

Las prácticas participativas en salud: “el caso de los Municipios Saludables, el Municipio de General Rodríguez”

Lic. Alejandra Cosovschi
Informe Final
Versión Preliminar
Julio, 2004.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se propone analizar la implementación de un programa de salud que tiene como uno de sus componentes principales la participación de la comunidad en el mismo. Específicamente, se tomará la estrategia de Municipios Saludables, lanzada por la OPS/OMS¹ (Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud), tomando como caso el Municipio Saludable de General Rodríguez (Provincia de Buenos Aires). Si bien, se entiende que la mayoría de las veces las intervenciones no se realizan exactamente a como fueron diseñadas y no agotan la totalidad de los objetivos propuestos, observamos que la estrategia en cuestión se propone abarcar, a partir de la inserción de la comunidad, vastas y variadas cuestiones, que van desde la disminución de la corrupción hasta el fortalecimiento de la democracia pasando por el mejoramiento de la calidad de la salud. **Es por eso que la investigación se dirige a analizar los alcances del componente de participación de la estrategia de Municipios Saludables.** La idea es observar si la realización de las actividades programadas y el logro de los resultados previstos, se dirigen hacia el cumplimiento de los objetivos propuestos. O dicho en otros términos, observar si la promoción y generación de actividades participativas es sinónimo de participación ciudadana (tal como se define en la estrategia de Municipios Saludables).

La elección del Programa (Municipios Saludables) tuvo que ver con el interés de analizar una estrategia que, partiendo de la promoción de la salud como enfoque central, tenga a la participación de la comunidad como uno de sus principales ejes. La selección del caso se realizó en función de la revisión de documentación publicada por la OPS/OMS, el Ministerio de Salud de la Nación, testimonios de miembros de este último organismo y del coordinador del Programa en General Rodríguez. A partir de eso, se obtuvo una primera reconstrucción de la experiencia que demostró que el Municipio Saludable de General Rodríguez era, dentro de los Municipios Saludables de Argentina², un ejemplo de buenas prácticas.

De todas maneras, una vez que nos acercamos al caso (sobre todo, mediante la realización de entrevistas en General Rodríguez) nos encontramos con información que no se reflejaba en los datos que se habían recabado previamente. Principalmente, el hecho que el Programa

¹ La Organización Panamericana de la Salud (OPS) es un organismo internacional de salud pública. Actúa como Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Dentro del Sistema Interamericano, es el organismo especializado en salud. www.paho.org

² Según Rosa María Borrell Bentz, OPS Argentina, existen actualmente alrededor de 25 Municipios Saludables en Argentina.

había finalizado (al menos en la práctica) a fines del 2001 y que, por ende, la duración del mismo había sido muy breve (aproximadamente dos años). Luego, que el eje de participación había estado condicionado no sólo por el corto período de implementación del programa, sino además por cuestiones de índole política (sobre las que se profundizará más adelante), que de hecho, fueron en gran medida, por las que se suspendió el Programa. Esta situación fortaleció el interés por el caso al agregar otras variables que no habían sido planteadas previamente y que, evidentemente, resultan ampliamente relevantes a la hora de pretender entender procesos participativos. Es por eso, que se decidió agregar algunos nuevos ejes y variables explicativas para poder trabajar sobre el caso seleccionado.

Por último, la metodología de trabajo se basó en una estrategia investigación cualitativa, contrastando permanentemente el enfoque teórico con el trabajo de campo. La información fue relevada a partir de entrevistas con informantes clave y de la revisión de materiales de la OPS/OMS y del Ministerio de Salud de la Nación, así como información periodística local, actas de reuniones y asambleas, y otros documentos del Programa (decretos, estatutos, proyectos elaborados, etc.).

TEMA, OBJETO DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS

Las políticas que incluyen a la participación surgen en Argentina principalmente en la década del '90, que se caracterizó por una profunda reorganización económica y una radical redefinición del papel del Estado. Las reformas realizadas en la gestión pública tanto en Argentina como en varios países de Latinoamérica, incorporaron a los organismos de la cooperación internacional como un actor relevante en las políticas públicas, tanto en el financiamiento como en el diseño y evaluación de las mismas. El debilitamiento de las instituciones estatales y la desconfianza hacia las mismas por parte de vastos sectores de la sociedad hicieron, entre otras cuestiones, que se recomiende la participación de los propios beneficiarios de las políticas en la gestión de las mismas como una estrategia que garantizaría la efectividad, eficiencia y transparencia. En este marco, la participación se asocia con cuestiones que van desde la transparencia en la gestión del Estado hasta la posibilidad de lograr cierto desarrollo social.

Durante las últimas décadas se ha comenzado a incorporar el concepto de participación en el campo de las políticas públicas como una estrategia altamente recomendable. En el ámbito de las políticas de salud esto se ha llevado a la práctica como un componente que garantizaría –partiendo de una serie de premisas- ciertos resultados y objetivos concretos. Ahora bien, la participación puede ser entendida de distintas maneras así como pueden existir distintas modalidades para su implementación.

En este sentido, se delimita como **objeto de estudio** a un modelo de promoción de la salud a nivel local que incluya la participación comunitaria como uno de sus componentes fundamentales. Específicamente, la estrategia de Municipios Saludables impulsada por la OPS/OMS para el fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud³ (APS), tal como la

³ La estrategia de la Atención Primaria de la Salud fue una de las iniciativas de la OMS que la definió como la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptados, puesta al alcance de todos los individuos y las familias de la comunidad. De esta forma, se proyecta la Atención Primaria como una estrategia de gran relevancia para lograr el desarrollo social y económico de un país o región. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema sanitario, llevando lo más cerca posible la atención de la salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. (Alma Ata, 1978). Se denomina primer nivel de atención a los Centros de Atención Primaria, diferenciándolo del segundo nivel de atención que son los Hospitales.

definen. Se tomará como caso el Municipio de General Rodríguez ubicado en la Provincia de Buenos Aires donde desde el 2000 se viene implementando dicha estrategia. Se eligió este municipio por ser uno de los ejemplos de buenas experiencias tomadas tanto por la OPS como por el Ministerio de Salud de la Nación⁴. Además por poseer acceso a las fuentes y a la sistematización de la experiencia. El componente de participación se convierte en esencial en la estrategia de Municipios Saludables. Esta investigación se propone indagar sobre la relación existente entre el enfoque teórico sobre el que se basa el componente de “participación” de la estrategia de Municipios Saludables y su aplicación en la práctica. Es decir, observar en qué medida se cumplen los objetivos propuestos en el diseño de la política diseñada por la OPS/OMS y adaptada localmente.

Con la investigación se pretende responder a los siguientes interrogantes: ¿En qué consiste el componente de participación propuesto por la OPS/OMS?, ¿Cuáles son los objetivos a cumplir en la implementación de dicha estrategia para el logro de “participación”, tal como se define?, ¿Cómo se visualiza en la práctica concreta (Municipio de General Rodríguez) el componente de participación?, ¿Cuáles son las fortalezas y debilidades en la definición de ese componente en función de lo que sucede en la práctica?, ¿La implementación del Programa logra los objetivos propuestos en la estrategia, aún cumpliendo las actividades y resultados previstos?, ¿Las actividades participativas contribuyen efectivamente a ampliar la esfera pública o a crear ciudadanía?. Luego, ¿qué razones explican el cumplimiento o no de los objetivos del programa? (teniendo en cuenta fortalecimiento de la democracia, empoderamiento, disminución de la corrupción, mejoramiento de la calidad de vida, entre otras), La participación comunitaria, tal como se da en la práctica, ¿es representativa de la comunidad?, ¿Las ONGs que participan (aún siendo representativas de las ONGs de la comunidad determinada) garantizan la representatividad de la comunidad? O dicho en otros términos, ¿la participación de las ONGs (aún siendo representativas de la comunidad determinada) garantizan la participación comunitaria?, ¿Quiénes son los actores que “participan”? ¿Cómo?, la participación, ¿se da del mismo modo en todas las etapas de la política pública⁵? además, la comunidad ¿incide igualmente en todas las decisiones?, ¿cómo inciden los factores políticos en el fortalecimiento o debilitamiento de las estrategias participativas?.

En este sentido, se definen el objetivo general y los objetivos específicos de la investigación del siguiente modo:

O. General: Analizar los alcances del componente participación en la estrategia de Municipios Saludables.

⁴ El Ministerio de Salud de la Nación en el marco de la Subsecretaría de Relaciones Sanitarias e Investigación en Salud tiene a cargo la Unidad Coordinadora de la Red Argentina de Municipios y Comunidades Saludables. La Red Argentina de Municipios y Comunidades Saludables se constituye para el cumplimiento de los siguientes objetivos. Objetivo general: Impulsar la adopción de políticas públicas saludables como eje principal del accionar de los gobiernos municipales conjuntamente con las comunidades argentinas. Objetivos específicos: difundir y promover la estrategia de municipios y comunidades saludables / informar y orientar a los municipios y comunidades argentinos acerca de las estrategias de promoción de la salud que se definan en el Documento base / coordinar la capacitación técnica en los municipios que demanden asistencia para la implementación y fortalecimiento de la estrategia / propiciar el intercambio de experiencias e información entre los miembros asociados a la Red / fomentar el uso de los sistemas de información para la evaluación, seguimiento y monitoreo de las acciones desarrolladas / acreditar e incorporar a otros municipios y comunidades a la Red / articular e intercambiar experiencias con otras redes afines y complementarias, tanto nacionales como internacionales. Para más información: www.ms.gov.ar

⁵ Analíticamente dividimos una política pública en 5 etapas, a saber: estructuración del problema y conformación de la agenda; generación de alternativas de cursos de acción; toma de decisión y diseño; implementación; y evaluación.

O. Específicos:

1. Observar en qué medida se llegan a cumplir los resultados y objetivos propuestos en la estrategia de Municipios Saludables.
2. Caracterizar el tipo de participación que se da en la práctica y el juego de los actores participantes.

ENFOQUE TEÓRICO

Hace ya varias décadas la Organización Mundial de la Salud (OMS), como organismo rector de las políticas de salud a nivel mundial, ha recomendado a los gobiernos que enfoquen sus esfuerzos y políticas hacia el fomento de la salud, especialmente hacia la prevención de las enfermedades, respondiendo en forma racional a las expectativas de mejoramiento del nivel de vida de la población. Tal como lo reconoce la OMS “desde Alma Ata, todos los países del mundo identificaron como propósito político fundamental la búsqueda de la salud para todos a través del cumplimiento de ciertas estrategias que avanzaran con el cumplimiento y superación de algunos indicadores básicos... Para ello se han realizado esfuerzos para poner en marcha la atención primaria de la salud... e incorporar a la comunidad en la lucha y defensa de su propia salud (de este modo) dentro de la perspectiva renovada de atacar los problemas en salud, la promoción se constituye en la modalidad rectora para la reformulación rectora de las actividades del sector en todos sus niveles, en especial en el ámbito local”. El concepto de promoción de la salud se refiere al proceso que permite a las personas incrementar el control de su salud y mejorarla, entendiendo a la salud como un compromiso social y no solo como la responsabilidad de un sector de la sociedad, se la considera una estrategia de mediación con el entorno, sintetizando una elección personal y la responsabilidad social de toda la comunidad para crear un futuro más saludable (Marecos, 2001).

A partir de este reconocimiento surgen varias estrategias que tienden a fortalecer este enfoque. Las mismas no se superponen sino que se complementan y fortalecen. Las principales son la Atención Primaria de la Salud (APS), los Sistemas Locales de Salud (SILOS) y, por último, recientemente los Municipios Saludables. La APS está dirigida hacia la resolución de las necesidades y problemas de salud concretos y propios de cada comunidad y que deben ser abordados a partir de actividades coordinadas de promoción, prevención y rehabilitación, potenciando al mismo tiempo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad en ellas. En la estrategia de los SILOS la atención primaria de la salud juega un papel fundamental “los SILOS constituyen la expresión concreta de la estrategia básica para reorganizar y reorientar el sector salud con la finalidad de lograr la equidad, con eficacia y eficiencia y la participación plena de los conjuntos sociales, a través de la puesta en práctica de la estrategia de atención primaria” (OPS/OMS, 1992: 12). En este sentido, bajo la concepción de los SILOS ya se encontraba la estrecha relación entre la participación social y el desarrollo de la salud. Es decir, que “el impulso a la participación desde los sistemas locales de salud, adquiere legitimidad en cuanto promueve la inserción de la producción social de salud en el desarrollo. Se reconoce la relación necesaria entre los sistemas locales de salud y el desarrollo local con las acciones, procesos y fuerzas que los determinan... Asumidos de esta manera, los sistemas locales de salud tienen como fin ser de aporte a la democracia desde el nivel local. Su función no es únicamente la de organizar los servicios y ampliar las coberturas, sino la de trabajar desde el sector y con la sociedad, en búsqueda del desarrollo de la salud a nivel local” (OPS/OMS, 1992: 15). La instalación de centros de atención primaria cercanos a donde vive la gente, es una de las principales propuestas de los SILOS.

Décadas después, y a partir de este mismo enfoque, surge la propuesta de Municipios Saludables⁶ involucrando a todos los sectores de la sociedad en la concreción de los objetivos de la APS y teniendo como objetivo estratégico la salud como síntesis y expresión del desarrollo. La idea fundamental que introduce es incorporar a la salud en la agenda de los gobiernos locales y que pueda ser trabajada desde la mirada intersectorial, para impulsar la formulación e implementación a nivel local de políticas públicas saludables... y que facilite la participación comunitaria y la capacidad ciudadana para promover ambientes y estilos de vida saludables (OPS/OMS, 2003). En este marco, las estrategias participativas cobran amplia importancia en el diseño de proyectos de promoción de la salud y en la elaboración de programas sociales.

De este modo, la premisa que está detrás de las estrategias es el enfoque de promoción de la salud que se basa en la participación comunitaria y constituye un eje fundamental de los enfoques integrales de salud. Esta postura se vincula con la idea de auto-sustentabilidad de los programas, es decir, con la premisa acerca de que los objetivos de los mismos puedan continuar a lo largo del tiempo, más allá de la presencia de la organización que lo puso en práctica. Se basan en la idea según la cual “la participación ciudadana, junto a la educación, constituye el camino para la generación de cambios profundos en nuestras sociedades al convertirse en un factor poderoso para el fortalecimiento del capital humano, la creación de capital social y la generación de una nueva cultura auténticamente democrática y solidaria... La participación es un derecho básico del ser humano y además mejora la efectividad de los proyectos de desarrollo, se relaciona con la calidad de las políticas sobre el tema, lo que, a su vez, contribuye a la consolidación del sistema democrático ... La participación no es un fin, sino un objetivo para la construcción de la democracia y también un medio fundamental para asegurar la eficiencia y reducción de la corrupción.” (OPS/OMS, 2003).

Ahora bien, bajo el nombre de participación social o comunitaria se agrupan y entienden diversos fenómenos. La importancia que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) le brinda a la participación comunitaria en salud no se reduce a necesidades operativas del sector, sino además se basa en razones de índole ética y políticas. Desde dicho organismo se concibe a la participación “como el derecho y el deber de la comunidad para intervenir en las decisiones que la afectan ... la participación se relaciona con la calidad de las políticas sobre el tema, lo que a su vez, contribuye a la consolidación del sistema democrático ... la participación eleva su dignidad y le abre posibilidades de desarrollo y realización. Trabajar por la participación es en definitiva, hacerlo por restituir a los desfavorecidos de América Latina uno de los derechos humanos más básicos...” (OPS/OMS; 2002: 50). Se recomienda la promoción de la participación no sólo para el mejoramiento de la salud de una población sino para el fortalecimiento de la democracia, la disminución de la corrupción, la construcción de ciudadanía y el desarrollo social, entre otras cuestiones. De este modo, “junto con la autoatención, el papel de la mujer, la medicina tradicional y el saber popular, la participación social sigue siendo reconocida hasta la actualidad como parte sustantiva de las acciones dirigidas a solucionar o por lo menos limitar los principales problemas que afectan la salud colectiva, y en particular la de los grupos subalternos... la participación social ha sido propuesta para América Latina como una actividad necesaria no sólo respecto del proceso salud/enfermedad/atención, sino también respecto a una gran diversidad de campos de la realidad” (Coreil y Dennis Mull 1990, Menéndez, 1994: 5).

⁶ En Argentina (así como en otros países de Latinoamérica) este tipo de programas se enmarcan en las denominadas Reformas del Estado (“Primera y Segunda Generación de Reforma del Estado”) que se caracterizaron, entre otras cuestiones, por la descentralización de los servicios de salud y el fortalecimiento de los niveles de gestión local. Este tipo de reformas fueron de gran importancia para luego poder implementar este tipo de estrategias, ya que incluían, por ejemplo, llevar al ámbito municipal la gestión de los Centros de Atención Primaria.

Tanto desde los organismos de la cooperación internacional (como OPS y OMS), como desde la teoría escrita al respecto, así como en los programas y proyectos diseñados a nivel local, provincial o incluso nacional; se denomina casi indistintamente a la participación de la comunidad como participación comunitaria o participación social y en menos casos como participación ciudadana. A grandes rasgos se podrían diferenciar las tres concepciones en tanto que la participación comunitaria se relacionaría con una participación individual y menos intensiva de los miembros que viven en una comunidad para la realización de por ejemplo acciones puntuales de promoción y prevención de la salud o bien acciones organizadas de autoayuda social. La participación social, sería aquella mediante la cual la comunidad es representada por sus organizaciones y son ellas quienes participan definiendo prioridades y participando activamente en la toma de decisiones y hasta en la ejecución de las mismas. Por último, suele relacionarse a la participación ciudadana mayormente con cuestiones de índole políticas, expresando la intervención directa de los ciudadanos en este tipo de cuestiones (Cunil Grau, 1997). En el marco de esta investigación, las tres perspectivas no servirán como herramientas analíticas de la participación de la “gente” en la estrategia de Municipios Saludables.

La experiencia histórica revela que la participación ciudadana en materia de salud ha sido entendida de diversas formas: **participación como beneficiario**, participación como contribución a la promoción de la salud (las personas son vistas como un instrumento o recurso que facilita la acción del Estado), **participación comunitaria** (en general promovida por los organismos de la cooperación internacional con el objetivo, además de transmitir conocimientos y capacitar a la comunidad, que la población se transforme en un agente activo de su desarrollo); por último, una visión más moderna de participación en salud reconoce a las personas como **usuarios y ciudadanos** (con la necesidad de generar distintos mecanismos de participación, individuales o colectivos, que permitan a las personas ejercer control sobre sus derechos de protección de la salud) (Celedón y Noé, 2000).

Ahora bien, existen distintos modos de participación y son muchas las iniciativas que pueden incluirse como estrategias participativas. Siguiendo a Bronfman y Gleizer (1994) encontramos tres concepciones básicas: 1) la que privilegia en su argumentación los aspectos políticos y sociales de la participación concibiéndola como una actividad necesaria por sus efectos democratizadores sobre la sociedad, 2) la que privilegia en su argumentación las consecuencias para la salud de la población, concibiendo a la participación como una estrategia que brinda mayores posibilidades de éxito a los programas y 3) la que bajo una argumentación de apoyo a la participación por sus efectos en el nivel de la salud esconde una intención de manipulación a nivel de lo social y lo político”. Paralelamente, la participación puede adoptar distintas formas. Se puede entender participación desde la incorporación de la ciudadanía en la definición de prioridades en salud hasta la incorporación de la comunidad en la gestión misma de una institución de salud. La estrategia de Municipios Saludables entiende “la participación como el derecho y el deber de la comunidad para intervenir en las decisiones que la afectan. La participación ciudadana es un proceso que va adquiriendo gradualmente mayores niveles de intensidad en su interacción o vinculación” (OPS/OMS, 2002: 49).

Así surgirán distintos espacios participación, ya sea en la toma de decisiones, en la provisión de información acerca de sus necesidades y preferencias, en acciones voluntarias; así como formas de participar, esto es, como miembros de un grupo o partido o en forma individual (Kubal, 2001). Esto último, puede relacionarse con distintas concepciones sobre el sentido de la incorporación de la comunidad en el diseño y desarrollo de programas de salud, así como, con distintas formas y niveles en los que la participación se lleva a cabo (Bronfman y Gleizer, 1994). Por último, dos visiones antagónicas en lo que se refiere a participar en salud plantean que la misma puede darse como participación poder o bien como participación instrumental.

A su vez, el modo en que se dé la participación comunitaria en un contexto determinado⁷ producirá distintos efectos sobre dicha sociedad.

La participación entendida en el marco de la estrategia de Municipios Saludables excede lo instrumental esperando consecuencias políticas y sociales específicas, a su vez que promoviendo el empoderamiento⁸ de la sociedad. “La participación social, así definida, tiene implicaciones políticas que rebasan el marco de la atención a la salud, por cuanto significa el ejercicio de poder y como tal, el fortalecimiento de la sociedad civil y de la democracia de base, lo que constituye una finalidad en sí misma si se la considera como una condición inherente a la democracia real y equivale al proceso de reapropiación por la población, del conjunto de instrumentos que regulan la vida social y los servicios que presta (De Roux et al, 1990)... El involucramiento de la comunidad en actividades de salud tiene su objetivo último no sólo en la solución del problema de salud específico, sino en el desarrollo de la comunidad como un todo, con énfasis en la autosuficiencia y asumiendo las respuestas a las necesidades tal como las articula la misma comunidad (Winch et al, 1991).” (Bonfman y Gleizer, 1994: 112).

El concepto de ciudadanía también cobra importancia en la estrategia de Municipios Saludables al promover la participación. “El Programa de Municipios Saludables construye ciudadanía al colocar al ciudadano en un rol activo y decisorio con respecto al destino común: el ciudadano toma conciencia y se compromete en la construcción de una ciudad mejor, de mejor calidad de vida y de una sociedad más justa (...). A través de ella (de la participación) se fortalece la democracia, se construye ciudadanía y se reemplaza una democracia pasiva e indiferente por una democracia activa y dinámica donde el ciudadano esté genuinamente representado, con información, con representación a través de diferentes canales, para hacer valer continuamente sus puntos de vista” (OPS/OMS, 2002: 51). Desde un enfoque más amplio, en una sociedad democrática la ciudadanía consiste en el derecho de las personas a definir las reglas del juego, los derechos y las obligaciones y a contar con mecanismos que garanticen que estos derechos se hagan efectivos. Por último, Cunil Grau se refiere a ciertas condiciones necesarias para que la participación pueda fortalecer el concepto de ciudadanía, desde el punto de vista de los derechos, los individuos “deberían ser capaces de participar en condiciones de libertad e igualdad, en un proceso de deliberación, abierto a todos, acerca de las cuestiones acuciantes de interés público (Held, 1993: 388-391). ...la participación ciudadana expresa el reclamo a la libertad tanto como a la igualdad de los sujetos sociales para tomar parte en acciones públicas, con base a una comprensión amplia de las políticas y del propio ámbito público como “espacio” de los ciudadanos. La construcción de ciudadanía, como entidad política, adquiere así un nivel de especificación mayor, no se resuelve automáticamente en el establecimiento de oportunidades para la participación en deliberaciones democráticas y en la toma de decisiones público-estatales, no queda restringida a su ámbito. Supone sí, un contexto institucional que realice el principio de autonomía, permitiendo a la vez el ejercicio de la ciudadanía en relación con la subjetividad. La concreción de las condiciones para la aplicación de este principio equivale a la concreción de las condiciones para la participación de los ciudadanos en las decisiones sobre cuestiones que son importantes para ellos (Held, 1993: 333), así como para la expresión de nuevas formas de ciudadanía, que sin tener una expresión directa en la política son relevantes para su anclaje cultural” (1997: 145).

⁷ Profundizaremos más adelante sobre la importancia del Contexto en la determinación de las estrategias participativas.

⁸ Entendemos “Empowerment (empoderamiento) o fortalecimiento de la comunidad como actor que ejerce derechos y cumple obligaciones, vigilante de sus indicadores de salud y calidad de vida” (Acuña, 1999: 21).

Luego, en cuanto a la relación entre participación comunitaria y los efectos concretos que pueda tener sobre la salud⁹ de una población determinada previo a la implementación de un programa participativo se debería tener claro cuáles son los objetivos y resultados que se espera conseguir con el mismo. Esto adquiere importancia desde el momento en que tenemos en cuenta que, en general, este tipo de estrategias (como la de Municipios Saludables) son modelos “recomendados” por organismos de financiamiento internacional, diseñados a nivel regional y que en la mayoría de los casos pretenden extrapolar experiencias exitosas de algunos países o regiones e implementarlas prácticamente del mismo modo en otras.¹⁰ Parten de la premisa, que ciertas similitudes entre países (como ser países “subdesarrollados”, latinoamericanos, con altos niveles de pobreza y de exclusión social) garantizarían el éxito en la replicación de los programas, esperando, lograr similares resultados y objetivos mediante la realización del mismo tipo de actividades. Si bien coinciden en la mayoría de los países de la región los altos índices de pobreza y exclusión, no se dan del mismo modo. En cuanto a “La noción de ‘pobre’ o de ‘excluido’ tiende a esconder muy diversas realidades en términos de las causas, características y ‘rigidez’ de la pobreza y exclusión. Estas causas, características y rigideces nos indican los distintos problemas de acción colectiva y capacidades de estos grupos (desde los distintos recursos materiales, nutricionales o educacionales, hasta los recursos valorativos y culturales con los que cuentan los diversos grupos pobres y excluidos), como las propiedades y fortalezas, o grados de equilibrio, propios de los obstáculos que enfrentan los pobres y excluidos para superar su condición de tales” (Acuña, 2001: 9).

Es por eso que en estas situaciones se debería tener en cuenta que el contexto fija límites de factibilidad para dichas estrategias. Ahora bien, puede pasar que las actividades recomendadas en los programas sean factibles de llevarse a cabo (por ejemplo, talleres o charlas de prevención, reuniones con organizaciones, entre otras) y aún se logren los resultados esperados (como ser determinada cantidad de gente u organizaciones participando, determinada cantidad de temas definidos a ser trabajados, etc.) pero no por eso necesariamente se lleguen a cumplir con los objetivos deseados (por ejemplo, empoderamiento, fortalecimiento de la democracia, disminución de la corrupción, participación de los más excluidos, etc.), y es por eso que se debe prestar especial atención a dichos límites. Según Acuña y Repetto (2001: 9) “Estos límites están determinados por los Recursos Brutos (RB) con los que cuenta una sociedad (en términos de sus recursos económicos, humanos, tecnológicos y organizacionales) y las variables de contingencia (c) cuyas características fundamentales suelen encontrarse fuera del dominio de la acción de los actores domésticos y su capacidad de afectar la futura magnitud y rigidez de los recursos brutos con los que cuenta una sociedad.” De este modo, se podría pensar que quizá este tipo de estrategia no son factibles de llevarse a cabo en todos los contextos, aún suponiendo que se parten de ciertas condiciones iniciales. Es por eso, que el contexto –en cuanto a los límites de factibilidad que fija- es una variable relevante a tener en cuenta, no sólo a la hora de evaluar un programa –como es este caso- sino además a la hora de implementarlo. En este mismo sentido, habría que tener en cuenta que “El territorio local es un entramado de interacciones entre múltiples sujetos que se relacionan entre sí y con el ambiente, natural y construido. Estas relaciones conllevan disputas y acuerdos ente los sujetos portadores de intereses, valores y poder e involucran no sólo a quienes operan en los sistemas empresarial y político-administrativo, sino también a un conjunto heterogéneo de individuos y organizaciones de la sociedad civil (organizaciones no gubernamentales, asociaciones profesionales, educativas, etc.) que ejercen presiones para que sus demandas se incorporen a la agenda pública local. Convertir las presiones reivindicativas en acuerdos de gestión participativa para la solución

⁹ “Se define a la salud-enfermedad en términos dinámicos, remarcando la influencia de factores sociales, históricos, políticos, económicos y culturales sobre la configuración de dicho proceso (salud-enfermedad). Estos factores se encuentran en conflicto y en esta tensión dinámica se define el proceso salud-enfermedad como una construcción individual y colectiva” (Vazquez, 2003).

¹⁰ Estos modelos han sido denominados como “enlatados” o “recetas universales”.

de las demandas sociales es uno de los principales desafíos de la gestión municipal contemporánea” (Cravacuore, 2002: 66).

Por otra parte, acuerdo con Bronfman y Gleizer (1994) al decir que “la concepción sobre la participación comunitaria también influye sobre la elección del mecanismo para lograrla... La postura que privilegia las consecuencias políticas y sociales de la participación, tiende a apoyar, como consecuencia lógica de su concepción, la promoción de la participación a través de organizaciones ya existentes en la comunidad”. En cuanto a quiénes participan y en referencia a este tema y más allá de la salvedad en relación al contexto arriba planteada, pareciera haber consenso, entre este tipo de estrategias, que la participación de la comunidad estaría garantizada en la medida en que las ONG (organizaciones no gubernamentales) participen en el programa, partiendo de la premisa que la representatividad de la comunidad estaría dada por la representatividad de las organizaciones sociales. En este punto se vuelve interesante analizar si esto es realmente así, es decir, si toda la comunidad se ve representada en las organizaciones que en la práctica se supone que las están representando. O dicho en otros términos, cabría preguntarse si la sociedad civil se siente representada por las organizaciones de la sociedad civil (aún cuando las que participen sean todas).

Retomando a Acuña y Repetto “las políticas públicas en general y las políticas sociales en particular, son el resultado de un complejo tejido o red de relaciones entre diversos actores, el entendimiento de la producción e impacto de políticas sociales demanda la comprensión de los incentivos que el tejido institucional (formal e informal) le presenta a dichos actores y de los incentivos que forjan su comportamiento. Y este tejido institucional constituye una estructura cuya explicación sólo puede surgir de su comprensión como totalidad” (2001: 13). A su vez, desde el enfoque relacional según el cual se pueden entender a las políticas públicas como expresión conflictiva de la interacción de actores sociales, estatales e internacionales en el marco de ciertas instituciones (reglas formales e informales), vamos a poder ver cómo ciertos actores lograron imponerse y constituirse a partir de identidades e intereses comunes, y encontrando oportunidades para actuar.

Por último, en relación con las modalidades de participación pero teniendo en cuenta las etapas de las políticas públicas y los niveles de reglas intervienen los problemas de acción colectiva presentes en toda comunidad. Los actores pueden incidir (o participar) en una política pública de un modo diferente según sea el momento o etapa de la misma. Es decir, cierto tipo de organizaciones podrán influir más en una etapa de la política y probablemente no estén en condiciones de sustentar la misma participación en otras etapas. Para algunos será más accesible o preferible interferir en la etapa de la estructuración del problema y agenda que en la implementación de la misma, por ejemplo. Paralelamente, distintos actores influirán de diferentes maneras, según sean sus intereses y recursos, teniendo en cuenta que “los actores sociales son grupos de personas que identifican intereses comunes y comparten ideas sobre cómo llevarlas a cabo” (Fox, 1994: 23. Traducción propia) y por eso es interesante observar las coaliciones que están en juego. Luego, si entendemos a las instituciones como un conjunto de reglas tanto formales como informales que brindan una estructura de incentivos para el accionar de los actores, podemos definir las según sea el nivel de las mismas. Así las R1 (reglas de primer nivel) tienen que ver con resultados o contenidos específicos y estructuran opciones para las estrategias de los actores y determinan resultados específicos para temas puntuales. Las R2 determinan las reglas que determinan los resultados específicos, por ejemplo una ley. Por último, las R3, podríamos decir el nivel superior, gobiernan a las R2 que determinan a su vez a las R1 que definen los resultados específicos. Es decir, más allá de los asuntos específicos las R3 definen quién y cómo se hacen las reglas en términos generales, por ejemplo, las Constituciones (Acuña y Repetto, 2001). A partir de esto, se puede observar que además de tener en cuenta las etapas de las políticas públicas, se deberá prestar especial atención al tipo de institución o regla sobre el cual se quiere incidir o en el que se participa para poder analizar los niveles y modalidades de participación de grupos sociales.

MUNICIPIOS SALUDABLES

Antecedentes de la estrategia de Municipios Saludables

A partir de la Carta de Alma Ata (1978) comienza a generarse un movimiento dentro de las políticas sanitarias donde la promoción de la salud –y ya no la mera atención a la enfermedad– va adquiriendo cada vez mayor relevancia. “Surge así la propuesta de Atención Primaria en Salud (APS) que implicó desde su nacimiento una posición al interior del sector, de enfrentamiento, principalmente con la industria médica de alta tecnología y con sectores de la corporación médica que no entendieron el mensaje creyendo que la estrategia planteaba una medicina y calidad de servicios menor y más subdesarrollados” (Bustelo, 1999).¹¹ Para fortalecer la política de APS van surgiendo desde la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud diferentes estrategias de abordaje de la misma, dentro de las cuales podemos resaltar dos como las más significativas: los Sistemas Locales de Salud (SILOS) alrededor de 1980 y la iniciativa de Municipios Saludables lanzada a mediados de los años ‘90, que es en la que se va a concentrar esta investigación.¹²

De este modo, a partir de la década del ‘90 en América Latina, la Organización Panamericana de la Salud recomendó a los estados miembro la implementación de Municipios Saludables como una estrategia de Atención Primaria de la Salud que contempla la creación o el fortalecimiento de los SILOS. En Argentina dicha estrategia se implementó en una serie de municipios, coincidiendo con los procesos de reforma y descentralización del Estado. “La iniciativa de Municipios Saludables... se trata de un movimiento para involucrar a las autoridades gubernamentales, técnicas y a los ciudadanos en general, en acciones específicas de promoción de la salud y del ambiente, resaltando la función gubernamental, la participación social y la responsabilidad en la búsqueda de las condiciones idóneas para una vida sana... Este movimiento depende en gran medida del compromiso de todos los sectores que componen una comunidad y del esfuerzo mancomunado para promover las acciones necesarias, identificadas y consensuadas por el conjunto de los actores de forma transparente” (OPS/OMS, 2002: 11).

¿En qué consiste la estrategia de Municipios Saludables?

En términos generales, la estrategia de Municipios Saludables¹³ pretende incorporar la cuestión de la salud en las políticas públicas a nivel local, promoviendo un mejoramiento de la calidad de vida de la población. La primera innovación que introduce es, justamente, la implementación de políticas a nivel local en todas las etapas de las mismas “Dentro de este marco globalizado, el municipio es considerado como el epicentro de acción ciudadana, como el espacio de todos, promotor de la concertación entre los diversos actores que la integran” (OPS/OMS, 2002: 31). “... Constituye una propuesta de gran alcance para dar impulso a la promoción de la salud, lo que significa generar un proceso de búsqueda de las condiciones

¹¹ En 1978 se convoca a una Conferencia Mundial en la que se plantea la política de APS y se compromete a todos los gobiernos presentes al logro de “Salud para Todos en el año 2000”.

¹² Como se dijo, ambas estrategias no sólo no son excluyentes sino que se complementan y fortalecen.

¹³ Un antecedente de la estrategia de Municipios Saludables podemos encontrarlo en la estrategia de ciudades saludables lanzada por Canadá en la década del ‘70, cuando identificaron la estrecha relación entre las formas de vida, los ambientes urbanos y los problemas de salud, dando especial importancia al nivel local como escenario de las acciones de salud pública. El movimiento de ciudades saludables se desarrolla en América Latina, a partir de 1991, cuando la Organización Panamericana de la Salud (OPS), tomó el liderazgo para impulsar la estrategia denominándola *Municipios Saludables*. Considerando, por las realidades locales, más pertinente trabajar desde el nivel municipal.

idóneas para una vida sana en el contexto comunitario buscando la concertación de voluntades y recursos políticos, institucionales y comunitarios” (OPS/OMS, 2002: 11).

De este modo, la estrategia se propone involucrar a todos los sectores de la sociedad, ya sea públicos y privados, gubernamentales y no gubernamentales, en la gestión de la salud incentivando la participación comunitaria y la responsabilidad social, para la promoción de la salud. Ahora bien, en la medida en que la promoción de la salud se basa en la participación comunitaria, ésta se constituye en un componente esencial para el logro de la “salud para todos” y, por ende, de los Municipios Saludables. “El proyecto de Municipios Saludables apunta al mejoramiento de la calidad de vida¹⁴, concepto que relaciona las necesidades populares y su satisfacción, la producción de bienes y servicios y su distribución ... la calidad de vida es una situación definida por los mismos que la viven” (Rodríguez Campoamor y Virgolini, 1998: 52). “Se dice que un municipio es saludable cuando sus líderes políticos, organizaciones locales y ciudadanos se comprometen y dan inicio al proceso de mejora continua y progresiva de las condiciones de salud y el bienestar de todos sus habitantes” (OPS/OMS, 1997: 3).

Con la premisa de la “salud como expresión y síntesis del desarrollo” los Municipios Saludables se proponen una serie de objetivos y deben poseer determinadas características. Entre los objetivos y características principales, se pueden resaltar:

- Su misión es fortalecer la ejecución de las actividades de promoción de la salud en el ámbito local,
- Se trata de un proceso continuo para seguir avanzando hacia la meta de obtener poblaciones más saludables, no es un estado final sino que tiene siempre un carácter visionario de futuro,
- Se desarrolla sobre la base de proyectos locales que se llevan a cabo de acuerdo a sus diferentes realidades, historia, identidad, cultura y potencialidades de sus habitantes,
- Busca integrar esfuerzos de los sectores sociales y económicos para promover cambios sociales e institucionales y políticas públicas saludables con el fin de lograr la equidad, también tiene el propósito de intervenir sobre factores determinantes de la salud y transformar las condiciones de vida de las personas,
- Procura construir y fortalecer las alianzas multisectoriales para mejorar las condiciones sociales y sanitarias en los espacios donde viven las personas.

Como se puede observar, la estrategia de municipios saludables se propone vastos y variados propósitos. Todos tienen como premisa fundamental la incorporación de todos los sectores de la sociedad para el logro de los mismos. La intersectorialidad y la participación comunitaria se convierten en componentes centrales de la estrategia. “El compromiso de las comunidades implica, por una parte, la participación de éstas en todo el proceso de diagnóstico, planificación y ejecución de los programas, y por otra, el fortalecimiento de las organizaciones sociales de modo que se constituyan en interlocutores válidos y con poder suficiente para convertirse en parte activa de la planificación e implementación de la estrategia de salud” (OPS/OMS, 2002: 45).

Por último, en cuanto al rol de la OPS, cabe resaltar que dicha institución no tiene una función de financiador en el marco de este Programa. “... la OPS no es un organismo un organismo financiador por tanto financiamiento a ninguno de los municipios ha dado, salvo el tipo de financiamiento que es el que nos corresponde que es la asistencia técnica, porque la asistencia técnica, también cuesta. Es decir, traslados, envío de materiales educativo, las conexiones con nuestras páginas. Alguno de ellos tienen un costo bastante alto. Otra cosa que nosotros hemos ofrecido es el pago a las personas que participan en estos municipios a

¹⁴ “El concepto de calidad de vida aplicado a los municipios apunta a arrojar luz sobre áreas específicas de la vida humana: el trabajo, el hábitat, la recreación o tiempo libre, la salud, la comunicación, la tecnología, la educación y la organización social” (Rodríguez Campoamor y Virgolini, 1998: 52).

asistir a eventos, no sólo nacionales sino también internacionales, y eso también tiene un costo, no? Ahora no tienen costo ninguno de los proyectos que ellos ejecutan en terreno, esos proyectos los realizan con recursos propios y también con otros recursos que ellos a través de la búsqueda de esos medios” (Rosa María Borrell Bentz, OPS Argentina).

EL MUNICIPIO SALUDABLE DE GENERAL RODRÍGUEZ

El contexto local

El Municipio de General Rodríguez se ubica geográficamente en la zona oeste de la Provincia de Buenos Aires a 52 km. de la Ciudad de Buenos Aires. Tiene una superficie de 366 km² y según el Censo de Población y Vivienda (INDEC, 2001) posee una población de 67.931 habitantes. El porcentaje de población NBI es del 24%, la tasa bruta de natalidad del 24,5 por mil y la tasa de mortalidad infantil para el 2001 del 27,9 por mil (Cravacuore, 2002: 245).

La comunidad de General Rodríguez creció a la sombra del Hospital de Llanura Vicente López y Planes para enfermos respiratorios, el Hospital Baldomero Sommer para enfermos de lepra y la Municipalidad. Durante muchos años las fuentes de trabajo más importantes eran públicas. En la década del '70 se instala la empresa láctea La Serenísima que funcionó hasta la década del '90 como una organización familiar, paternalista y con un especial cuidado y protección a sus empleados, que gozaban de una obra social propia, actividades culturales, recreativas, capacitación, sociales, asistenciales y crediticias, que les permitía acceder a la vivienda y otros bienes.

En cuanto a los efectores de salud, a partir del año 1976 el Hospital de Llanura Vicente López y Planes pasa de monovalente a polivalente y se convierte en el efector público más importante del Municipio, junto con la Maternidad M. Irigoyen, “el Hospitalito”, donde funcionaba una guardia obstétrica y pediátrica, muchas veces pasiva, que en 1982 se trasladó al H. V. L. y Planes. El sector privado estaba cubierto por dos clínicas (Centro y Yentel) y consultorios privados, de los cuales uno cerró en la década del '90. A partir de la década del '70 se comienzan a poner en funcionamiento algunos puestos sanitarios en barrios periféricos, algunos montados por el Municipio y otros por el Servicio de Área Programática del H. V. L. y Planes. A partir del año 1980 se articulan las actividades y el servicio de Área Programática se hace cargo de la coordinación de todos los centros de salud (municipales y provinciales).

En cuanto a la participación de la sociedad civil en diferentes ámbitos históricamente ha sido muy limitada. Durante la década del '80 se realizaron varios cursos para la formación de agentes sanitarios suburbanos¹⁵, reuniones con la comunidad en los centros de salud para promover el control de los niños, la educación para la salud y mejorar la cobertura en vacunación. También se realizaron campañas de vacunación con la participación de los vecinos y de los alumnos de los colegios secundarios y parroquias. Los agentes sanitarios suburbanos desarrollaron sus actividades a partir de los centros de salud y cumplieron el rol de articuladores entre el sistema asistencial y la comunidad donde vivían.

Por su parte, con la implementación de los ATAMDOS (Programa de Atención Ambulatoria y Domiciliaria de la Salud de la Provincia de Buenos Aires) en el año 1988 en tres centros de salud, se pudieron implementar algunas experiencias de participación social. Por ejemplo, el Programa APODE (Programa de Apoyo al Desnutrido) que se articuló con el Plan PAYS (que financiaba microemprendimientos productivos) y que logró recuperar un alto porcentaje de niños desnutridos. Paralelamente, se desarrolló un programa de salud reproductiva y procreación responsable, una huerta comunitaria, compras comunitarias, talleres de costura y

¹⁵ Estos cursos se hicieron con el apoyo de la Escuela de Psicología Social Pichón Riviere.

de cocina, entre otras. Durante ese período surge el primer antecedente de organización comunitaria, en un ámbito donde se promueve la participación social denominado “Catitas” (diminutivo de Consejos Asesores Técnico Administrativos, organismos consultivos con funciones de asesoramiento y asistencia técnica administrativa), donde participaban el equipo de salud, las autoridades del hospital y miembros de la comunidad. Otro antecedente de participación se puede encontrar a partir de 1994 cuando se pone en marcha en toda la provincia el Programa de Trabajadoras Vecinales Comunitarias, constituido por alrededor de 500 manzanas, que se ocuparon de detectar familias de riesgo para distribuirles alimentos. En la práctica conformaron una red social para los sectores más sumergidos, excluidos del circuito económico y con mayores problemas sanitarios. Las entidades comunitarias que se mantenían funcionando, aunque aisladamente, eran: clubes, cooperadoras, entidades religiosas, entidades profesionales, Leones, Rotary, entre otras. Más allá de estas dos experiencias puntuales, no se registran otros antecedentes de participación comunitaria en la zona.

La implementación de la estrategia

A partir del año 2000 por iniciativa del gobierno municipal se comenzaron a encarar nuevas propuestas orientadas a fortalecer la Atención Primaria de la Salud en el Municipio, que incluían estrategias de Sistemas Locales de Salud y Municipios Saludables. En ese marco, se elaboró un programa denominado “General Rodríguez Municipio Saludable” y por medio del Decreto Municipal N° 477¹⁶ del 31 de mayo 2000 se aprobó el proyecto que incluía las siguientes acciones:

- Una estrategia integral que contemplaba fundamentalmente, la participación social y la intersectorialidad en torno al concepto de salud como producto social. Esto implicaba la incorporación, como principal innovación, de la participación tanto de los trabajadores (gestión participativa) como de la comunidad (participación social y/o comunitaria) en diferentes niveles de la gestión.
- El desarrollo del Sistema Local de Salud Municipal (SILOS) que involucraba a todos los efectores sanitarios públicos, de la Seguridad Social y Privados y generaría un mejoramiento de las prestaciones, de las acciones de promoción y prevención y de los indicadores de salud más importantes.

Si bien según el testimonio de algunos pocos funcionarios de la actual gestión municipal el Programa sigue vigente, sobre todo por la vigencia del Decreto que lo creó y por la intención de darle continuidad, el mismo tuvo un corte repentino a finales del 2001 producto de la desvinculación del Dr. Carlos Anigstein de su cargo como Director de Salud con el desmantelamiento de prácticamente todas sus iniciativas. En la práctica, el Programa tuvo una duración de casi dos años (entre principios del 2000 hasta fines del 2001)¹⁷, siendo, según se pudo observar, un tiempo escaso para el fortalecimiento de gran parte de las estrategias que se proponía, sobre todo las que se refieren a la participación de la comunidad a nivel local.

¹⁶ **“El Intendente Municipal DECRETA:**

Artículo 1°: Declárese de Interés Municipal el Proyecto denominado “General Rodríguez Municipio Saludable”, que promueve un nuevo modelo de Salud Integral Municipal.

Artículo 2°: A los fines de la instrumentación del proyecto denominado “General Rodríguez Municipio Saludable” confórmase un Consejo Intersectorial cuya Presidencia estará a cargo del Señor Intendente Municipal y la coordinación a cargo del Director de Salud. Este Consejo queda facultado para gestionar ante los ministerios pertinentes en el orden nacional y/o provincial, universidades nacionales y/o privadas, organizaciones no gubernamentales y organizaciones sanitarias internacionales (OPS/OMS) convenios tendientes al desarrollo del proyecto, los que requerirán la oportuna aprobación del Concejo Deliberante.

Artículo 3°: De forma.” (Cravacuore, 2002: 250).

¹⁷ Plazo que duró la gestión del Director de Salud Municipal y mentor del Proyecto, Dr. Carlos Anigstein.

La historia de la implementación del Programa Municipios Saludables en General Rodríguez se caracteriza por la iniciativa y el compromiso del Director de Salud de turno (Dr. Carlos Anigstein)¹⁸ que estaba convencido con la idea y que, con apoyo inicial¹⁹ del Intendente Municipal²⁰, decide llevarlo a cabo y ponerlo en funcionamiento: *“Al incorporarme al gobierno municipal como director de Salud sabía que me encontraría ante un panorama muy difícil, porque no había una política sanitaria definida y orientada hacia las necesidades de la gente.”*²¹ *Inmediatamente pude observar que los profesionales y los técnicos que trabajaban en los centros de salud no estaban motivados y que existía una muy pobre o ninguna participación social ... Estas observaciones abonaron mi diagnóstico sobre la inexistencia de un programa de salud orientado hacia la estrategia de atención primaria, y sobre la falta de un modelo de gestión que sea capaz de coordinar y motivar a las personas que trabajaban en el sector para lograr la misión de la organización. Teniendo en cuenta que las organizaciones de salud funcionan generalmente con recursos siempre escasos y en contextos turbulentos, es que se hacía imperiosa la implementación en General Rodríguez de las estrategias de Municipios Saludables, Sistema Local de Salud (SILOS) y Atención Primaria, que compartían líneas de acción fundamentales como la intersectorialidad, la participación social y la descentralización. Es en este contexto que pusimos en marcha el Programa de Municipio Saludable de General Rodríguez”* (del Dr. Carlos Anigstein, Director de Salud de General Rodríguez entre Mayo, 2000 – Septiembre, 2001. En Cravacuore, 2002: 244).

El área impulsora de la propuesta fue Salud, pero inmediatamente se incorporaron otras: educación, acción social, obras públicas, cultura y entidades de la sociedad civil. El proyecto tenía tres ejes:

1. La *intersectorialidad*: salud, educación, otras áreas del gobierno y ONGs e instituciones de la sociedad civil.
2. La *participación social*: a través de las ONGs, instituciones de la sociedad civil, las manzanas, los consejos locales y los foros.
3. La *descentralización*: de la asistencia sanitaria en los centros de salud y médicos de cabecera, para que las decisiones se tomen cada vez más cerca de la gente.

El programa se lanzó en agosto del 2000 y en octubre se realizó una primera convocatoria y se conformó el Consejo Directivo Intersectorial en forma provisoria hasta que en marzo del 2001 se aprobó el Decreto para la Integración y Reglamento del Consejo Directivo Intersectorial, con amplia participación de instituciones de la sociedad civil y de foros barriales. En este marco, se desarrollaron foros y consejos locales de desarrollo comunitario y

¹⁸ A lo largo del presente trabajo nos encontraremos en varias oportunidades con la mención de esta persona, ya que fue relacionado en prácticamente todos los testimonios con el liderazgo casi total del Programa.

¹⁹ Veremos que el apoyo del Intendente será sólo inicial y que luego será el mismo que decida suspender el Programa.

²⁰ El apoyo del Intendente y del Concejo Deliberante durante todo el proceso de implementación del Programa es fundamental y es prioridad, según lo establece la OPS: *“Para nosotros es importante que lo lidere el intendente y la comunidad en tanto el intendente puede incorporar a todas sus dependencias. Y fundamentalmente al Concejo Deliberante para que pueda aprobar algunos proyectos y sobre todo para que pueda disponer de fondos para que los proyectos del municipio puedan caminar”* (Rosa María Borrell Bentz, OPS Argentina). Lamentablemente –como veremos más adelante– uno de los inconvenientes con los que se encontró el Programa fue que dicho apoyo no tuvo la continuidad necesaria.

²¹ Una de las consecuencias de los procesos de descentralización de la salud hacia los niveles locales fue que al no contar con establecimientos hospitalarios a cargo de los municipios, resulta complejo que desde las autoridades municipales se desarrollen políticas de salud. Lo que podría solucionarse, como en este caso, con buenas iniciativas de Atención Primaria que además tengan como uno de sus ejes la articulación con el segundo y tercer nivel de atención (‘referencia y contrarreferencia con los hospitales’).

jornadas de deporte y salud, de donación de órganos y de prevención de SIDA. Paralelamente, se puso en marcha la estrategia de Escuelas Promotoras de Salud, se desarrollaron cursos y talleres con docentes y directivos de los que resultaron más de 21 proyectos de promoción que se incluyeron en el Proyecto Educativo Institucional y se pusieron en marcha a partir de enero del 2001. El primer proyecto fue de Educación Vial. En una reunión de marzo de 2001 se decidió por consenso empezar a trabajar en dicha temática, para lo cual cada institución aportó ideas para analizar y elaborar proyectos en conjunto, sumar esfuerzos y optimizar recursos. Luego se firmó un acuerdo con la empresa TBA para organizar talleres en las escuelas, y se organizó una jornada municipal de educación vial. Todas estas iniciativas fueron originadas por el Ejecutivo Municipal pero implicaron la articulación tanto de las organizaciones sectoriales como intersectoriales de salud, educación, acción social, cultura, justicia, seguridad y la participación de la sociedad civil.

La estrategia de Municipios Saludables de General Rodríguez se basó en la concepción de Atención Primaria de la Salud que implica el trabajo conjunto con el sistema educativo a nivel local y la ampliación de los espacios de participación del personal y la comunidad en los distintos niveles de gestión del sistema municipal de salud, lo que se puede visualizar a través de:

- La conformación del Consejo Intersectorial de Municipio Saludable,
- La promoción de la Comisión Mixta Educación Salud y la estrategia de Escuelas Saludables,
- La conformación de Foros Barriales,
- El fortalecimiento de la Red de Familias en Riesgo,²²
- La lucha contra la Drogodependencia y Violencia Familiar,
- El deporte y salud,
- La puesta en marcha de los Consejos Locales de Salud (CLS) o Espacios Multiactorales de Actuación (EMA) en todos los Centros de salud. Los CLS o EMA estimularon el trabajo en equipo del personal de los Centros de Atención Primaria (CAPS), permitieron compartir la información, los problemas, las inquietudes y la resolución de los mismos.
- El desarrollo del Sistema Local de Salud.

Los SILOS implicaban la construcción de una red de servicios de salud de complejidad creciente y que incluyera el sector público (municipal y provincial), el privado y de obras sociales. Esta estrategia tenía como objetivo transformar la estructura burocrática de organización del sistema de salud municipal en un modelo con participación de los trabajadores y participación comunitaria a través de la planificación local participativa, para lo que se conformaron espacios de deliberación y concertación como los Consejos Locales de Salud (CLS) o Espacios Multiactorales (EMA) y los Foros o Consejos Locales de Desarrollo Comunitario. En cuanto a la gestión de cada Centro de Salud se implementó un modelo de gerenciamiento participativo, que promovía una descentralización efectiva e implicaba la planificación local en cada centro. Las metas a cumplir y actividades a realizar se definían en reuniones mensuales donde participaban los miembros del equipo, las autoridades municipales y representantes de la comunidad (escuela, jardín, manzanas, usuarios, entre otros).

La estrategia se basó en la gestión participativa del personal y la participación social en salud. En el nivel macro y con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la población, se trabajó a partir de la Planificación Estratégica y la articulación de redes para la conformación del Consejo Directivo de Municipios Saludables, el desarrollo del SILOS y el fortalecimiento de la Comisión Mixta de Educación y Salud. Para la gestión de los centros y establecimientos

²² La Red de Familias en Riesgo es una iniciativa que existía previamente a la iniciación del Programa y que se articuló con el mismo para fortalecer ambas propuestas. Es prácticamente el único proyecto que aún continúa.

asistenciales, se utilizó la gestión participativa, principalmente orientada a la coordinación y motivación del personal de salud y la planificación local participativa para la inclusión de los usuarios y la sociedad civil.

El fortalecimiento del sistema atención de salud a nivel local (sobre todo a través de los Centros de Atención Primaria) era un eje central de la estrategia que debía acompañar a todo el resto de las iniciativas. En ese sentido, se realizó un trabajo bastante intensivo, sobre todo en lo que tiene que ver con dotar a todos los Centros del personal profesional necesario, proveerlos de la medicación suficiente, organizar un sistema de turnos adecuado y promover el trabajo en equipo e interdisciplinario, entre otras cuestiones relevantes para fortalecer el primer nivel de atención de la salud. *“Lo que se logró muy bien fue el tema este de las clínicas, empezar a tener un registro de historias clínicas. El tema del equipo de trabajo era realmente interesante, porque trabajabas interrelacionadamente, teníamos una cartelera de horarios, lindo... Yo llegué a tener una relación muy importante con toda la gente, con los abuelos sobre todo, los dos primeros meses como te decía eran de urgencia, y después los veía todos los meses, se daban los turnos programados, entonces sabíamos que tal día tenían que venir a hacerse el control, estaba todo muy controlado. En ese momento teníamos mucha medicación, Anigstein se encargó que tuviéramos medicación en las salas periféricas, así que teníamos todo un tema con el tema farmacia, muy interesante porque bueno después no te sirve solamente decirle qué tiene”* (Dr. Hernández, médico clínico del Centro de Salud Güemes, 2000-2001).

Aunque pueda resultar algo evidente, no es frecuente, al menos en el Municipio de Gral. Rodríguez dicha situación de los centros de salud. De hecho, previo a la implementación del Programa y luego de su finalización (al menos en la práctica) los centros quedaron con mucha menos cantidad de profesionales, medicación y con una organización que no respondía tan adecuadamente a las necesidades de la gente. Según Graciela Baretta (Coordinadora de Centros de Salud y EMAS o CLS, Programa Municipios Saludables) *“logramos cosas muy importantes, teníamos PAP para todas las mujeres, no se logra muy fácilmente, teníamos ecografías gratuitas, ojo que acá jamás se cobró un mango, viste que en otros lados se cobra un bono. Ecografías para todas las embarazadas en todos los centros de salud, PAP para todas las mujeres en edad fértil, nos sobraba, teníamos que hacer muchas campañas para que la gente viniera a hacerse PAP ... análisis clínicos, que habíamos articulado con el hospital, venía un técnico a hacer las extracciones. A las más grandes, estaban entonces las salitas más chiquitas, a las más grandes, se sacaba turno e iban a tal lugar tal día a sacarse sangre, en vez de ir al hospital...venía el técnico sacaba sangre, tomaba la muestra de orina, y después traía los resultados ...también la relación con el hospital fue maravillosa. Se manejó muy bien, el tema de la referencia, teníamos muy buena relación con el hospital, se trabajaba en conjunto con el área programática del hospital y al solucionar la atención primaria, le bajó la demanda en la guardia y todo lo que cubre la atención primaria, con lo cual ellos nos daban recursos...”*.

En el mismo sentido se refiere un miembro de una ONG, Clara Tucci Ros, Directora del Hogar Virgencita de Luján de la Fundación Felices los Niños *“en ese momento las salas tenían otra importancia, eran centros realmente preventivos, de atención primaria. Vos encontrabas un montón de profesionales y los conocías y digamos podías intercambiar. Había acceso a derechos de la salud. Después de eso se cerraron un montón de puertas, por lo menos para nosotros ... A mí lo que más me quedó grabado era que podías acceder a los distintos lugares, vos ibas al hospital y estaba la puerta abierta, ibas al centro de salud y estaba la puerta abierta, digamos estaba el acceso a la salud que era lo que más me preocupaba acá con los chicos. Armábamos algo con la odontóloga y venían y los atendían a los chicos ... digamos nenes que nunca en su vida habían ido al odontólogo tenían esa posibilidad. Para mí eso era lo más importante. Viéndolo desde el hogar, y desde las necesidades ... Cuando terminó el programa se notó un montón, ya te digo cambiaron un montón las cosas, con respecto a la forma de atención, por ejemplo, para mí las salas son*

fundamentales porque es a donde la gente accede y bueno y eso se notó un montón, de haber un montón de profesionales, ahora vas y es lo mismo que antes...”

Quizá la parte en la que más se avanzó fue en el trabajo con las escuelas, en el marco de los que la OPS denomina “Escuelas Promotoras de Salud”²³ que fue bastante fuerte y potenció el componente de articulación intersectorial del proyecto. Según Elena Cordone (Directora de Cultura y Educación de la Municipalidad de General Rodríguez) *“Se capacitó y se trabajó en proyectos que se incluían en el proyecto educativo institucional focalizado en el área de salud o municipios saludables que implicaba desde recreación hasta charlas de profilaxis, para los padres, los alumnos... Se hizo un trabajo muy importante... Se llegaron a acuerdos, se presentaron más de 30 proyectos a nivel distrital, hubo escuelas que se asociaron en el proyecto, que articulaban por la zona de ubicación. Ya sea por zona geográfica o por problemática”*. Del mismo modo opina Alicia Humansky, Directora de la Casa del Niño, *“la parte de educación yo creo que fue donde hubo más logros, el área de Municipios Saludables de educación hicieron más acciones que nosotros”*.

Podríamos decir, que dentro de los tres ejes que el proyecto se planteó como los principales para llevar adelante sus objetivos, lo que pudieron avanzar más en su consolidación fueron la intersectorialidad y la descentralización. Por lo que se pudo ver, durante los dos años que duró el Programa se trabajó intensamente y con logros significativos sobre ambas estrategias, que son fundamentales para mejorar el acceso de la población a la salud, y desde la población se pudieron observar y sentir los resultados, aunque no continuaron una vez finalizado el proyecto. Desde los Centros de Salud se fortaleció bastante la atención a la población, el acceso a servicios e insumos y el trabajo en equipo. En lo que se refiere a participación social, encontramos que se generaron experiencias aisladas, con distintos niveles de involucramiento según la zona, pero claramente fue en el eje en el que menos se pudo avanzar. Como se mencionó, en el marco de espacios concretos (como los CLS o EMA) se hicieron convocatorias y reuniones con la comunidad y algunas acciones concretas, pero la corta duración del Programa y la incidencia de otras variables (que se analizarán más adelante) no permitieron consolidar los espacios participativos.

¿Cómo fue la participación en General Rodríguez?

El proyecto Municipio Saludable de General Rodríguez se apoyó principalmente en la participación del Gobierno Municipal (incluyendo las distintas secretarías), el Concejo Deliberante, la sociedad civil y los trabajadores de la salud. Para el modelo de gestión de centros y establecimientos se utilizó la gestión participativa, que promovía una descentralización efectiva e implicaba la planificación local en cada centro, principalmente orientada a la coordinación y motivación del personal de salud, con herramientas de gerenciamiento para el control de los costos, la eficiencia y la calidad y la Planificación Local Participativa para la inclusión de los usuarios y la sociedad civil.

Entre los principales actores locales que participaron en el Municipio Saludable de General Rodríguez se pueden destacar:

1. Asociación Docentes Jubilados,
2. Biblioteca Hogar del Padre Grassi,

²³ La Iniciativa de Escuelas Promotoras de Salud es una estrategia mundial que esta fortaleciendo la promoción y educación en salud en todos los niveles educativos, en los espacios donde los jóvenes, los maestros y otros miembros de la comunidad educativa aprenden, trabajan, juegan y conviven. Su misión es la de cooperar técnicamente con los Países Miembros y estimular la cooperación entre ellos, construyendo consenso entre el sector educativo y el sector salud y formando alianzas con otros sectores para mantener ambientes físicos y psicosociales saludables y desarrollar habilidades para lograr estilos de vida saludables con los estudiantes, maestros y padres de familia. www.paho.org

3. Cáritas Parroquia Medalla Milagrosa,
4. Cáritas Parroquia Nuestra Señora de la Salud,
5. Cáritas Parroquia Nuestra Señora del Carmen,
6. Casa del Niño,
7. Centro de Jubilados de Malvinas,
8. Centro de Prevención de Adicciones,
9. Centros de la Tercera Edad,
10. Club Costa Brava,
11. Club de Leones,
12. Club del Trueque,
13. Concejo Deliberante,
14. Consejo Escolar,
15. Consejo Provincial de la Familia y Desarrollo Humano,
16. Dirección de Cultura,
17. Dirección de Deportes,
18. Dirección de educación,
19. Dirección de salud
20. Escuela del Sur,
21. Foro Almirante Brown,
22. Foro La Fraternidad,
23. Foro Malvinas,
24. Hospital Sommer,
25. Hospital Vicente López,
26. Nodo Cambalache,
27. Odontólogas del Grupo Nuevos Horizontes,
28. Periódico La Hoja,
29. Secretaría de Acción Social,
30. Secretaría de Ecología y Medio Ambiente,
31. Secretaría Legal y Técnica,
32. Semanario El Vecinal,
33. Taller Protegido “Nuestra Esperanza”.

En cuanto a los espacios de participación que impulsaba el programa podemos dividirlos en dos niveles. Por un lado, la promoción de instancias de participación a nivel central, donde se convocaba a organizaciones de la sociedad civil para trabajar articuladamente con las instituciones públicas municipales y provinciales (sobre todo lo que tiene que ver con el ámbito educativo, Dirección de Escuelas, inspectoras, etc.). Esa participación era canalizada por lo que se denominó el **Consejo Directivo Intersectorial** cuyo presidente era el Intendente Municipal y su coordinador el Director de Salud. Por otro lado, se convocaba a la comunidad a participar desde cada Centro de Salud, se invitaba a las organizaciones y vecinos de sus áreas de influencia para conformar los **Consejos Locales de Salud (CLS) o EMA y los Foros o Consejos de Desarrollo Comunitario**, en el marco de una estrategia local participativa.

La misión del Consejo Directivo Intersectorial era identificar problemas e impulsar acciones intersectoriales que promocionen la salud, el bienestar y la felicidad de la gente. Su función consistía en facilitar la articulación de todas las organizaciones públicas y de la sociedad civil para conformar una red con el objetivo de concretar proyectos orientados a mejorar la calidad de vida de la gente. Se discutían cuestiones más bien generales, se diseñaron algunos proyectos, se elaboró el estatuto del Consejo, entre otras iniciativas. En relación a actividades concretas realizadas en el marco del Consejo Intersectorial se refiere Graciela Baretta *“Mirá en el Consejo intersectorial, cada representante comentaba cuál era la problemática que veía de salud, un sistema amplio de salud, no atención médica, cada organización tiene algo en salud, lo que se trataba es de que los recursos empiecen a circular, por ejemplo, el Rotary club tenían anteojos y no tenían médico oculista, entonces terminaban dándole anteojos a*

gente que los puede pagar, con obra social, o que va a un consultorio privado y ahí sacaba anteojos, entonces nosotros le dimos un oculista, gente nuestra, de la gente de salud, y ¿cuántos anteojos nos podés facilitar?, esto empezó a circular de una manera maravillosa, yo creo que lo maravilloso de esto es como que supera lo que uno espera en realidad...porque vos decís, lo decís así en teoría y parece que...los recursos empiezan a aparecer, empiezan a circular y se empiezan a armar, lo que pasa es que por ahí tenés las tres Caritas que están haciendo ropa para niños, entonces vos los juntás y decís, si estás haciendo ropa para niños y vos tenés ropa para adultos, porque no..., alguno hacía, un comedor que se dedicaba a hacer pan, y otro tenía la huerta, entonces bueno...vos me das la lechuga y yo te doy el pan, empieza esto a circular de una manera impresionante” (Coordinadora de Centros de Salud y EMAS o CLS, Programa Municipios Saludables).

A través de Consejos Locales de Salud y los Foros o Consejos de Desarrollo Comunitario, se intentaba generar la participación de todos los actores a nivel local: las autoridades, los equipos de trabajo, instituciones del barrio y los usuarios en reuniones mensuales en las que participaban los miembros del equipo y representantes de la comunidad, se discutían prioridades, definían proyectos y organizaban actividades, sobre todo de prevención. *“La sala periférica se transformó en un verdadero centro de salud. Con más horas de atención, mayor complejidad en los servicios, un ordenamiento interno distinto y sobre todo la participación de la gente del barrio ... Hacíamos reuniones con una supervisora cada jueves y esto ayudo para que se puedan delinear objetivos comunes y el tan mentado discurso interdisciplinario. Pudimos hacer una revista y fiestas barriales que mostraron al centro de salud no solamente como un lugar que tiene que ver con la enfermedad sino también con la vida...”* del Lic. Angel Rutigliano, Psicólogo del Centro Alte. Brown y Malvinas Argentinas²⁴. De esos espacios se elegían representantes rotativos que participaban del Consejo Directivo Intersectorial, donde se llevaban y discutían las realidades locales y se tomaban decisiones a nivel central. En ese sentido acuerda Miriam Campos, de la Casa del Niño, *“más que nada lo que fomentó este programa era todo el tema del trabajo en Red, que si bien no fue la primera vez que se hizo acá, fue como de alguna manera, creo que con el tema del Dr. Anigstein eso se propuso, se acentuó bastante y fue como el distintivo del programa. Entonces desde mi experiencia lo que te puedo comentar es que lo que empezamos a relacionarnos con otras entidades, otras entidades de la comuna de Malvinas principalmente. Participamos en reuniones donde había muchos actores de la comunidad, no solamente profesionales, gente de la comunidad, donde se empezó a pensar en acciones concretas hacia las necesidades de la gente, no? Como que se partía de abajo hacia arriba. Esa es si yo te tuviera que decir algún descripción de cómo me pareció el programa, bueno era un programa participativo, evidentemente desde las necesidades de la gente”*.

En general, como sucede en este tipo de programas, las convocatorias a participar (sobre todo en una etapa inicial del Programa, que en este caso no pasó de la misma) tenían que ver con la organización de talleres y jornadas preventivas en distintos espacios comunitarios, la discusión de necesidades a nivel barrial, la fijación de prioridades, la detección de pacientes en riesgo que no llegan a los centros de salud, y en algunos casos proyectos puntuales. *“... esta idea de arreglar la plaza me parece que sale de la comunidad y nosotros lo tomamos y lo apoyamos con respecto a...por ejemplo en una sala hicimos, la relación con la escuela era siempre dar charlas y empezamos a transformar esas charlas en un programa, esto era, por ejemplo pensando en Malvinas Argentinas, seguir con las charlas, pero invitar a las mamás a que vieran por ejemplo al ginecólogo, eso dio lugar a incorporar una psicopedagoga que trabajaba con estimulación temprana, eso iba conformando como distintos elementos que hacían a algo más complejo que una mera charla, el periódico también. En la sala de*

²⁴ Por lo que se pudo observar, en el área de Malvinas Argentinas fue donde más se había avanzado en el trabajo comunitario. Sobre todo por la presencia de la Red de Familias en Riesgo que funcionó como antecedente de la estrategia. Aún así, una vez finalizado si bien algunas actividades de dicha Red continuaron, las reuniones con la comunidad dejaron de realizarse.

Malvinas también hicimos por ejemplo, en las reuniones con profesionales salió el tema de que no asistían jóvenes a la sala y a la consulta, entonces hicimos una encuesta para jóvenes y eso fue interesante porque nos dio un montón de elementos para trabajar...” (Lic. Angel Rutigliano, psicólogo del Centro Alte. Brown y Malvinas Argentinas). Desde la sociedad civil el recuerdo de la experiencia es bastante similar: *“Bueno fue una experiencia muy rica, cada uno traía su problemática, por ahí el tema de la violencia. De ahí también surgió una red de familias en riesgo. Para nosotros lo importante fue que después un grupo siguió trabajando con este tema de familias en riesgo²⁵. Intentando abordar el tema de la violencia familiar, se armaron algunos talleres... Creo que también se había trabajado con los chicos en las escuelas, también la participación de los chicos se llevaba a otros ámbitos. Estuvieron participando chicos del colegio secundario... Era también un espacio de contraste de distintas visiones...”* (Clara Tucci Ros, Directora del Hogar Virgencita de Luján de la Fundación Felices los Niños).

De todas maneras, podríamos decir que el Programa no llegó a lograr la participación de la comunidad deseada o recomendada en la estrategia de Municipios Saludables, en términos de empoderamiento y compromiso de la población en la definición de su propia salud (lo que definimos como participación comunitaria, o su inclusión como usuarios o ciudadanos), más bien se quedó en lo que en términos teóricos denominamos participación como beneficiario. Cuando se indagó sobre el eje fundamental dentro de la estrategia de Municipios Saludables la respuesta fue clara: *“La idea de la definición de los proyectos pasa por una idea democrática en el sentido que todas las organizaciones que participan del proyecto intervienen en dos cosas fundamentales que son: una la identificación de cuáles son los problemas de salud... esta sería la primera cuestión que nosotros quisiéramos respetar, que las instituciones que participan sean las que identifiquen cuáles son las propuestas, los proyectos, en los cuales ellos se comprometen a intervenir. Y la segunda que es diseño de esos proyectos, o propuestas o iniciativas o actividades, sean también diseñadas por ellos mismos. Es decir, nosotros no queremos nada enlatado. No. La idea es que la gente sienta justamente que participa, que es escuchada, que sus opiniones son valoradas, porque en esa misma medida la gente se compromete y actúa. Si es una cosa impuesta posiblemente no se compromete”* (Rosa María Borrell Bentz, OPS Argentina). Se podría llegar a una conclusión similar a la que arriba una evaluación de otra política social en Argentina (PROMIN-Programa Materno Infantil y Nutrición) según la cual *“La participación de la comunidad como actor político, vigilante de la calidad y transparencia de los servicios públicos y protagonista en la gestión de la salud comunitaria, está aún lejos en las incipientes iniciativas (...). Se reduce o confunde participación con extensión comunitaria de la labor educativa del Centro, con la oferta de charlas o presentaciones a las madres de familia para informarlas sobre asuntos de interés acerca de su salud y la de sus niños, con abrir espacios en el centro para celebraciones colectivas, entre otros”* (Acuña, 1999: 20).

Si bien profundizaremos más adelante sobre la incidencia de la continuidad en este tipo de programas, es necesario resaltar que en la práctica el Programa y, por ende la gran mayoría de las iniciativas promovidas en ese marco, duraron como máximo dos años (lo que duró la gestión del Dr. Carlos Anigstein). En cuanto a la promoción de instancias de participación comunitaria duró aún menos ya que comenzaron un tiempo después de iniciado el proyecto. Esto cobra relevancia a la hora de analizar los resultados concretos que se lograron al involucrar a la población en espacios participativos y sobre todo en relación a los objetivos esperados. En ese sentido, a partir de las entrevistas realizadas se puede observar que los espacios de participación estaban siendo aprovechados y, con distintas modalidades según la zona, se lograban pequeños resultados que quizá (y esto no es más que una especulación) podrían haberse convertido en cambios más sustanciales. De todas maneras, el análisis no puede más que centrarse en lo que sucedió y lo que efectivamente se logró en el tiempo

²⁵ En realidad la Red existía previamente, lo que hizo el Programa fue incluirla entre sus actividades para articular y fortalecer la iniciativa.

(breve) en el que tuvo lugar el Programa. Tanto a nivel central -en el marco del Consejo Intersectorial-, como a nivel local en los Consejos Locales de Salud, EMA o Foros Barriales, se avanzó sobre todo en la presentación de las distintas organizaciones, la puesta en marcha de un proyecto en conjunto, el establecimiento de ciertas pautas de trabajo, la detección y priorización de necesidades, la realización de algunas acciones y proyectos puntuales. Pero no se generó ninguna iniciativa puntual o fortalecimiento del trabajo en equipo en ninguno de los espacios²⁶ (ya sea en el Consejo Intersectorial como en algún Consejo Local) que pudiera tener continuidad más allá de la duración del proyecto o aún que pudiera servir para fortalecer el Programa de Municipios Saludables y establecer alguna acción para lograr su continuidad, más allá de las decisiones políticas.

En cuanto a los actores intervinientes también habría que establecer una diferencia entre lo que era el Consejo Intersectorial, por un lado, y los espacios de participación locales (CLS EMA, Foros Barriales), por el otro. En cuanto al primero, la participación se daba exclusivamente a través de organizaciones, en general organizaciones de tipo tradicional, con cierta historia y trayectoria de trabajo no sólo en General Rodríguez sino además en otros municipios, provincias o aún a escala nacional (por ejemplo, Rotary Club, Cáritas, Club de Leones, etc.). Incluso varias de las reuniones del Consejo se realizaron en las sedes de algunas de estas organizaciones. En lo que se refiere a la relación entre los distintos actores no se observaron problemáticas pero tampoco se observó la creación de vínculos entre las mismas, que continuara una vez finalizado el programa ni el fortalecimiento institucional al interior de alguna de las organizaciones como resultado de su participación en el mismo. La nómina de las organizaciones participantes fue reconstruida a través del testimonio de miembros del programa, ya sea a nivel central (dirección de salud, educación) o a nivel local (instituciones como la Casa del Niño o el Taller Protegido) y a través de los registros y actas de reuniones. Pero cuando se intentó localizar a miembros de las ONG para recoger su testimonio se pudo observar que algunas ya no existían y otras no tenían registro de haber participado en el programa. Esto último puede tener que ver con la rotación de miembros que suelen tener estas organizaciones, sobre todo en filiales locales²⁷. Cuando se tenía registro del programa no recordaban haber participado más que en alguna reunión *“habíamos ido a las reuniones, pero no participamos más que eso, debemos haber ido a reuniones pero no hemos hecho nada”* (Cristina Anguileri, Rotary Club)²⁸.

En relación a quiénes participaban a nivel local, es decir, en los CLS o EMA²⁹, si bien existen particularidades por zona (según el área del Centro de Salud que convocaba), en general resalta el mismo tipo de actores. En las reuniones solían participar los efectores de educación (escuelas, jardín, etc.), comedores comunitarios, alguna otra organización barrial y sobre todo la presencia de las manzaneras. Esto último surge en la mayoría de las entrevistas, *“mirá acá hay algo muy fuerte que es el tema de las manzaneras, vos hablás con la gente de manzaneras y tenía repercusión enseguida. Es como un arbolito, vos tenés una ramita acá que se conecta con 30 mujeres, que le da la leche todos los días, o 2 veces por semana y entonces 2 veces por semana tenía contacto con 30 mujeres que le decía, le daba el papelito, pero así y todo era muy difícil, muy difícil, no era que no teníamos dónde meter gente porque rebalsaba”* (Dr. Alejandro Hernández, médico clínico, Centro de Salud Güemes). En cuanto a las manzaneras es importante destacar que, si bien viven en los barrios donde se inserta el Centro de Salud y

²⁶ Excepto, como se mencionó, el caso de la Red de Familias en Riesgo en el área de Malvinas, que era una instancia que existía previamente a la implementación de Municipios Saludables.

²⁷ Las organizaciones como Cáritas, Rotary Club, Club de Leones, son organizaciones nacionales que tienen filiales en distintos puntos del país.

²⁸ Además consultó con Jorge Anguileri y con Juan Amestoy, miembro y Presidente de la institución, respectivamente.

²⁹ Cuando nos referimos a la participación en estos espacios, nos referimos a las reuniones a las que convocaban desde el Centro de Salud y a algunas actividades puntuales que se generaron. Pero se debe tener en cuenta que no son espacios que se hayan logrado formalizar e institucionalizar como espacios estables y permanentes de participación.

son vecinas de la zona, por ende, podríamos enmarcarlas como parte de la sociedad civil, pertenecen, a su vez, a la red “clientelar”³⁰ del municipio. Las manzaneras son las referentes por “manzana” de entregar mercadería (generalmente leche) que tiene que ver con la sobrevivencia de parte de las familias de la zona. Suelen tener cierto liderazgo barrial, algún tipo de relación de “poder” con las familias a las que les dan la mercadería y son un referente y canal de comunicación en su área de influencia. Al mismo tiempo, son referentes de los funcionarios municipales en sus zonas. Es decir, cumplen el rol de ser un canal comunicador entre la comunidad y los funcionarios y políticos.

Más allá de rescatar los espacios de participación generados por el Programa -sobre todo, la intención a nivel de la coordinación del mismo de introducir a la comunidad en las actividades y decisiones en relación al fortalecimiento de la APS en el Municipio-, con lo que nos encontramos -tanto a nivel central (Consejo Intersectorial) como local (EMAS, CLS)-, es que cuando se refieren a los espacios participativos lo hacen sobre todo a instancias en las que se encontraban personal de los centros de salud, miembros las escuelas, funcionarios de la Dirección de Salud, cierto tipo de organizaciones y algunos pocos referentes de la comunidad (en general, manzaneras) y algunos vecinos (en su mayoría mujeres) que probablemente serían convocadas por las manzaneras. De este modo, surge el interrogante sobre la calidad y las condiciones de participación generadas. Las instancias de participación convocaban a grupos que tenían cierto capital social de lo que se desprende la lección que para que la participación sea efectiva requiere de actores fortalecidos y con intereses definidos. En este sentido, vemos que la misma fue acotada a los actores que contaban con esas condiciones pero como estrategia no fue suficiente para fortalecer a otros actores involucrados.

Además de con la corta duración que tuvo el Programa, relacionamos los bajos niveles de participación con las condiciones de factibilidad que fija el contexto (sobre lo que profundizaremos en el próximo apartado). Los programas son diseñados y pensados para partir de una estructura determinada que cuente con una cantidad de organizaciones representativas de la comunidad, con iniciativas propias y con intereses y necesidades más o menos similares. Muchas veces, esas no son las condiciones reales del contexto, como sucedió en General Rodríguez. Cuando el programa llega al lugar y comienza a hacer las convocatorias pertinentes se encuentra con que justamente los que están “más” excluidos (que es a los que se trata de incluir en este tipo de estrategias) son los que menos participan y quienes lo hacen son los que ya están insertos en varias organizaciones de la zona.

Condiciones de factibilidad y continuidad para una estrategia participativa en General Rodríguez

Como se viene diciendo a lo largo del trabajo, los objetivos propuestos en la estrategia de Municipios Saludables y por el proyecto impulsado localmente en General Rodríguez, pretenden incidir en cuestiones que van más allá del mejoramiento de la salud de la población, además de partir de un enfoque integral de la salud que no sólo se refiere al proceso salud-

³⁰ El clientelismo –entendido como el intercambio personalizado de favores, bienes y servicios por apoyo político y votos entre masas y élites- perdura como una “institución extremadamente influyente, informal y, a veces, oculta (O’Donnell, 1996: 40) que no está destinada a desaparecer ni siquiera a mantenerse en los márgenes de la sociedad con el establecimiento de regímenes modernos –sean democráticos o autoritarios- o con el desarrollo económico (Roniger y Güner-Ayata 1994: 3)”. A su vez, en cuanto a las relaciones clientelares donde “ésta no se encuentra en la muchas veces descartada y -a veces patética- distribución de alimentos o bebidas antes de un acto político o de una elección, sino en el entramado de redes de relaciones y representaciones culturales construidas diariamente entre políticos y clientes. Es en las relaciones donde yace la acción social, y es hacia allí donde debemos dirigir nuestra mirada: una mirada más atenta a las relaciones y las prácticas nos permitirá construir otro “punto de vista” más atento a los idiomas culturales, las identidades individuales y colectivas que se ponen en juego en estos intercambios” (Auyero, 2001: 35/39).

enfermedad. En ese sentido, según lo observado, variables como la continuidad del Programa y las condiciones de factibilidad previas y contemporáneas a la implementación del mismo, adquieren un papel altamente relevante. La promoción de espacios participativos, por más democráticos y representativos, no parece ser una condición suficiente para generar sociedades más inclusivas y democráticas, y empoderar a la comunidad, o dicho en otros términos, para ampliar la esfera pública y crear ciudadanía. “Como lo postulan March/Olsen (1995: 38-39) el sentido de comunidad que es requerido para el ejercicio de la democracia política no puede basarse simplemente en la construcción de preferencias aceptables –que incluyen la preferencia por el bien común- sino que supone admitir que la comunidad es creada con base en reglas, no a través de meras intenciones. Las estrategias para lograr la democracia adquieren así contenidos más precisos. Atienden, en primera instancia, a la construcción de reglas e identidades, e incluyen además el desarrollo de capacidades para una apropiada acción política entre ciudadanos, grupos e instituciones (...) el problema no se agota simplemente con asumir que la participación en deliberaciones democráticas y en la toma de decisiones (...) contribuye a desarrollar ciudadanos democráticos (...) la creación de oportunidades en tal sentido, constituyendo una condición necesaria, no es suficiente. Menos si se considera que la ciudadanía es más una identidad menor que una forma dominante de autodefinición (Walzer, 1995) en sociedades cada vez más dominadas por intereses, identidades, valores y creencias crecientemente conflictivas” (Cunil Grau, 1997: 143).

Algunas concepciones sobre la diferencia entre ciudadanía formal e informal ayudan a analizar el fenómeno. La falta de educación, de relación con el mundo del trabajo y, en la mayoría de los casos, la casi ausencia de pertenencia a organizaciones locales de referencia, los ponen en una situación, una vez más desfavorecida, para ejercer y hacer valer sus derechos. Esto conduce a que gran parte de la población, si bien son ciudadanos de acuerdo a la ley (formal) en realidad perciben una ciudadanía restringida. Así, la falta de homogeneidad social, las profundas diferencias económicas y políticas, entre otras cuestiones, también deben ser tenidas en cuenta como condiciones de factibilidad que harán más o menos viables la incorporación de la población activamente en este tipo de programas: “características sociales, culturales, económicas y políticas de la comunidad (...) definen las posibilidades y formas de la participación (...) las características de la comunidad afectan los resultados que tenga en la práctica el modelo de participación comunitaria propuesto por un programa de salud determinado” (Bronfman y Gleizer, 1994: 119).

Sumado a lo anterior la casi ausencia de antecedentes y experiencias participativas a nivel local hacen que cueste más generar ese tipo de espacios para participar en salud. Así lo señala Miriam Campos de la Casa del Niño *“bueno obstáculos, el principal, la falta de prácticas con respecto a hacer cosas en conjunto, a la participación, había como una gran desconfianza a que esto se hiciera, que esto pueda ser manipulado políticamente, la gente está muy descreída hacia la participación inocente, no? El obstáculo podía ser el pensar que los representantes municipales tuvieran otros intereses que no fueran los de la comunidad”*.

De todas maneras, más allá del análisis que se pueda hacer sobre los espacios participativos creados, los mismos existieron pero evidentemente, como decíamos, no son una condición suficiente para lograr otras cuestiones propuestas, como el fortalecimiento de la ciudadanía, la democracia y la generación de sociedades más inclusivas. En este sentido, la falta de continuidad que muchas veces tienen estos programas y que tuvo en caso de General Rodríguez, incide negativamente, al no generar fortalezas institucionales en la comunidad. Esto se desprende al observar que las instancias participativas creadas y con ellas algunos grupos de trabajo se disolvieron una vez finalizado el programa. Se entiende que si los objetivos esperados con la participación propuesta en la estrategia de Municipios Saludables dependen de cuestiones que tienen que ver con la continuidad en el tiempo del programa propuesto, probablemente sea complicado lograrlos en un período de tiempo tan corto como el que duró el Programa en General Rodríguez. Como decíamos al comienzo, quizá puedan lograrse actividades y resultados (convocatorias, reuniones, participación de la comunidad en

la realización de jornadas, charlas, establecimiento de prioridades, aún diseño de propuestas y proyectos) pero la situación se vuelve más complicada para encaminarse hacia objetivos que tienen que ver con el empoderamiento, la democratización, la generación de capacidades institucionales, entre otros. En este sentido, si los objetivos esperados con estas estrategias participativas requieren de cierta continuidad en el tiempo de las mismas, en qué medida son viables en contextos locales donde la continuidad de las políticas suele ser una variable muchas veces ausente.

En cuanto al corte repentino que tuvo el Programa parece haber tenido que ver casi exclusivamente con el desvinculamiento del Director de Salud (e impulsor de la estrategia) de su cargo y del municipio. Las causas de ese desvinculamiento tendrían que ver con diferencias entre él y la secretaria de desarrollo y acción social (de quien depende la Dirección de Salud) y con el Intendente (Di Landro, Partido Justicialista), quien fue acompañado inicialmente la propuesta. Cuando se indagó sobre el corte que tuvo el programa, se referían a cuestiones sobre todo relacionadas con diferencias políticas: *“Los obstáculos para mí fueron el enfrentamiento que había entre el director de salud (...) creo que fue un obstáculo grande, no sé si tenía que ver con una cuestión de poder. Yo supongo que la Secretaria tenía miedo de haber socavado su secretaría por alguien que tenía mucho empuje, si hay algo que vos no le podés quitar al Dr. Anigstein es que era una persona que permanentemente trabajaba pero generando participación (..)A mí me parecía que la dinámica era buenísima entre los actores, pero que había un actor que saltaba que era el poder político, si bien el cargo de director de salud es político, había como un actor que en ese caso, a mi criterio, era la Secretaría de salud, que es un cargo político, de mayor jerarquía, que venía ser quien representa el intendente, están los secretarios, el intendente... que no estaba presente, ni estaba de acuerdo en todas las cosas que se hacían, porque es muy difícil para determinadas posturas y determinadas ideologías, ni siquiera partidistas, si no ideologías que uno puede tener independientemente del partido político que tenga, aceptar la participación, porque la participación tiene muchas consecuencias, que para muchos de nosotros tienen consecuencias que son buenas y para otros no tanto (...) Por una decisión política... terminó el programa, que fue con el intendente anterior. Hay una cuestión política superior que no la sé, nunca nadie nos va a contar, es una lectura que uno hace desde su posición. Pero esto es una decisión política tomada por mucha gente que no estaba de acuerdo con este programa”* (Lic. Cristina Ruíz del Taller Protegido). Nuevamente, surgen interrogantes relacionados con la viabilidad de estas propuestas en este tipo de contextos. Es decir, en contextos donde una secretaria y un intendente por miedo escuchar lo que no se quiere y por diferencias políticas con una persona (o bien, la partida de una persona de un cargo de nivel medio), pueden hacer caer un programa, se puede pensar en proyectos que requieren de un mediano o largo plazos para ser efectivas?.

Pareciera haber una combinación entre cuestiones relacionadas con enfrentamientos políticos con otras referidas a la participación comunitaria. *“esto que te decía de pasar de paciente a ciudadano, me parece que ese cambio de posición ha sido tomado como peligroso, y también el director del programa es alguien con ideas, a mí me sorprendió muy gratamente que alguien viniera con un objetivo y un proyecto, cosa que en general no se da en los municipios. Había que discutir sobre ideas, entonces era complejo, la cuestión de que si era peronista, si no era peronista, entonces me parece que han chocado mucho con Carlos por eso y no se ha logrado acuerdos. Había por un lado en lo alto, en una cuestión personal con el director del programa y por lo bajo con la cuestión de la participación comunitaria”*. Pareciera haber una contradicción, que se observa en los testimonios de un modo más o menos explícita, entre participación comunitaria y política: *“La participación de la gente es bien vista mientras se ubique (...) como grupo objeto, es decir, siempre diciendo lo que el amo quiere escuchar. Pero cuando este grupo se corre de ese lugar comienza a funcionar una suerte de maquinaria paranoica que hace que todo lo que se produce se vuelva peligroso”* (Lic. Ángel Rutigliano, Psicólogo del Centro Alte. Brown y Malvinas Argentinas).

Por último, el mentor del Proyecto apoya la hipótesis: *“La discusión es entre la política clásica clientelar, teníamos discusiones entre políticos y la comunidad, y los políticos decían yo no voy a mantener a estos para que encima vengan y me critiquen a mí, mi gestión en el mismo centro de salud, yo quiero todos alineados. Son los riesgos, no? Y era un tipo progresista (se refiere al intendente de turno). Bueno y este es el tema de la discusión, no? ... Vinieron las elecciones y se superpuso los clientelar con lo participativo ... viven la participación comunitaria como algo superfluo hasta que empiezan a verla como algo real...”* (Dr. Carlos Anigstein, Director de Salud durante el Programa Municipios Saludables). En el mismo sentido se refiere en un trabajo realizado sobre el Programa al mencionar las amenazas que tuvo que afrontar el mismo *“la incertidumbre de los políticos ante las elecciones, los acuerdos que se ven obligados a concretar, y la inquietud que les provoca traen como consecuencia que se aferren a las viejas prácticas conocidas como los clásicos modelos clientelares con punteros políticos, fundamentalmente debido a la desconfianza y la falta de ejercicio que tienen con experiencias de participación social e intersectorial”* (Anigstein, 2003: 78).

REFLEXIONES FINALES

Pendiente.

BIBLIOGRAFÍA

Acuña, Carlos y Repetto, Fabián (2001) *Marco de análisis de las políticas sociales*, mimeo, CEDI, Buenos Aires.

Acuña, Carlos, *Notas sobre los riesgos socio-políticos que enfrentan los procesos de empoderamiento y desarrollo inclusivo (con algunas recomendaciones)*, Banco Mundial, Buenos Aires, 2001.

Anigstein, Carlos, *“Gestión Participativa y Salud: Evaluación del Municipio de General Rodríguez”*, Tesis de Maestría, ISALUD, Buenos Aires, 2003.

Auyero, Javier, *La Política de los Pobres. Las prácticas clientelísticas del peronismo*, Cuadernos Argentinos Manantial, Buenos Aires, 2001.

Bronfman, Mario; Gleizer, Marcela, *Participación Comunitaria: Necesidad, Excusa o Estrategia? O de qué hablamos cuando hablamos de participación?*, Secretaría de Salud, Mexico, DF, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 10 (1): 111-122, jan/mar, 1994.

Bustelo Graffigna, *“Salud y Ciudadanía. Una mirada a la salud en el futuro”*, Fundación Carlos Auyero Comisión Salud, material del Curso Nacional de Formación en Políticas, Planificación y Gestión estratégica en salud. Hacia una construcción participativa de las políticas de salud, Agosto, 1999.

Cravacuore, Daniel (comp.), *Innovación en la Gestión Municipal*, Universidad Nacional de Quilmes/Federación Argentina de Municipios, Provincia de Buenos Aires, 2002.

Cunill Grau, Nuria, *Repensando lo público a través de la sociedad. Nuevas formas de gestión pública y representación social*, CLAD/Nueva Sociedad, Venezuela, 1997.

De Roux, Gustave, *Participación y Cogestión de la Salud*, Seminario Nacional de Atención Primaria y Promoción de la Salud, 1991.

De Roux, Gustave; Pedersen, Duncan, et al, *Participación social y sistemas locales de salud*, En: Los Sistemas Locales de Salud, OPS, Washington, 1990.

Fox, Jonathan (1994) *The Politics of Food in Mexico*, Cornell University Press, Ithaca and London, (Capítulo 2: “State-Society Interaction and Distributive Reform in México”).

Kubal, M.; *“Decentralization and Citizen Participation in Urban Chile: The Transfer of Health and Education Administration to Local Governments”*, University of North Carolina at Chapel Hill (dissertation), 2001.

Marecos, Edgardo A., *Conceptos claves acerca de la salud*, Revista de Postgrado de la Cátedra Vía Medicina, N° 108, Septiembre 2001. Argentina.

Menéndez, Eduardo, *“Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social”*, en Cuadernos Médico Sociales, Centro de Estudios sanitarios y sociales, Rosario, Argentina, 2000.

OPS, *“Municipios Saludables*. OPS, OMS, Washington, USA, 1997.

OPS/OMS Argentina, *“Municipios Saludables. Una opción de política pública. Avances de un proceso en Argentina”*. Buenos Aires, 2002.

OPS/OMS Argentina, *Municipios Saludables. Una opción de política pública. Avances de un proceso en Argentina*. Buenos Aires, 2003.

OPS/OMS, *Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud*, HSS/SILOS-26, Washington, 1992.

OPS/OMS, *Planificación local participativa. Metodología para la promoción de la salud en América Latina y el Caribe*, Washington, D.C., 1999.

OPS/OMS, *Sistemas Locales de Salud – La Administración Estratégica*, HSD/SILOS-2, Washington, 1992.

Rodríguez Campoamor, Néstor y Virgolini, Mario, “*Municipios y Ciudades Saludables. Una alternativa de política social en la Argentina*”, Isalud, Documento de trabajo, 1998.

Mariana Vazquez, “*Material de Capacitación para Red Local. Módulo I: Salud Pública y Atención Primaria de la Salud*”, Documento de Trabajo, CIES/Fundación Huésped, 2003.