ISALUD, para consulta de los equipos de investigación y público en general.

El segundo grupo de actividades se vincula con la ***difusión de los objetivos, alcances y resultados de la investigación***. Se diseñaron y organizaron presentaciones en formato digital y soporte papel de los productos y actividades; y se generaron mecanismos de difusión electrónica en articulación con el área de comunicación de ISALUD tales como la incorporación de un link de la Investigación en la página web: <http://www.isalud.edu.ar/htm/site/IDRC.asp> que contempla una descripción general; integrantes; objetivos de la investigación; diseño metodológico; bibliografía; novedades y un link de contacto con una cuenta de correo electrónico general de la investigación; la confección de gacetillas de información para incorporar al newsletter y a las noticias publicadas en la página de la Institución; y la distribución periódica de información a la lista de correos electrónicos de los Integrantes del Observatorio Regional de Participación Ciudadana en Salud – MERCOSUR y Estados Asociados y referentes de los programas seleccionados en Argentina.

Por otra parte, a los fines de diseminar los resultados de la investigación, se diseñó un plan marco de actividades que sirviera de herramienta orientadora para la coordinación regional – ISALUD y los otros centros de estudio de Bolivia, Paraguay y Uruguay.

En este sentido, se organizó de manera conjunta con la coordinación regional y los equipos país la identificación de ámbitos en los cuales difundir los resultados. En el caso específico de Argentina, se organizó la devolución de resultados a los actores consultados y se apoyó en las actividades de presentación en los ámbitos académicos identificados (para más detalles ver capítulo diseminación de la investigación).

Por último, el tercer grupo de actividades se vincula con el *intercambio de información con la agencia donante*. Aquí se mencionan los intercambios de información mediante correo electrónico con el responsable del Programa “Gobernanza, Equidad y Salud”, en el marco del cual se desarrolla la investigación.

### 7.3. Análisis sobre aprendizajes y formación de capacidades

El análisis refiere básicamente a las habilidades, competencias y conocimientos que lograron los equipos de investigación (grupales e individuales). Surge como producto de la discusión de los investigadores durante el IV Encuentro Regional, en el cual participó también el especialista principal de Programas de la Oficina Regional para América Latina –IDRC, Dr. Roberto Bazzani.

A continuación se presenta una síntesis de tales aprendizajes, advirtiendo sobre los riesgos que implica la generalización de conclusiones de equipos de trabajo provenientes de cuatro países con singulares contextos culturales; pertenecientes a diferentes disciplinas; y con perfiles ideológicos distintos.

- Trabajo coordinado entre cuatro centros de estudio en el marco de una investigación que se orienta a la aplicabilidad de sus conclusiones para la facilitación de cambios en las políticas de salud.
  - Reconocimiento del alto nivel de expectativas que generan los resultados de la investigación en los actores políticos y en las Universidades y Centros de Estudio vinculados a la misma.
  - Importancia del trabajo en equipo, en el caso de Argentina, Bolivia y Paraguay. En el caso particular de Uruguay, se resalta la consolidación de un equipo con trayectoria en investigación y docencia en común, en el tema de participación en salud.
  - Alto compromiso de los equipos para la disseminación de los resultados de la investigación.
  - Profundización de marcos conceptuales sobre participación; accesibilidad a una amplia bibliografía sobre el tema; y aprendizaje a partir de la complementación en la utilización de técnicas cualitativas y cuantitativas para el relevamiento de la información.
  - Diversidad valorativa sobre participación, transversalidad a todas las prácticas (incluyendo a los equipos de investigación) y articulación con los procesos de descentralización.
  - Desarrollo de un manual para los encuestadores en el caso de Paraguay.
  - La incorporación de un componente de comunicación para la facilitación de la circulación de información y documentos a nivel interno; y para organizar el desarrollo de actividades de sensibilización y difusión externa de los objetivos y alcances de la investigación (Newsletter, página web, correo electrónico, publicación en medios gráficos).



Pese a que en la mayoría de los casos se indicaron aprendizajes positivos, también se hizo mención a situaciones que dificultaron el proceso investigativo y que será necesario ajustar en el futuro:

- Dificultades en el análisis por la adaptación de los instrumentos a cada uno de los países.
- Tercerizar la aplicación de los instrumentos de relevamiento de información, se pierden posibilidades de intercambio con los actores involucrados y se reducen las posibilidades de capacitación.
- Vinculación con las áreas gubernamentales de cada país en base a compromisos y conocimientos personales que pone en evidencia la falta de articulación institucional.

Por otra parte, las características de la propuesta de investigación implicaron una serie de aprendizajes sobre aspectos metodológicos que a continuación se detallan:

En los cuatro países se trató de cumplir con la recomendación de seleccionar de manera aleatoria a los beneficiarios de las diversas experiencias y programas encuestados en esta investigación. Sin embargo, las características propias de las unidades de análisis condujo a que la aleatoriedad estuviera diversamente condicionada, por ejemplo por la dispersión geográfica de los beneficiarios; la inexistencia de listados; y consecuentemente la ausencia de medidas de tamaño de los mismos.

En efecto, esto significó que la aleatoriedad fuera empleada en estadios distintos del proceso de selección de beneficiarios en los cuatro países. Adicionalmente, en el caso de Bolivia, en dos de las experiencias seleccionadas, además de los beneficiarios se entrevistaron otros actores. Por tales motivo, los resultados de la encuesta deben considerarse como exploratorios, teniendo en cuenta que al momento de realizar comparaciones entre los países se deberá contemplar la diversidad metodológica entre ellos.

Otros de los aspectos significativos se refiere a que se usaron libros de códigos independientes para la codificación de las preguntas semiabiertas en los cuatro países. Las dificultades encontradas en el procesamiento de las respuestas a esas preguntas, sugiere la necesidad de que en estudios de esta clase se utilice un núcleo común de respuestas precodificadas, que manteniendo los conceptos de manera uniforme, puedan ser adaptadas a los lenguajes locales, inclusive permitiendo la incorporación de respuestas adicionales que se adapten a la realidad cultural de cada nodo.

En el caso de las preguntas abiertas debería utilizarse un criterio similar en el sentido de elaborar libros de códigos<sup>18</sup> comunes. Si estos códigos comunes

---

<sup>18</sup> Por libro de códigos se entiende a la asignación de códigos numéricos (arbitrarios) a los conceptos o categorías involucrados en las diversas respuestas de una pregunta abierta con el fin de facilitar su procesamiento.

podieran ser elaborados se potenciaría la adecuación local del cuestionario que fue un valor agregado de esta investigación.

Por su parte, la agrupación de los entrevistados mediante métodos multivariados según sus respuestas a los atributos de participación y su valoración, no mostró: (a) homogeneidad entre los cuatro países, ni, (b) la fortaleza que esos atributos habían exhibido en las entrevistas en profundidad y los grupos focales, desde cuyos resultados fueron elaborados.

Sumado a todo lo anterior, se destaca también la incorporación de una estudiante de la carrera de Trabajo Social de la Universidad de Buenos Aires que mediante un convenio de pasantía realizó actividades de apoyo a la coordinación regional desde julio de 2006 a enero de 2008. Su formación y supervisión estuvo a cargo del Coordinador Regional y la responsable del componente de Comunicación de la Investigación. Durante todo el tiempo que duró la pasantía se priorizaron los aspectos de la formación de grado de la estudiante.

Una primera etapa estuvo orientada a la socialización y familiarización con los objetivos y alcances de la investigación, realizando tareas relacionadas con la lectura de la documentación base de la investigación: antecedentes; propuesta; criterios de elegibilidad de las unidades de análisis y dimensiones de la investigación.

La pasante participó de la mayoría de las reuniones de trabajo de la Coordinación Regional, como así también, las realizadas con el equipo local (Argentina), y en los cuatro Encuentros Regionales. A continuación se detallan las tareas realizadas:

- Elaboración de las actas y memorias de las reuniones y los Encuentros Regionales.
- Colaboración en el armado de los instrumentos de recolección de datos.
- Confección de una base de datos sobre material bibliográfica sobre participación en salud y APS.
- Participación como observadora en los grupos Focales realizados en Argentina.
- Sistematización de información de artículos de prensa directamente o indirectamente vinculados con la participación ciudadana en salud.

Pueden mencionarse las siguientes conclusiones de la pasante, extraído de su informe final<sup>19</sup>:

*“...un aspecto que me parece relevante destacar es la importancia de haber contado con un Equipo Interdisciplinario, en donde fue posible entrecruzar disciplinas tales*

---

<sup>19</sup> Ver Anexo 6: Informe de pasantía.

como la Psicología, la Medicina, la Sociología y la Comunicación Social, y enriquecer unas con otras....”

“...pude observar que la participación no es una práctica muy tenida en cuenta en la difusión que realizan los medios masivos de comunicación, en comparación con todas aquellas noticias o artículos que tienen relación al área de la Salud..”

“...logré un conocimiento de cuáles eran aquellas leyes y un aprendizaje acerca del modo en que se trata la participación y el lugar que ésta ocupa en la Legislación de Argentina. Básicamente, puedo concluir en que no hay muchas leyes que refieran al tema, ni es algo a lo que se induzca mediante el sistema legislativo. Además, creo que muchas veces, más allá de la existencia de dicho régimen jurídico, se trata más bien de una “formalidad” cuyo cumplimiento no se refleja en la práctica...”

“...Considero que mi participación en ellos (Encuentros Regionales) fue muy enriquecedora a nivel personal, no solo por lo aprendido en el marco conceptual y metodológico en relación a la Investigación, sino también por lo aprendido en los intercambios entre los equipos y en relación a los aportes que se hicieron desde los otros países, sobre todo al considerar las particularidades culturales, los diferentes impactos según el contexto, la particularidad de cada equipo y la articulación de éstos. Considero también muy valioso haber tenido la posibilidad de presenciar estos espacios, en donde además las charlas informales también resultaron ser experiencias de aprendizaje...”

“...A nivel general, puedo decir que esta pasantía tuvo resultados positivos a nivel personal. Anteriormente, nunca había participado en una experiencia netamente investigativa, lo cual resultó ser novedoso para mí en lo que hace a la práctica. La Investigación es en sí misma una fuente de conocimiento y apunta a la producción de datos, por eso es necesario rescatar su importancia. Pero lo importante no es solo generar datos, sino que esos tengan un impacto en la sociedad y sirvan para acciones futuras. Es también interesante poder darle voz a los que muchas veces no la tienen, y además barajar las distintas posiciones sociales. Y aquí es importante notar las relaciones de poder que se juegan al interior de cada sistema, y cómo esas fuerzas, muchas veces, condicionan a la sociedad en su conjunto, permitiendo solo en algunos casos algunos movimientos a los sectores más oprimidos, pero creo yo, sólo a fin de mantener el orden social vigente. Por eso es importante y de gran avance que las políticas públicas cuenten con un componente participativo, pero esto no debería quedar tan solo en el diseño de dichas políticas, sino que se debería apuntar al cumplimiento y práctica de la misma...”

Referido a la gestión administrativa financiera del proyecto pueden destacarse algunos aprendizajes o aspectos relevantes que ayudaron al mejor desarrollo de las actividades. Los mismos se enumeran a continuación:

- **Capacitación del personal en la metodología administrativa financiera utilizada por el donante**, en este caso IDRC. Fue importante para el desarrollo del proyecto el Taller realizado en Uruguay en marzo del 2006 sobre Fortalecimiento de la Capacidad Financiera y Administrativa. Mas allá de los aportes positivos que en forma individual manifestaron los

participantes, permitió establecer una metodología clara de gestión de ingresos y egresos, que posibilitó una auditoría exitosa en el transcurso del proyecto y fue tomado como modelo de gestión para ser transmitido a los países que formaron parte del proyecto.

- ***Capacitación de los equipos de los países vinculados a la metodología administrativa financiera utilizada por el donante.*** Una vez capacitado el equipo central, se previó un espacio en todos los talleres realizados para ver los aspectos administrativos del proyecto, se confeccionó un manual de capacitación, tomado del que entregaron en el taller de Uruguay, para que desde el principio todos los participantes estén alineados con las formalidades de las cuestiones administrativas.
- ***Vinculación del pago final con resultados:*** de la misma forma que IDRC deja supeditado parte de los fondos a la aprobación final de los informes financieros y técnicos, hemos trasladado esto a los equipos de gestión de los países, con buenos resultados ya que se ven comprometidos a asumir los riesgos de trabajos mal realizados o incompletos.
- ***Pago por resultados:*** queda como aprendizaje que funcionaría mejor el pago por resultado a los investigadores, en este proyecto se convino una suma mensual a modo de honorarios, consideramos mejor el pago a través de Términos de Referencias vinculado a productos concretos.

#### 7.4. Diseminación del proyecto

Las acciones de diseminación y difusión desarrolladas en el marco de esta investigación parten de la base de reconocer que el proceso y sus resultados constituyen un elemento fundamental para el intercambio de información y construcción de conocimiento para la transformación de aspectos de la realidad, en este caso los vinculados a la participación ciudadana en salud.

En primera instancia, resulta necesario reconocer la diferencia entre actividades de difusión y actividades de diseminación. El primero de los casos, hace referencia a acciones de comunicación, en sentido unidireccional orientadas a dar a conocer la investigación y sus resultados, cuyo actor principal es el investigador. El segundo caso pone el acento en las actividades orientadas a la generación de procesos interactivos entre investigadores y agentes sociales usuarios del conocimiento.

En esta investigación se realizaron una combinación de ambos tipos de actividades que a continuación se describen y que se corresponden con tres etapas fundamentales del proceso de investigación: puesta en marcha; proceso de relevamiento de la información; y presentación de resultados. El proceso puede ser sistematizado de la siguiente manera:

##### ***Puesta en marcha de la investigación***

Se refiere a la etapa de puesta en marcha de la investigación, momento en el que se dan a conocer sus objetivos y alcances; el ajuste del plan de trabajo; profundización del marco conceptual de partida y la metodología a implementar.

En este sentido, se participó del 1° Encuentro del *Observatorio Regional de Participación Ciudadana en Salud en el MERCOSUR y Estados Asociados*, desarrollado en mayo de 2006. En dicha oportunidad se presentaron los objetivos de la investigación; las características del estudio y las unidades de estudio de los cuatro países que al momento se encontraban en etapa de conformación.

En esta etapa, se incorporó la investigación a la página institucional de ISALUD; se coordinaron acciones de difusión a través del newsletter y se realizó una publicación sobre participación ciudadana en salud en la revista bimestral de la institución responsable de la coordinación regional.

A su vez, en cada país los equipos presentaron la investigación ante las autoridades de las áreas de salud respectivas y se realizaron entrevistas con coordinadores y/o responsables de las potenciales unidades de análisis a definir en la siguiente etapa.

##### ***Diseño metodológico***

Esta etapa contempló la definición de las unidades de análisis por país; el ajuste de los instrumentos metodológicos; el plan de trabajo de campo; y el relevamiento y análisis de la información.

La definición de las unidades de análisis implicó la realización de encuentros con autoridades y responsables de programas y /o experiencias para comunicarles la decisión y la necesidad de contar con su colaboración para la organización y desarrollo de la instancia de relevamiento de información.

En el caso de Argentina, se recibieron consultas específicas sobre bibliografía de participación ciudadana y social en salud, por parte de técnicos de los programas REMEDIAR y Municipios Saludables en Argentina y una estudiante de posgrado recibió información sobre el tema para su tesis, a partir de la publicación realizada en la revista de ISALUD.

En el 2° encuentro de Observatorio Regional sobre Participación en Salud (noviembre de 2006), se presentaron los criterios de elegibilidad y los instrumentos diseñados para la selección de unidades de análisis y relevamiento de información, contemplando el objetivo de la investigación de contribuir a dicho Observatorio. También se participó en los talleres de trabajo y se asesoró a los participantes sobre el marco conceptual de “participación ciudadana en Salud”.

En esa oportunidad, se hizo entrega de los modelos de instrumentos a la representante de salud del gobierno de Chile, quien manifestó interés por aplicarlos más allá de su posible participación en el estudio.

Se continuó con las acciones de difusión por medios electrónicos en ISALUD (página web y newsletter), y se sumó la incorporación de un espacio para el capítulo Bolivia en la página web de la Escuela Superior de Posgrado de la Escuela Superior de Posgrado de la Universidad Mayor de San Simón.

### ***Procesamiento de la información***

Las actividades desarrolladas en esta etapa hacen referencia a la instancia de procesamiento y análisis de la información relevada; a la redacción de los informes por país; la presentación de los resultados preliminares obtenidos al momento; y la confección del informe final.

En esta instancia se continuó con las actividades de difusión por medios electrónicos y se realizó una nueva publicación en la revista de ISALUD.

En el caso específico de la diseminación de los resultados, se organizó en el marco del 4° encuentro regional un plan de actividades a nivel regional y en cada país.

El plan contempla una etapa de presentación y diseminación plantea como objetivos potenciar la utilidad de resultados obtenidos; permitir profundizar su desarrollo; generar o fortalecer vinculaciones efectivas con agentes sociales externos al ámbito científico académico; y Viabilizar procesos de transferencia de conocimiento.

Para lograr estos objetivos se plantearon actividades diferenciadas y complementarias de formación; vinculación institucional; y difusión, tomando en cuenta la temática y los actores sociales involucrados.



Cabe aclarar que muchas de las acciones previstas exceden el plazo de finalización del proyecto (febrero 2008), y hasta el momento las actividades desarrolladas se vinculan con los resultados por país, que guardan el carácter preliminares hasta su aprobación definitiva por parte de la agencia financiadora.

En este mismo sentido, dependerá de las instituciones responsables de la investigación, llevar adelante actividades de disseminación y difusión posteriores.

A continuación se presentan las actividades desarrolladas hasta el momento<sup>20</sup> y las previstas.

***Presentaciones en Jornadas, Seminarios, Congresos y encuentros de devolución a los actores consultados:***

- **Jornadas de Psicología. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Argentina. 9 de Agosto de 2007**
- **Buenos Aires 30-15. Eurososial. Universidad ISALUD. Buenos Aires. Argentina. 26 de Agosto de 2007**
- **Jornadas de Salud Intercultural, Oran – Salta. Argentina. 31 de agosto, 1 y 2 de Septiembre de 2007**
- **Jornadas Científicas de Salud Comunitaria, Salta. Argentina. 4, 5 y 6 de Septiembre de 2007**
- **Presentación académica de resultados en la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, Montevideo. Uruguay. 13 y 14 de Septiembre de 2007**
- **Devolución a la Red de Trabajadores Comunitarios, Montevideo. Uruguay. 30 de Septiembre de 2007**
- **Presentación en Plenario mensual de docentes y autoridades de ISALUD. Buenos Aires. Argentina. 1° de Octubre de 2007**
- **Seminario Taller “Investigación de Participación Ciudadana en Salud”. Una perspectiva hacia la Psicología Comunitaria. Universidad del Salvador, Buenos Aires. Argentina. 11 de Octubre de 2007**
- **Devolución de resultados a Ongs consultadas en Argentina. 23 de Octubre de 2007**
- **Devolución de resultados al Movimiento Nacional de Usuarios, Montevideo. Uruguay. 25 de Octubre de 2007**

---

<sup>20</sup> Ver Anexo 7: Actividades de disseminación.



- **Devolución de resultados a las Policlínicas Comunitarias, Montevideo. Uruguay. 27 de Octubre de 2007**
- **Devolución de resultados a equipos técnicos centrales, coordinadores zonales y promotores, Buenos Aires. Argentina. 22 de noviembre de 2007**
- **Jornada anual de evaluación, Red de Municipios y Comunidades Saludables, Buenos Aires. Argentina. 23 de Noviembre de 2007**
- **II Congreso de Salud Comunitaria del MERCOSUR, Montevideo. Uruguay. 5, 6 y 7 de diciembre de 2007**
- **IV Jornadas de la Residencias Interdisciplinarias de Educación para la Salud, Buenos Aires. Argentina. 27 y 28 de Mayo de 2008**
- **Congreso Internacional de Equipos de Salud: A 30 años de Alma Ata, revisión de APS, Salta. Argentina. 4, 5 y 6 de Septiembre de 2008**

### ***Formación***

- **Incorporación curricular en la formación de RRHH:** seminario en el Curso Niveles de Atención en Salud, Facultad de Psicología e incorporación de los avances de la investigación en los cursos teóricos dependientes del Área de Salud. Montevideo, Uruguay.
- **Actividades de formación docente** dirigidas a los colectivos pertenecientes a las mismas instituciones. Montevideo, Uruguay
- **Jornada sobre la Psicología ante la realidad nacional:** actividad académica abierta, organizada en torno a dos investigaciones que lleva adelante el Área de Salud de la Facultad de Psicología, y que toman aspectos centrales de la Reforma del sistema de salud: accesibilidad y participación. Montevideo, Uruguay.
- **Incorporación de contenidos** para cursos de alumnos de la universidad. Asunción, Paraguay.

## 8. EVALUACION DEL PROYECTO

Se realizó una evaluación sobre la marcha del Proyecto de Investigación que fue coordinada por un evaluador externo, siendo las siguientes las conclusiones a destacar.

- Durante el transcurso del Proyecto se intentó implementar la metodología del *Mapeo de Alcances* verificándose algunos obstáculos que imposibilitaron el uso del modelo tal cual estaba planteado en su diseño teórico.

Entre los principales obstáculos encontramos que los actores claves estaban diseminados en cuatro países y distantes geográficamente al interior de los mismos (tales los casos de Paraguay y Bolivia), y contaban con demasiados compromisos en su agenda o no presentaron interés como para movilizarse y formar parte de los talleres necesarios para trabajar esta metodología.

Por otro lado, algunos de los actores gubernamentales estaban enfrentados entre sí, o bien, el modelo de gestión radial no facilitaba el proceso de debate que implica la modalidad de taller.

Otro aspecto que se interponía era que la investigación era percibida por muchos actores del gobierno como una *evaluación de resultados de su gestión*, a pesar de haberse informado que estos no eran los objetivos del Proyecto. La desconfianza que esto provocó impidió la oportunidad de generar un dialogo franco entre los actores de los programas del gobierno y los integrantes de los equipos de investigación.

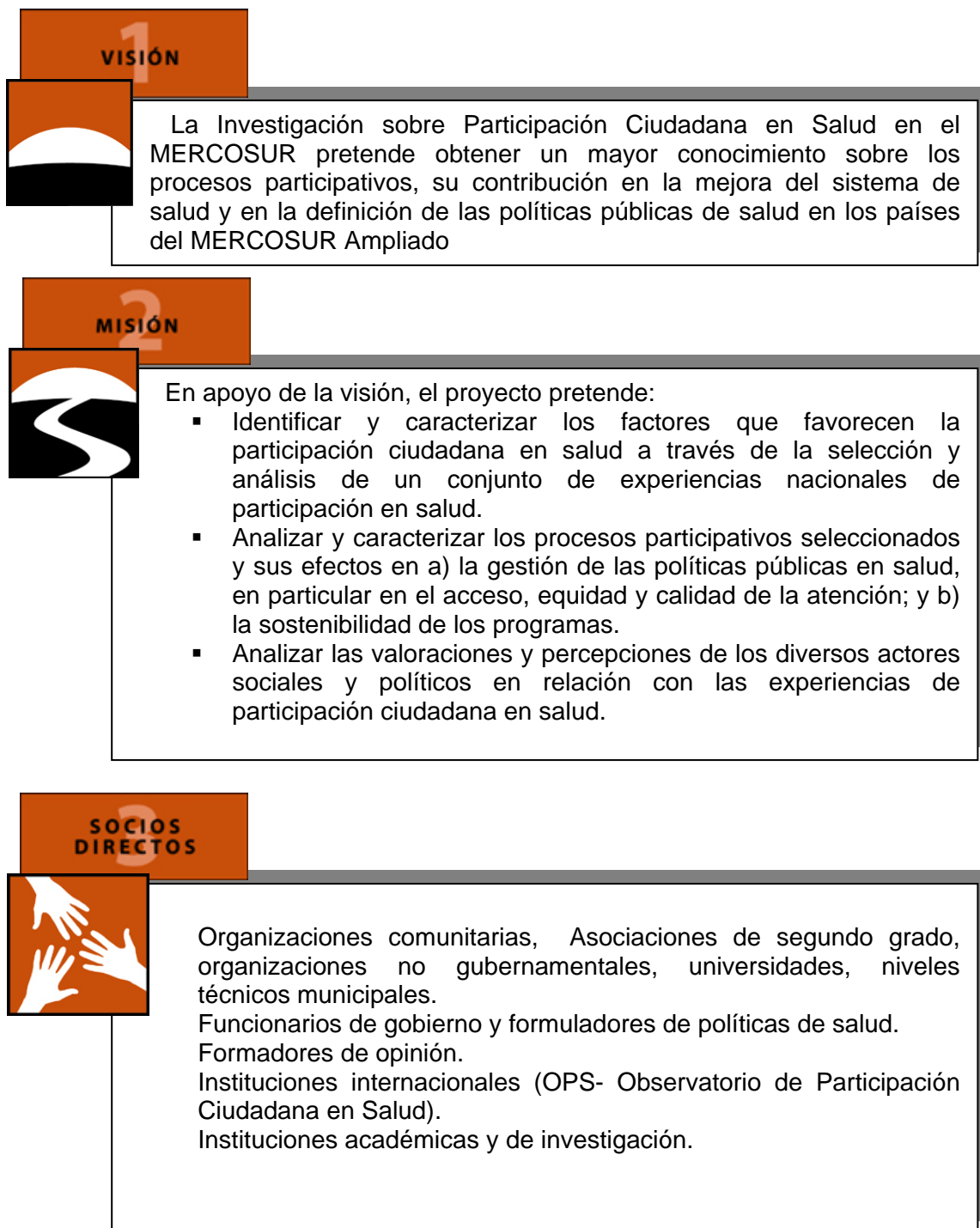
Finalmente aspectos conflictivos propios de los países dificultaron aún más la posibilidad de la implementación del mapeo de alcances (cambios de funcionarios en algunos países que formaban parte de la investigación y conflictos sociales en otros).

- Si bien el proceso de evaluación no contó con información originada de la interacción de los actores claves de la investigación se pudo realizar una apertura participativa.

Desde esta perspectiva se revisó toda la información documental y se realizaron reuniones de intercambio con funcionarios y técnicos con el fin de informar sobre la marcha de la investigación y en especial reuniones con informantes e investigadores que conocían muy bien el proyecto, para abordar los siguiente aspectos:

- Identificar la visión, misión y socios directos del proyecto
- Elaboración del Plan de evaluación del proyecto

Pueden destacarse los resultados del proceso en el siguiente gráfico:

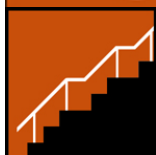


### ALCANCES DESEADOS




Lograr recopilar información que permita generar conocimiento acerca del grado de participación ciudadana en salud en el MERCOSUR.

### SEÑALES DE PROGRESO



Realización de las encuestas planificadas en todos los países.  
 Realización de entrevistas planificadas en todos los países.  
 Realización de grupos focales planificadas en todos los países.  
 Procesamiento, análisis y difusión de los resultados de las encuestas, entrevistas y grupos focales.  
 Actividades de difusión y de diseminación de los resultados parciales, durante la investigación, al cierre de la misma y plan posterior elaborado.

Plan de Evaluación				
	Objetivos de la Evaluación	Usuarios de la evaluación	Aspectos a evaluar	Metodología de la evaluación
	Cumplir con los requisitos ante el donante.	Donante Equipo de Investigación	Cumplimiento de objetivos planteados por la investigación. Cumplimiento de actividades con el presupuesto asignado.	Estudio de documentación Entrevistas Análisis de las señales de progreso
Realizador de la evaluación	Fecha	Costo	Utilización de resultados	
Consultor externo	Diciembre-Febrero 2008	El estipulado en el presupuesto aprobado	Rendición de cuentas ante el donante. Conclusiones que determinen caminos de acción para la mejora del proceso de investigación	

<i>Resultados de la evaluación</i>	
<b>Logro del alcance deseado</b>	
<p>Se logro la recopilación de información que permita generar conocimiento acerca del grado de participación ciudadana en salud en el MERCOSUR.</p> <p>Al final de la investigación se cuenta como producto con información sobre 25 Programas y/o Experiencias que incorporan la participación ciudadana en salud como uno de sus componentes en los países de Argentina, Bolivia, Paraguay y Uruguay.</p> <p>Se relevaron los marcos jurídicos en cada uno de los países que inducen procesos de participación ciudadana favorecidos desde el Estado, como así también experiencias y Programas que incluyen a la participación como modo de gestión en salud.</p>	
<b>Logro de las señales de progreso planificadas</b>	
Realización de las encuestas planificadas en todos los países	<p>Se realizaron las encuestas planificadas en los países de Argentina, Uruguay, Paraguay y Bolivia.</p> <p>Existe documentación avalatoria de estas encuestas.</p> <p>Si bien las metodologías fueron diferentes, algunos capacitaron equipos propios, otros contrataron agentes externos y los tamaños de las muestra fueron también diferentes, se considera que se ha cumplido el objetivo en todos los países.</p>
Realización de entrevistas planificadas en todos los países	<p>Se realizaron las entrevistas planificadas en los países de Argentina, Uruguay, Paraguay y Bolivia.</p> <p>Existe documentación avalatoria de las mismas.</p> <p>Si bien las cantidades realizadas fueron diferentes en cada país, se considera que se ha cumplido el objetivo en todos los países.</p>
Realización de los grupos focales planificadas en todos los países	<p>Se realizaron los grupos focales planificados en los países de Argentina, Uruguay, Paraguay y Bolivia.</p> <p>Existe documentación avalatoria de los mismos.</p>
Procesamiento, análisis y difusión de los resultados de las encuestas, entrevistas y grupos focales.	<p>Los resultados han sido procesados y forman parte del informe final.</p> <p>En cuanto a la difusión de los mismos se expusieron en ámbitos académicos, congresos internacionales, encuentro internacionales, jornadas y encuentros en diferentes puntos del país, pagina web de la institución que centraliza la investigación, publicación en la revista ISALUD</p> <p>Se produjo la difusión y retroalimentación a los participantes de las entrevistas.</p>
<b>Logro la gestión del proyecto con los recursos planificados</b>	
Gestión del Proyecto en tiempo y forma con los recursos asignados	<p>Se ejecutaron las actividades del Proyecto respetando el presupuesto aprobado sin grandes variaciones al respecto.</p> <p>Se entrevisto a algunos investigadores y proveedores a la fecha de esta evaluación y recibieron efectivamente los fondos estipulados en concepto de honorarios y pagos.</p> <p>Quedan pendientes de pago honorarios de investigadores y consultores hasta la aprobación por parte del donante del informe final.</p>

## 9. RECOMENDACIONES

El punto de partida de la presente investigación (*ver punto 3 “Problemas objeto de la investigación”, pag. 9*) surge de la insuficiente información disponible acerca de las debilidades y fortalezas de las políticas públicas de participación ciudadana en salud, junto con un parcial desconocimiento sobre el alcance, magnitud, calidad y legitimidad de estos procesos en la región; situación que dificulta la comprensión de la contribución de la participación ciudadana en la optimización del sistema de salud y las políticas públicas del sector.

Considerando los resultados de la investigación pueden sistematizarse algunas recomendaciones finales:

- Al ser la participación ciudadana un elemento a priori tan valorada conceptual y políticamente, deben introducirse en el diseño de las políticas, los planes y los programas procesos evaluativos de sus efectos, que permitan contrastar la experiencia con lo previsto.
- Jerarquizar la inclusión de interrelaciones entre los decisores políticos y los resultados de la investigación en general; y en particular en Uruguay dada la reforma en Salud que quiere implementarse. En este caso la transformación del Sistema de Salud contempla la incorporación de los usuarios en instancias de planificación y dirección generando las condiciones ideales de seguimiento, para lo cual puede construirse una línea de base a partir del aporte de elementos iniciales que brinda esta investigación.
- En relación a los recursos humanos del sistema de salud, debe contemplarse la formación conceptual y técnica (de grado y postgrado) para poder trabajar en ámbitos diferentes de los definidos en el modelo clásico (consultorio-hospital), incorporando herramientas para la facilitación de procesos de participación, como así también cambios actitudinales en los recursos técnicos para poder trabajar en participación comunitaria y ciudadana en salud.

Sobre estos aspectos Paraguay señala la imperiosa necesidad de proponer a la Universidad una modificación de los planes de estudios creando “Programas Integrales” (enseñanza-investigación-extensión) sobre el eje de la salud comunitaria, incorporando los aportes de la antropología (conceptual y técnicamente), de la psicología comunitaria y de la psicología política.

- Considerando el contexto de fragmentación social de los países de la región, debería plantearse una profundización de los estudios sobre la neutralización de obstáculos y fortalecimiento de facilitadores, mediante la incorporación de metodología basada en la investigación acción participativa, incorporando a las propias organizaciones sociales en el proceso con la finalidad de construir ciudadanía.
- Utilizar a la Red de Municipios y Comunidades Saludables para la divulgación sistemática (difusión y diseminación) de las Herramientas de Incidencia

Pública (Iniciativa Popular, Audiencia Pública, Derecho de Interés público, Presupuesto participativo, Elaboración participativa de normas, Consejos Consultivos, Revocatoria de mandato, carta compromiso, entre otras), teniendo en cuenta la Legislación de cada país.

- Implementar un concurso de Proyectos de Participación Ciudadana en Salud, similar al concurso de Proyectos Participativos del Programa Remediar (Argentina), que permita la divulgación de experiencias que quedan en el anonimato del espacio local.
- Incorporar en futuros estudios un abordaje de género que permita profundizar el análisis, dada la constatación que arroja el presente estudio sobre la participación mayoritaria de la mujer en los procesos de participación ciudadana en salud.
- La investigación muestra que las oportunidades y los obstáculos para la participación ciudadana en salud se definen en el ámbito del primer nivel de atención tanto por la influencia de los profesionales de la salud, como por el poder político local. Debería profundizarse el análisis de casos en el ámbito local, en los cuatro países dada la diversidad de experiencias y riqueza de marcos normativos y procesos históricos, tomando como base los indicadores propuestos, para su ajuste, perfeccionamiento y validación.
- Publicar un libro con los resultados de la investigación focalizando en la capacidad de distribución del mismo para garantizar la difusión y diseminación de los resultados.

BUENOS AIRES, MAYO 2008

Antonio Ismael Lapalma  
Coordinador Regional de la Investigación  
ISALUD



## 9. BIBLIOGRAFÍA Y DOCUMENTOS CONSULTADOS

- ABRANTES-PÊGO, R., (1999) “Participación social en salud: un estudio de caso en Brasil”, *Salud pública de México*, vol. 41-Nº 6, México.
- ALCARAZ DEL CASTILLO, F et al., (2004) Encuesta Mundial de Tabaquismo en jóvenes. Bolivia 2000-2003. CELIN. La Paz, Bolivia.
- ALCARAZ DEL CASTILLO, H; SOLÍS, RM; ZUAZO, J., (2000). Estudio comparativo urbano de consumo de alcohol, tabaco, cocaína y otras drogas en Bolivia. CELIN Bolivia.
- BALCAZAR F. (1996) “An evaluation of the Integrated Chile Attention Program in Honduras. Final Report.” U.S. Agency for International Development, Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project, Arlington, VA.
- BANCO MUNDIAL (2004). Estudio sobre Países: Reforma del Sector Salud en Bolivia. Análisis en el contexto de la descentralización.
- BARRÁN, J.P. et al (1993) La medicalización de la sociedad. Ed. Nordan, Montevideo.
- BOURDIEU, PIERRE, CHAMBOREDON JEAN CLAUDE Y PASSERON JEAN CLAUDE (1994) *El oficio del Sociólogo*. Siglo XXI Editores, 17º edición.
- BOURDIEU, PIERRE, (1993) *Cosas Dichas*. Gedisa Editorial
- BRONFMAN, M.; GLEIZER, M., (1994) “Participación Comunitaria: Necesidad, Excusa o Estrategia? O de qué Hablamos Cuando Hablamos de Participación Comunitaria”, *Cad. Saúde Pública*, 10 (1), Río de Janeiro, Brasil.
- BURN, S. y KONRAD, A.M. (1987). “Political participation: A matter of community, stress, job autonomy, and contact by political organizations”. *Political Psychology*, 8, 125-137.
- CÁCERES G, (Cdor.) (1998). *Técnicas de Investigación en Sociedad, Cultura y Comunicación*. Ed. Pearson. México.
- CALVO AYAVIRI, A. (2000). Análisis de la situación demográfica de país. Serie de Documentos Técnicos. OPS/ OMS. La Paz, Bolivia, octubre.
- CALVO AYAVIRI, A.(2002). Boletín Epidemiológico OPS/OMS, Vol. 23 No. 2, junio.
- CAMPS, F. (2007) *Participación Comunitaria y Gestión Alternativa de Conflictos*. GREC (Grup de Recerca i Estudis dels Conflictos). Disponible en: <http://www.grecmail.org/en/> [20 de agosto del 2007]

- CÁRCAMO, C. (2002). Informe de Consultoría sobre vigilancia epidemiológica de VIH-SIDA en Bolivia. OPS/OMS-Ministerio de salud y Deportes. La Paz, Bolivia.
- CENSO NACIONAL DE POBLACIÓN Y VIVIENDA (2001). Argentina.
- CERQUEIRA, M; ARROYO, I (1997) *La Promoción de la Salud y la Educación para la Salud en América Latina. Un Análisis Sectorial*. Editorial de la Universidad de Puerto Rico.
- CUNILL, N. (1991) *Participación Ciudadana*. Ed. Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo. Caracas, Venezuela.
- CZERESNIA, D. (2006) “El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción”. En: D. Czeresnia y C. Machado de Freitas, *Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*. Lugar editorial, Buenos Aires.
- CONSTITUCIÓN NACIONAL DE PARAGUAY (1992). Paraguay.
- DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICAS ENCUESTAS Y CENSOS (2002) *Censos de población y viviendas, proyección 2005*. Asunción, Paraguay.
- ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFÍA Y SALUD –ENDSA- (2003).
- ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFÍA Y SALUD – ENDSA- (1998).
- FERULLO DE PARAJÓN, A. (2006) *El triángulo de las tres “P”*. Psicología, participación y poder. Paidós, Buenos Aires.
- FORO DEL SECTOR SOCIAL (2004). *Manual de participación e incidencia para Organizaciones de la Sociedad Civil.*, Buenos Aires.
- GREEN, L. W. KREUTER, M. W., DEEDS, S. G., PARTRIDGE, K. B. (1980) *Health Education Planning: A diagnostic Approach*. CA: Mayfield Publishing Company. California.
- GÜIDA, C ( 2006) “Equidad de género y políticas públicas en Uruguay: Avances y resistencias en contextos complejos” en G. Careaga y S. Cruz (compiladores): *Debates sobre Masculinidades. Poder, desarrollo, políticas públicas y ciudadanía*, PUEG-UNAM, México.
- HEALTH CANADÁ, OPS. *Salud de la población. Conceptos y estrategias para las políticas públicas saludables: la perspectiva canadiense*. Washington, D.C: OPS; 2000. p. 8,13.
- IDRC/I-SALUD (2004) *Revisión de Experiencias Nacionales de Políticas Públicas de Participación Ciudadana en Salud en el Cono Sur*. Asunción, Paraguay.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. [www.ine.gov.bo](http://www.ine.gov.bo), Bolivia.

- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA –INE- (2002): Encuesta continua de hogares Programa Mejoramiento de Encuestas y la Medición de las Condiciones de Vida (MECOVI). Bolivia.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA -INE- (2003). Encuesta Postcensal de Mortalidad materna 2000. Bolivia.
- J.G. HECKMANN, J.G. et al (2000). Low Incidence of Stroke in the Chiquitanos Tribe in the Bolivian Lowlands. Letter to the editor. Stroke; 31:2266-d
- KLEIN R. (1984) “The politics of participation”. En: Maxwell R, Weaver N. *Public participation in health*. London: King Edward's Fund, Londres.
- LEY DE DESCENTRALIZACIÓN ADMINISTRATIVA, Decreto Supremo n°24.447 (1996). Bolivia.
- LEY DEL DIÁLOGO NACIONAL n° 2235 (2000). Bolivia.
- LEY N° 2426 DEL SEGURO UNIVERSAL MATERNO INFANTIL – SUMI (2002). Bolivia.
- LEY N° 1551 DE PARTICIPACIÓN POPULAR (1994). Bolivia
- LEY N°1702 MODIFICATORIA DE LA LEY DE PARTICIPACIÓN POPULAR (1996). Bolivia.
- LEY N° 18.161 DE ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO (2007). Uruguay
- MARCHIORI BUSS, P. (2006) --“Una introducción al concepto de promoción de la salud”. En: D. Czeresnia y C. Machado de Freitas (orgs.), *Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*. Lugar editorial, Buenos Aires.
- MARTÍN-BARÓ, I. (1987) El latino indolente. Carácter ideológico del fatalismo latinoamericano. En: Montero,M. (coord.) *Psicología política latinoamericana*. Caracas: Panapo. (pp. 135-162)
- MELIÁ, B ( ) *La Tierra sin mal de los Guaranies: Economía y Profecía*. Asunción, Paraguay.
- MENDONCA, D. *Pobres y Desiguales. Notas sobre la pobreza y la desigualdad en Paraguay*. Ed. Intercontinental. Asunción, Paraguay
- MENÉNDEZ, E. (1998) “Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado”, *Cuadernos médico sociales*, N° 73, Rosario.
- MENÉNDEZ, E. (1998) “Saber local y toma de decisiones”. En: J. Haro y B. Keijzer (coord), *Participación comunitaria en salud: evaluación de experiencias y tareas para el futuro*. OPS/OMS- Produssep, México.

- MENÉNDEZ, E. (2006) “Participación social en salud: las representaciones y las prácticas”. En: E. Menéndez y H. Spinelli (coords.), *Participación social ¿Para qué?*. Lugar Editorial, Buenos Aires.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN Y OPS (2007). “Evaluación externa de proceso, de la Estrategia Municipios y Comunidades Saludables en Argentina, 2006”. Buenos Aires, Argentina.
- MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES (2004). Accidentes de tránsito en Bolivia: situación en el último quinquenio / Ministerio de Salud y Deportes; Policía Nacional. OPS/ OMS, 102p. La Paz, Bolivia.
- MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES (2005). Estudio de Caso Bolivia: La alimentación y nutrición en los procesos de desarrollo y lucha contra la pobreza. Febrero, Bolivia.
- MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES (2004). Norma Nacional, Reglas, Protocolos y Procedimientos para la Detección y Control del Cáncer de Cuello Uterino: Salud Sexual y Reproductiva. Tercera revisión. Bolivia.
- MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES (2004). Plan Nacional de control del cáncer de cuello uterino 2004-2008. Bolivia.
- MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES (2004). Sistema Nacional de Información en Salud. (SNIS), Bolivia.
- MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES/ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2001). Anuario Epidemiológico 2000. Junio, La Paz. Bolivia.
- MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES/ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2004). Análisis del Sector Salud Bolivia. Documento de Trabajo. Mayo, Bolivia.
- MOLINEUX (1985): “Mobilization without emancipation? Women’s interests, state and revolution in Nicaragua” en *Feminist Studies*, Vol. 11, Nº 2.
- MONTERO, M. (2007) *Hacer para transformar. El método de la psicología comunitaria*. Ed. Paidós. Bs. As.
- MONTERO, M. (2004) Introducción a la Psicología Comunitaria, Desarrollo, conceptos y procesos Paidós, Buenos Aires. Pág. 245.
- MONTERO, M. (2004) La participación y el compromiso en el trabajo comunitario. En: Introducción a la Psicología Comunitaria, Desarrollo, conceptos y procesos. Paidós Tramas sociales, Bs. As., pág. 245.

- MOSER, C. (1991): La planificación de género en el tercer mundo. Enfrentando las necesidades prácticas y estratégicas de género. En Guzmán, Portocarrero y Vargas (comp.) Una nueva lectura: género en el desarrollo. Flora Tristán. Perú.
- MSP y BS (1999) *Política Nacional de Salud* – Gobierno de Unidad Nacional. Asunción, Paraguay.
- NARVÁEZ R Y D. SARIC (2004). Caracterización de la Exclusión en Bolivia. Organización Panamericana de la Salud y UDAPE. La Paz. Bolivia.
- NAVARRO, J. (2005). *La Psicología Social de las Organizaciones desde la perspectiva de la Complejidad..* Encuentros en Psicología Social, 3 (2), 113.
- NICOLETTI, A; V. SOFIA; S. GIUFFRIDA; A. BARTOLONI, et al. (2000) Prevalence of Stroke. A Door-to-Door Survey in Rural Bolivia. Stroke. 31:882-885
- OPS/OMS (2003). Perfil de país: Bolivia. Boletín Epidemiológico, Vol. 24 No. 1, marzo.
- OPS/OMS Bolivia (1998). Diabetes mellitus, obesidad e hipertensión y factores de riesgo asociados en La Paz, Santa Cruz, Cochabamba y el Alto. Oficina de la Organización Panamericana de la Salud en Bolivia. La Paz.
- OPS/OMS (1999) *Planificación local participativa: Metodologías para la Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe.*
- PARTICIPACIÓN DE USUARIOS ES CLAVE PARA LA REFORMA SANITARIA, en [www.presidencia.gub.uy/ Web/noticias/2007/05/2007052323.htm](http://www.presidencia.gub.uy/Web/noticias/2007/05/2007052323.htm)
- PLAN DE ACCIÓN MSP – IMM (2005). Uruguay
- PLAN FEDERAL DE SALUD (2004-2007). Ministerio de Salud de la Nación. Argentina. <http://msal.gov.ar>
- PLIEGO CARRASCO, F. (2000). Participación Comunitaria y Cambio Social. Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad Autónoma de México. Plaza y Valdéz Editores. México, D.F.
- PROGRAMA NACIONAL ITS-VIH/SIDA (2005). Informe de vigilancia centinela. La Paz, Bolivia.
- PNUD (2002). Metas de Desarrollo de la Cumbre del Milenio: Progreso en Bolivia. Naciones Unidas.
- PNUD (2002). Progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio Bolivia. Segundo informe.
- REBELLATO, J. Y UBILLA, P. (1999) Democracia, ciudadanía y poder. Desde el proceso de descentralización y participación popular. Ed. Nordan, Montevideo

- REYES, I; SANABRIA, G.; MEDINA, Z. *et al.* (1996). *Metodología para la caracterización de la participación comunitaria en salud*. *Rev Cubana Salud Pública*, ene.-jun, vol. 22, no.1, p.5-6. ISSN 0864-3466.
- RIQUE, J. J. Y ORSI, R. O. (2005) Participación ciudadana, sociedad civil y desarrollo integral. En: Cambio social, trabajo y ciudadanía. La participación para el desarrollo social. Espacio Editorial, Buenos Aires
- RIVERO, T. (2002). Estudio de situación de cáncer de cuello uterino en Bolivia: informe final Organización Panamericana de la Salud. Estudio de situación de cáncer de cuello uterino en Bolivia. ASC-02/00024-0. La Paz; s.n; sep. 111.
- SAFORCADA, E. (2001) *Psicología Sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud*. Ed. Paidós. Bs As.
- SANABRIA, G. (2001) *Participación Social y Comunitaria: Reflexiones*. *Rev Cubana Salud Pública*, jul.-dic. 2001, vol.27, no.2, p.89-95. ISSN 0864-3466.
- SÁNCHEZ, E. (1994). Participación comunitaria para la solución de problemas ambientales. Un marco explicativo de su continuidad en el tiempo. En: Estudios de Psicología Ambiental en América Latina, Instituto de Psicología, Universidad de Venezuela.
- SÁNCHEZ, E. (2000) *Todos con la esperanza - continuidad de la participación comunitaria*. Universidad Central de Venezuela, Caracas.
- SÁNCHEZ, E. (1999) Todos para todos: la continuidad de la participación comunitaria. *PSYCHE*. 1999, Vol.8, N° 1, pp. 135-144.
- SÁNCHEZ VIDAL, A. (1991). *Psicología Comunitaria. Bases conceptuales y operativas. Métodos de intervención*. Biblioteca Universitaria de Ciencias Humanas y Sociales. PPU, Barcelona. España
- SOUZA MINAYO M C de y col (2005). *Evaluación por triangulación de métodos*. Ed. Lugar. Buenos Aires. Argentina
- UGALDE, A. (1987) “Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria en los programas de salud en Latinoamérica”, *Cuadernos médico sociales*, N° 41, Rosario.
- UGALDE, A. (2006) “Un acercamiento teórico a la participación comunitaria en salud”. En: E. Menéndez y H. Spinelli (coords.), *Participación social ¿Para qué?*. Lugar Editorial, Buenos Aires.
- VÁZQUEZ NAVARRETE M. (2002) “Visión de los diferentes agentes sociales sobre la participación social en el sistema de salud en el nordeste de Brasil”. *Rev. Esp. Salud Publica* vol.76 no.5 Madrid.

- VÁZQUEZ; M; SIQUIERA, E; KRUZEB, I; DA SILVA ; A; LEITE; I. (2000) Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina - Consorcio Hospitalario de Cataluña. España. - Instituto Materno Infantil de Pernambuco - Universidad Federal de Pernambuco. Gaceta Sanitaria 2002. Versión electrónica
- VIAL, A. (2003) *Cultura Política, Sociedad Civil y Participación Ciudadana. El caso paraguayo*. CIRD, USAID. Asunción, Paraguay
- VILLASANTE T. (1995) “Las democracias participativas” HOAC. Madrid.
- WHO, 2004. The Atlas of Heart Disease and Stroke [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/resources/atlas/en/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/). World Data Table, disponible en [http://www.who.int/entity/cardiovascular\\_diseases/en/cvd\\_atlas\\_29\\_world\\_data\\_table.pdf](http://www.who.int/entity/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_29_world_data_table.pdf)



## Listado de Anexos

### Anexo 1: Instrumentos para relevamiento de información

- Modelo de Entrevista
- Guión de Grupo Focal
- Formulario Encuesta

### Anexo 2: Informes finales por país

- Informe Argentina
- Informe Bolivia
- Informe Paraguay
- Informe Uruguay

### Anexo 3: Dimensiones de análisis

- Documento consensuado a partir del 1° Encuentro Regional

### Anexo 4: Agendas y fotos de encuentros regionales

- Agenda 1° Encuentro Regional
- Agenda 2° Encuentro Regional
- Agenda 3° Encuentro Regional
- Agenda 4° Encuentro Regional

### Anexo 5: Gestión comunicacional

- Material de organización interna
- Material de las carpetas de los encuentros regionales
- Página web – Newsletter
- Presentaciones power point

### Anexo 6: Informe de pasantía

- Informe de Vanesa Loureiro

### Anexo 7: Actividades de diseminación

- Documentos y fotografías de las actividades