

**Proyecto CLASPO sobre Desarrollo Comunitario Auto-sustentable en Perspectiva  
Comparada**

“Participación social y comunitaria en salud. Evaluación de las etapas de diseño e implementación del componente de participación social del PR y su interfaz con las instancias de participación comunitaria en un estudio de caso a nivel local.”

Lic. Sebastián E. Essayag

Informe Final  
Versión preliminar

Julio de 2004

## 1. INTRODUCCIÓN

Ya desde mediados de los '90s se hacen visibles en la Argentina los síntomas de una crisis sanitaria que ha afectado principalmente a la población en condiciones de mayor vulnerabilidad. La crisis económica y social que empieza a gestarse en los '90s impactó en el sistema sanitario a partir de un aumento sostenido de los indicadores de morbi-mortalidad. Este progresivo deterioro en la salud de una gran parte de la población es consecuencia, entre otros factores asociados, de un aumento de los niveles de pobreza e indigencia, a raíz de un crecimiento sostenido de la tasa de desempleo y de la insuficiencia de acciones de promoción y prevención de la salud. La devaluación de la moneda nacional a partir de diciembre de 2001 generó un proceso de desfinanciamiento del sistema de salud al aumentar los costos de los insumos y de los medicamentos. Esta situación afectó el acceso a la salud, el número y la composición de la demanda, al tiempo que disminuyeron los niveles de cobertura médica.

Así, el subsector público de la salud, principalmente a través de los hospitales públicos, debió hacer frente a una sobredemanda de atención médica que se tradujo en desabastecimiento de insumos básicos y medicamentos e inclusive, en algunos casos, en la eventual suspensión de los servicios sanitarios. Los efectos negativos sobre el sector de la salud, sumados a un débil capital social, a la necesidad de resolver lo urgente por sobre lo importante y al empobrecimiento comunitario, han postergado acciones participativas en el campo de la salud. La participación se ha limitado al reclamo –sin que por esto no lo consideremos una forma legítima de participación ciudadana- y no a acciones de deliberación, concertación y toma de decisiones que dieran cuenta de una participación activa en el desarrollo de las políticas públicas vinculadas al sector.

En este contexto, la participación en el campo de la salud se mantiene como un hecho aislado y, si bien hoy la comunidad participa algo más que antes, tanto en nuestro país como en los países de la región -a excepción de Brasil-, la participación en la toma de decisiones vinculadas al diseño, ejecución y evaluación de las políticas de salud, o aquellas referidas a la definición de las prioridades sanitarias, de los programas de salud y de los servicios de atención médica, es aún muy escasa, sumado a al poco registro (documentación) de las ya escasas experiencias. En este contexto social y económico se instala en la Argentina el Programa Remediar (PR) como una política pública cuyo objetivo es la provisión directa de medicamentos en todos los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) del país al momento en que el paciente realiza la consulta permitiendo identificar de este modo quién necesita qué medicamento en cada caso, accediendo así a un alto nivel de focalización directa<sup>1</sup>.

El PR, en su afán por lograr asegurar la accesibilidad a los medicamentos, busca fortalecer el modelo de Atención Primaria de la Salud (APS) y promover políticas de salud con gestión participativa. Para ello, cuenta con un subprograma de Participación y Control Social que prevé una serie de espacios de participación social, uno de los cuales será objeto de nuestro estudio: la Comisión Asesora Intersectorial (CAI) compuesta por una serie de Organizaciones de la Sociedad Civil (OSCs). Así, nuestro primer objetivo será *“evaluar el componente de participación social en las etapas de diseño y ejecución del PR, y analizar los mecanismos de participación previstos “desde arriba” y los comportamientos de los actores sociales identificados.*

---

<sup>1</sup> El PR comenzó su ejecución en octubre de 2002. Su financiación está asegurada hasta finales de 2006 a través del préstamo OC-AR 1193 del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). El PR se ubica institucionalmente en el marco de los Programas de Reforma de la Atención Primaria de la Salud (PROAPS) dependiente de la Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización que a su vez depende de la Secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias del Ministerio de Salud de la Nación.

El primer objetivo se complementa con el segundo el cual busca reconocer la relación que dichos actores sociales mantienen con los espacios de participación comunitaria. En este sentido, como segundo objetivo general buscamos *analizar la instancias de participación comunitaria en salud a partir de un estudio de caso en el nivel local*. El estudio de caso nos permitirá *acercarnos a la complejidad del contexto local con el fin de establecer conexiones explicativas acerca de la fisonomía que asume la participación comunitaria en dicho nivel*. Asimismo, daremos cuenta del *mapeo de actores e intereses vinculados al sector salud y de las diferentes formas de organización de la sociedad civil e instancias de participación autogestadas (“desde abajo”)*.

*Identificaremos la fisonomía que asumen las diversas instancias de participación comunitaria en salud atendiendo a las siguientes dimensiones: i) concepción de la participación comunitaria en salud de los actores sociales; ii) obstáculos y facilitadores locales para la participación comunitaria en salud; iii) mecanismos de ejecución, y iv) acciones concretas de participación en salud*. El estudio de caso se realizó en un CAPS ubicado en el Barrio de Villa Caraza en la localidad de Lanús, Provincia de Buenos Aires.

De este modo, observaremos dos niveles de participación: uno “macro” cuya atención estará puesta en los grupos que se crean “desde arriba” en el marco de la CAI y otro “micro” constituido principalmente, por aquellos grupos que se crean “desde abajo” en la comunidad local. Analizados los dos niveles de participación, nos interesa ***reconocer el modo en que las instancias de participación comunitaria conviven (en términos de adaptación, antagonismo, indiferencia, etc.) con las instancias de participación social impulsadas “desde arriba” (interfaz)***.

## 2. ASPECTOS METODOLÓGICOS

En función del primer objetivo la unidad de análisis identificada está representada por cada actor social que conforma la CAI. El abordaje se realizó a través de fuentes de datos secundarios y de entrevistas semiestructuradas en profundidad a informantes clave y la observación no participante. La documentación y normativa del PR, las actas y minutas de las reuniones han constituido nuestras fuentes de información a las cuales nos acercamos a través de técnicas cualitativas vinculadas al análisis documental. Los instrumentos de recolección de datos (cuestionarios) se fueron diseñando a lo largo del proceso de investigación siempre basados en definiciones teóricas que surgieron de un “ida y vuelta” permanente entre la actividad de campo y el desarrollo del marco teórico, la interconsulta profesional y la revisión bibliográfica.

Tal como puede apreciarse en la enunciación de los objetivos, nos interesa reconstruir el tipo de concepción sobre participación social que tienen los diseñadores del PR y los actores involucrados. En este sentido, debemos reconocer que “(...) la concepción de los diseñadores del programa parece tener un fuerte lugar en la decisión sobre el aspecto en que solicita la participación de la comunidad” (Bronfman y Gleizer, 1994). La forma en que se concibe a la participación influirá en el diseño de los mecanismos para lograrla. En este sentido, pareciera que las características propias del programa influyen sobre los mecanismos elegidos para canalizar la participación de la comunidad –en un sentido amplio que puede ir desde incentivarla, inhibirla o hasta cancelarla. Para este primer objetivo nos interesa entonces focalizar sobre la noción de participación social, los mecanismos de participación y los comportamientos de los actores identificados.

En función del segundo objetivo general y de sus objetivos específicos nos parece oportuno citar a Winch & Hudelson (1991) cuando argumentan que, “hay un aparente consenso sobre la utilidad de las técnicas cualitativas en las investigaciones orientadas a lograr la adaptación de los programas de salud a las características particulares de cada comunidad (contexto) ya que estas permiten aprehender los procesos y las complejas relaciones que constituyen el cuerpo social” (Winch & Hudelson, 1991; Informe de PAHO, 1984 en Bronfman y Gleizer, 1994). Nuestra investigación asume un carácter cualitativo en cuanto a las técnicas de recolección de los datos y a la modalidad de abordar la problemática de la participación comunitaria en salud en el nivel local.

Para este segundo objetivo hemos reconocido como unidades de observación a los actores sociales y político-institucionales y actores relevantes que actúan en el campo de la salud en particular o que, siendo actores sociales no originarios del área de la salud, actúan directa o indirectamente en ella, autónomamente o en red en el nivel local. Para su reconocimiento y eventual acercamiento nos hemos puesto en contacto con distintas organizaciones o instituciones que fueron surgiendo del propio trabajo de campo, es decir a partir de la información suministrada por los informantes al momento de las entrevistas. Tras un análisis del contexto local, hemos confeccionado los instrumentos de recolección de los datos que sustentan los conceptos elaborados en el marco teórico en el apartado siguiente.

Finalmente, el tercer objetivo general asume un enfoque “dialógico” entre actores y sistema en el marco de un territorio visto como un sistema complejo y abierto en el cual sus rasgos culturales

pueden significar cuestiones diferentes en cada caso. Nos interesa reconstruir las representaciones y las prácticas concretas de participación comunitaria en salud y rescatar el “lenguaje propio de la comunidad” (Bronfman y Gleizer, 1994) para así *reconocer los tipos de organización comunitaria que emergen en dicho contexto local en el campo de la salud y cómo éstas dialogan con el sistema.*

### 3. MARCO TEORICO

#### La participación de la comunidad en salud: “participación-poder” y “participación instrumental” en el marco de la estrategia de APS.

La participación de la comunidad en el campo sanitario ha sido identificada como un factor clave para explicar el mejoramiento de la salud. Tal reconocimiento fue confirmado en la Conferencia de Alma Ata, la cual fue organizada por la OMS y UNICEF en 1978. En dicha oportunidad, se avanzó sobre la idea de que el progreso en el campo de la salud no era sólo el resultado de avances biomédicos y tecnológicos sino que la participación de la comunidad, tanto desde el nivel central a través de la implementación de programas nacionales o subnacionales, como desde el nivel local a través de la iniciativa de las propias organizaciones de base, contribuían a fortalecer lo que, a partir de dicha conferencia, se reconoció mundialmente como la estrategia de APS.

Dicha estrategia de APS reconoce que la salud no está aislada del contexto, no es sólo la ausencia de la enfermedad, sino que está enraizada en ambientes (el social, el político y el económico, atravesados todos por la cuestión de la pobreza) que se extienden más allá de la cuestión biomédica y, en este sentido, redefine el concepto de la salud superando la “atención a la enfermedad” y poniendo el foco en la promoción, la prevención y el autocuidado. Sin embargo, transcurridos ya 26 años desde que los países miembro de la OMS aceptaron el desafío y el compromiso de fortalecer la estrategia de APS en sus políticas sanitarias, hoy en general la asignación de recursos financieros y humanos y la orientación de muchas políticas, planes y programas de salud siguen estando alineados al modelo contrario, el cual concibe a la salud como la “ausencia de enfermedad”.

La estrategia de APS pone la atención en los resultados que sobre el campo de la salud tienen los procesos de empoderamiento (*empowerment*) de la comunidad, apuesta a las acciones individuales y colectivas (comunitarias), al desarrollo de las capacidades (*capacity building*), y a un control sobre los recursos y la toma de decisiones. Como decíamos, la estrategia de APS considera que la salud no se alcanza sólo curando la enfermedad, sino que resulta un lento proceso de empoderamiento en el que los usuarios del sistema de salud comienzan identificando los problemas que aquejan a su comunidad, para luego definir, implementar, monitorear y evaluar los programas que ellos consideran prioritarios, e influir sobre aquellos otros que son gestados en un nivel político institucional.

En este sentido, “aquellas acciones a través de las cuales los ciudadanos influyen sobre el funcionamiento y sobre los resultados de las políticas ya sea a través de la presión política o directamente a través de la participación en la planificación, toma de decisiones, implementación y/o evaluación de programas y servicios públicos” (Orrego, 1995 en Kubal, 2001:27, mi traducción) será definida como “participación poder”. Por su parte, la OPS define este tipo de participación como “la intervención de la población organizada en las deliberaciones sobre la atención a la salud, en la toma de decisiones que tienen que ver con la satisfacción de las necesidades, y en el control de los procesos así como en la asunción de responsabilidades y observación de obligaciones derivadas del desempeño de su facultad decisoria”. (De Roux, 1990).

De este modo, si atendemos a los términos que se incluyen en estas definiciones (“influir”, “presión política”, “planificar”, “toma de decisiones”, “intervenir”, “deliberar”, “control de procesos”, “asunción de responsabilidades”, “facultad decisoria”) es claro que la participación asume un carácter político en el que los distintos actores de la sociedad civil ejercen poder al identificar los problemas y diseñar, ejecutar y/o evaluar los cursos de acción. “La participación así definida tiene implicancias 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 (...)” (OPS, 1994).

Sin embargo, existen cuatro formas de participación de la comunidad y no todas ellas suponen empoderamiento, a saber: i) toma de decisiones, ii) provisión de información acerca de sus necesidades y preferencias, iii) acciones del tipo voluntarias y iv) pago de impuestos. (Kubal, 2001:27). Estas cuatro formas resultan ya sea de un proceso de empoderamiento (fundamentalmente la primera de las formas identificada por Kubal) o bien son instrumentales al logro de objetivos definidos externamente (en general niveles gubernamentales) a los sujetos que participan, por presencia de corporaciones profesionales (médicos y técnicos) u organismos multilaterales de crédito (la segunda y tercera de las formas propuestas por Kubal). Esta distinción entre “participación poder” (o empoderamiento) y “participación instrumental” es fundamental en nuestro análisis.

En este sentido, autores como Oakley (1985) y Muller (1979) sistematizaron una clásica división del concepto de participación: por un lado, la participación entendida como un “fin”, es decir “como el acceso al poder de quienes se encuentran marginados del mismo, influyendo directamente en las decisiones que afectan su vida” (Oakley), y “como el mayor control de la población sobre las condiciones que intervienen en el proceso salud-enfermedad-atención” (Muller). Por otro lado, la participación puede ser entendida como un “medio”, es decir como un recurso que permite hacer que los programas lleguen a la población y obtener de ella la colaboración necesaria para su ejecución” (Oakley), y “como la movilización de los recursos de salud de la comunidad” (Muller). Participación poder y participación instrumental, respectivamente.

En esta misma línea, la OPS ha propuesto tres grados de participación ciudadana en salud (OPS, 1990). Por un lado, un primer grado vinculado a la “*utilización*” de los servicios de salud, sin proporcionar un insumo directo o tener injerencia sobre la toma de decisiones respecto del diseño o aplicación de programas. No entraña participación auténtica, a pesar de que es considerada un requisito esencial para que se produzca la participación. Un segundo grado es la “*cooperación*” en iniciativas de salud planteadas por algún organismo o institución “externa” la cual puede incluir no sólo trabajo, fondos o materiales aprobados, sino también asistencia para llevar a cabo planes y programas. Por último, la “*intervención en la adopción de decisiones*” implica la participación en la planificación, administración y ejecución de actividades y programas de salud. En este último grado aparece cierto sentido de compromiso de la comunidad en cuanto a la aceptación de su responsabilidad en la determinación de problemas vinculados con la salud y en el desarrollo y aplicación de posibles soluciones. Los dos primeros grados estarían alineados a la noción de participación instrumental y el tercero a la de participación-poder.

Una participación de tipo instrumental se sustenta en acciones para el cumplimiento de objetivos diseñados por terceros. La participación instrumental está vinculada al trabajo voluntario o aquel trabajo de tipo colaborativo que realiza la comunidad para ayudar en proyectos de salud que son determinados externamente; o simplemente por la utilización que hace la ciudadanía de los servicios proporcionados por el sistema público de salud. Las acciones de la participación-poder, sin embargo, poseen el potencial para influir sobre las políticas, es decir actuar sobre los procesos

de diseño, implementación y/o evaluación, sobre la base de temas que la propia ciudadanía considera prioritarios y que inevitablemente deberá negociar con instancias político-institucionales.

Por otro lado, debemos reconocer que la participación-poder es un hecho político, eminentemente cualitativo y hasta emancipador y que podría exceder el campo de la salud; la participación instrumental, por su parte, queda relegada a la cuestión del control y de la cooperación, y no a una concertación activa y pluralista entre actores para la toma de decisiones y para la planificación y evaluación de las políticas públicas<sup>2</sup>.

Finalmente, también resulta destacable mencionar que del mismo modo que existen enfoques que, ya sea como medio o como fin, consideran positiva a la participación en la construcción social de la salud, hay posturas contrarias a su inclusión, que se excluyen de los objetivos planteados en este estudio. En este sentido, los enfoques que la rechazan sostienen que no siempre la participación de la ciudadanía favorece la implementación efectiva de los programas y ciertas veces se incluye “mano de obra de baja calidad” (en términos de capacitación y/o entrenamiento de los recursos humanos afectados) y que termina perjudicando aún más la salud de la comunidad. Sin embargo, creemos que no debemos caer presos de una lógica inductiva perversa que nos lleve a creer que, porque la participación “no funciona” en un determinado contexto local “no funcionará” en otros. Justamente por las características únicas y para nada extrapolables que cada contexto local tiene, es que creemos que la comunidad local podrá participar cuando con su accionar se mejore la calidad de vida de la población y cuando se enriquezca la vida social de la comunidad en un sentido amplio.

#### Factores condicionantes de la participación ciudadana

La participación está condicionada por una variedad de factores, muchos de los cuales están seguramente relacionados con cada contexto local en particular. Sin embargo, resaltaremos tres. Por un lado, la participación está en parte determinada por la capacidad de los ciudadanos para responder o para tomar iniciativa, y por el otro, a partir de la oferta de oportunidades de participación por parte del gobierno (Kubal, 2001), es decir por “los modos en que los gobiernos (ya sea desde el nivel central, provincial, municipal o local) responden a la participación gestada por los propios ciudadanos o el modo en que alientan su participación en el caso de ausencia de iniciativas ciudadanas” (Kubal, 2001: 48, mi traducción). Estas dos variables a su vez están mediadas por una tercera: la infraestructura social (Kubal, 2001) asociada al capital social existente en el contexto local, a los partidos políticos y a la institucionalidad local.

Los dos primeros condicionantes nos dan cuenta de la relación existente entre Estado y sociedad civil: la capacidad de los ciudadanos para participar y tomar la iniciativa puede depender de la oferta de oportunidades o de la inexistencia de resistencias por parte del gobierno. En este sentido, la forma en que el gobierno reacciona ante la participación ciudadana puede ir desde una total apertura y aceptación, que suponga un derrame de poder a los niveles locales, a una posición cerrada cuyas manifestaciones pueden ser antiparticipativas y excluyentes o inclusive represivas, o bien el gobierno puede acercarse a la comunidad para solicitar una participación instrumental a

---

<sup>2</sup> Sin embargo, esto no significa que una participación de tipo instrumental sea políticamente neutra. Bronfman y Gleizer explican que “La participación nunca es absolutamente neutra, ni puede ser abstraída del contexto en el que tiene lugar; siempre tiene algún efecto sobre la estructura social de la comunidad, su organización y su capacidad de acción. Aún cuando el objetivo último del programa se dirija exclusivamente a incidir sobre problemas de salud específicos y los beneficios que se obtengan sean claros y evidentes, al concebir a la participación como una estrategia sin consecuencias sociales, se corre el peligro de que el programa tenga efectos negativos sobre otros aspectos de la vida comunitaria” (Bronfman y Gleizer, 1994).

través de la implementación de los proyectos o programas. Esta cuestión también está ligada al tipo de régimen político y cultura política que no desarrollaremos aquí. En el primero de los casos, cuando el Estado abre el juego a las organizaciones de la sociedad civil y a la comunidad en general a participar, o bien cuando acepta la participación autogestada de la propia comunidad, está potencialmente afectando la distribución de los recursos de poder al tiempo que está cambiando la naturaleza misma de su relación con la sociedad civil. Sin embargo, la decisión de “abrir el juego” quizás sólo sea para legitimar su accionar y no para otorgar un rol políticamente importante que termine afectando los procesos de toma de decisiones e implique compartir el poder.

La infraestructura se refiere a las organizaciones, de base, OSCs (barriales, de fomento, entre otras) y a la institucionalidad en el contexto local. También se refiere al modo en que dichas organizaciones e instituciones se relacionan entre sí a través de redes, y su interfaz con las autoridades locales o supralocales. El modo en que las organizaciones de la sociedad interactúan en y entre los niveles micro, meso y macro también va a estar condicionado por la naturaleza de las demandas, sean éstas particulares o programáticas, que requieran un cambio en la política o simplemente una ayuda o asistencia.

Pareciera existir consenso entre los autores abordados que los contenidos, los mecanismos, los alcances y hasta los obstáculos a la participación, dependerán del contexto social y político particular y de las condiciones que favorezcan o restrinjan las políticas participativas reconociendo asimismo el rol que juegan los grupos profesionales en el sector de la salud. El contexto sociopolítico, las estructuras socioeconómicas y los sistemas culturales son determinantes de las distintas formas que adquiere la participación, sin dejar de mencionar las cuestiones coyunturales o de emergencia económica. No obstante, estas cuestiones requieren de un esfuerzo analítico significativo en la investigación social y así poder conocer cuáles de estos condicionantes son limitantes y cuáles facilitadores de la participación, cuáles tienen efectos positivos sobre la salud y el bienestar de la comunidad y cuáles de ellos no.

Según Bronfman y Gleizer (1994), en el contexto local existe una dimensión política que está atravesada por actores sociales y político-institucionales que manifiestan sus intereses, que se asocian (o no) y, con base en un conjunto de reglas de juego formales (jurídicas, administrativas y operativas) e informales (pragmáticas, nacidas del propio comportamiento de y entre los actores), construyen ámbitos de articulación, concertación y/o negociación -atravesados inevitablemente por el conflicto- y que buscan viabilizar (o por lo menos eso intentan) las transformaciones pretendidas en su ámbito de actuación local. Esta interacción acumula poder en algunos actores a la vez que resta poder en otros configurándose así comportamientos de tipo políticos. Por otro lado, existe una dimensión ideológica que se vincula con el paradigma de salud que sostenga cada actor. Finalmente, se reconoce una dimensión técnica que se apoya en los saberes específicos propios de cada actor y de las tecnologías disponibles. Así, con base en estas tres dimensiones, lo local introduce una noción de complejidad que trasciende la cuestión de lo territorial desde una perspectiva estrictamente topográfica.

En este sentido, el actor es local por la escena en donde se desarrolla su accionar y por el sentido hacia el cual se dirige la misma. Este actor cuenta con capacidades locales y oportunidades globales, de ahí su necesaria e irremediable vinculación recursiva y multiescalar con el entorno. Así, el nivel local constituye un sistema complejo, dinámico y abierto<sup>3</sup> y en permanente cambio. Sin embargo, la escala no es el tamaño sino la complejidad, y es por este motivo que resulta

---

<sup>3</sup> Se trata sin duda de un sistema abierto en el que el intercambio con el ambiente es condición necesaria para su supervivencia, reproducción y transformación. Su consideración de abierto permite ubicar al sistema en un contexto o suprasistema dentro del cual es un componente. (De Roux, 1990)

necesaria una mirada de lo local que trascienda lo sectorial y se asocie más a una imagen de capas genealógicas que se van acumulando en un mismo territorio en términos de oportunidades y obstáculos dándole fisonomía a un proyecto en continuo y permanente desarrollo.

Según la línea de análisis de Bronfman y Gleizer (1994), los autores también reconocen factores condicionantes que determinan los mecanismos de participación que pueden observarse en una comunidad local<sup>4</sup>. Estos son: a) el *tipo de concepción sobre participación* que comparten (o no) los actores sociales de la comunidad y/o los diseñadores del programa; b) los *objetivos específicos que se persiguen al participar en salud* ya sean aquellos objetivos planteados por la propia comunidad como aquellos otros que surjan de la implementación de un determinado programa; y c) las *características sociales, culturales, políticas y económicas de la comunidad local* (el contexto o infraestructura social local). En síntesis, estos factores influyen en la programación y ejecución de proyectos participativos entre los que se reconocen “factores positivos y negativos propios del Estado y de sus instituciones” como los “factores propios de las comunidades y de su dinámica social” (Bronfman y Gleizer, 1994) en el contexto local.

Además, es en el nivel local donde se desarrolla y fortalece la estrategia de APS dado que la creación de redes de atención integral a la salud, en coordinación con una efectiva representación y participación de la comunidad, se realiza en un contacto más estrecho con, y más sensible a, las necesidades de la gente en su escenario natural, es decir allí donde la gente vive, trabaja, estudia, practica deportes o se enferma. De este modo, la estrategia de APS responde a un cambio de paradigma respecto de la forma en que es concebido el eje salud-enfermedad-atención, no ya centrado en acciones curativas y reparativas exclusivamente, basadas en un modelo médico-hegemónico, de atención a la enfermedad y hospitalocéntrico, sino que el foco es colocado en la población y en el reconocimiento de sus necesidades y problemas de salud, los cuales inevitablemente van a estar atravesados por una miríada de otros problemas sociales y de otras necesidades que, por la complejidad del contexto local y vivencial, son construidas históricamente y rayan con aquellos problemas y necesidades vinculados a la salud de la gente.

Finalmente, estos procesos de fortalecimiento de la estrategia de APS en el nivel local actúan como elementos facilitadores. En este sentido, Rifkin (2003) señala que la construcción de un “ambiente viable” (*enabling environment*, Rifkin, 2003) está asociada a la existencia a nivel nacional de leyes que aseguran el reconocimiento de los derechos y los problemas de los más vulnerables (reglas de juego formales según Bronfman y Gleizer), de un cambio en las actitudes y comportamientos de aquellos que detentan poder en los procesos de toma de decisiones (reglas de juego informales según los mismos autores), y a la disponibilidad de información para conocer los recursos, las normas que rigen y las decisiones que se toman. La información asimismo empodera a la ciudadanía y le permite participar en el marco de los programas que se implementan en su contexto local y aumenta las posibilidades de que se garantice la sustentabilidad de las políticas que se ejecutan al sumar un recurso más en su haber (*stake*) ahora compartido entre los distintos actores participantes (*stakeholders*) de la política en cuestión (beneficiarios, profesionales, técnicos, políticos, financiadores, etc.)

---

<sup>4</sup> Estos factores condicionantes son equivalentes a los que reconoce Kubal (op. cit.), aunque la perspectiva que adoptan los autores está más vinculado con las condiciones de participación en el marco de un determinado programa.

#### **4. LOS MECANISMOS DE PARTICIPACION SOCIAL EN EL MARCO DEL PROGRAMA REMEDIAR**

El diseño del PR incluye una propuesta de participación social. Esta propuesta se plasmó en el Plan de Participación Social, el cual concibe a la participación ciudadana en salud como “el derecho de los usuarios y/o beneficiarios (personas y/o instituciones), los trabajadores del sector y las autoridades de salud, de participar en espacios de deliberación y concertación, en la planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de los programas sanitarios”. Es decir, ya desde el diseño del Plan se buscó hacer participar a la ciudadanía en el marco del programa. Un análisis del Plan permite distinguir dos niveles de participación. Uno, vinculado a la participación de las OSCs, o participación institucional, y el otro orientado hacia la participación comunitaria a través de las organizaciones de base en el contexto local (usuarios, beneficiarios y profesionales de los establecimientos públicos) fundamentalmente en las áreas de influencia de los CAPS que es donde se reciben los botiquines PR. Retomando algunas ideas que nos planteábamos más arriba, ¿ la forma en que se concibe a la participación influirá en el diseño de los mecanismos para lograrla?.

En este sentido, la propuesta concreta de participación del PR previó ya desde su diseño dos tipos de espacios que intentan contribuir a la transparencia del programa y a la gestión de la salud en el área de influencia de los centros y salas barriales. Estos espacios operan en los distintos niveles de gestión (nacional, provincial, municipal y local), y en las etapas de formulación, implementación y evaluación (monitoreo) del programa. Para ello, se procura que todos los actores tengan su lugar, desde los beneficiarios directos hasta las OSCs. En este sentido, se contemplan cinco instancias de participación y control social: los Consejos Locales de Salud (CLS)<sup>5</sup>; los Consejos Consultivos Provinciales (CCP) y Municipales (CCM)<sup>6</sup>; el Centro de Información y Control de Calidad, y la Comisión Asesora Intersectorial (CAI) a nivel nacional junto con la red de Control Social Directo (CSD) y de Monitoreo Social que opera en el marco de la CAI. Concentraremos nuestro análisis en la CAI.

---

<sup>5</sup> Los CLS son espacios de deliberación, concertación y decisión donde participan trabajadores del equipo del centro de salud, representantes de la comunidad (beneficiarios, ONG confesionales y no confesionales, y referentes de otros programas sociales) y representantes de las autoridades de salud regional y/o municipal. Para promover el desarrollo y/o fortalecimiento de los CLS, el PR incorpora un equipo de Operadores de Campo que son entrenados y provistos de herramientas para esta función por la UEC y actúan en el ámbito específico de cada jurisdicción. Su objetivo es monitorear la ejecución del PR en los CAPS, analizar los problemas que encuentran para la gestión, proponer mejoras para facilitar las tareas -control de stock, seguridad, dispensa de los medicamentos- y evaluar los resultados obtenidos. Los CLS deberían ser también un ámbito propicio para propuestas comunitarias tendientes a optimizar la salud en la zona de influencia de los CAPS.

<sup>6</sup> Estos consejos articulan el PR con estructuras participativas previamente desarrolladas por otro programa, como son el Consejo Consultivo Provincial (CCP) o el Consejo Consultivo Municipal (CCM) del “Programa Jefes y Jefas de Hogar Desocupados”. Su objetivo es promover la incorporación de un representante del área de salud de los gobiernos provinciales y/o municipales en los Consejos Consultivos a fin de sensibilizar e informar en los mismos sobre el PR y la importancia de la participación y el control social. A su vez acuerdan con las OSCs la representación del PR en los Consejos Consultivos.

El diseño pareciera buscar abrir espacios de participación donde no los hubiera al tiempo que busca fortalecer los ya existentes adaptando la implementación del PR a las características del contexto local. Retomando, “pareciera que las características propias del programa influyen sobre los mecanismos elegidos para canalizar la participación de la comunidad –en un sentido amplio que puede ir desde incentivarla, inhibirla o cancelarla”. Veremos cuánto de esto superó el diseño...

## **Comisión Asesora Intersectorial (CAI) -Red de Control Social Directo y de Monitoreo Social-**

### Gestación, funciones y reglas de inclusión y exclusión

La CAI es un espacio de participación social gestado “desde arriba”, integrado por diversos actores desde su creación, algunos a partir del lanzamiento del programa y otros que fueron sumándose con el transcurso del tiempo<sup>7</sup>. La CAI es un espacio creado en el nivel político-institucional, al que fueron convocadas distintas OSCs y funcionarios de las distintas carteras ministeriales. Este espacio de participación ha permitido y permite la circulación de información y experiencias a la vez que canaliza los reclamos y las denuncias hechas por los beneficiarios (CSD).

La CAI permite el reconocimiento de necesidades y el intercambio de estrategias para canalizar las demandas y los reclamos, es por sobre todo un espacio previsto para la presentación de los resultados del CSD y los resultados de los estudios paralelos llevados a cabo por Cáritas y la Cruz Roja. Los problemas que se tratan son aquellos que nacen de los reclamos o denuncias que las organizaciones a nivel local, los propios efectores (CAPS, fundamentalmente) o los beneficiarios en general realizan a los representantes de Cáritas y de Cruz Roja en cada contexto local a través de instrumentos de recolección de la información (grillas de control social directo) diseñados en el marco de la CAI o a través de las visitas que realizan las filiales de ambas organizaciones.

Según surge de las entrevistas realizadas a los consultores del Área de Comunicación y Participación Social del PR, los temas más conflictivos asociados a la operatoria del programa se vinculan con el retraso en las entregas de los botiquines; el desabastecimiento; la falta de flexibilidad del botiquín para adaptarse al cuadro epidemiológico de cada zona; la falta de reacción frente a algunas denuncias; la venta de medicamentos; la entrega de medicamentos en lugares distintos de los efectores autorizados; el cobro de bonos contribución no autorizados en los CAPS para la entrega de medicamentos o para la atención médica; la falta de habilitación de un efector; entre otros. En segundo lugar, se concentran aquellos obstáculos que tienen que ver con la falta de información y el desconocimiento por parte de los profesionales de la salud para la operatoria del programa y por parte de los beneficiarios para su uso (por ejemplo, se debe asistir con el DNI para retirar un medicamento o la consulta hecha en un CAPS no me permite aún con receta retirar el medicamento prescripto de otro CAPS dentro o fuera de la misma región sanitaria); las campañas de difusión han sido deficitarias y su contenido y canal no siempre el óptimo. En tercer lugar, se reconocen problemas vinculados por sobre todo al clientelismo político y la interferencia que esto produce en la efectiva entrega de medicamentos entre los beneficiarios. En este sentido, las OSCs que participan del CSD constituyen un sistema de garantías ante estos reclamos y denuncias de la comunidad.

---

<sup>7</sup> La CAI está compuesta por los Ministerios de Salud de la Nación; de Desarrollo Social; Trabajo, Empleo y Seguridad Social; de Educación, Ciencia y Tecnología; de Salud Provinciales; de los Poderes Ejecutivos Locales; del Consejo Nacional de Políticas Sociales; de la Cruz Roja Argentina; de Cáritas Argentina; UNICEF; la Red Solidaria de Profesionales de la Salud de la Conferencia Episcopal Argentina; la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA).

*“La CAI es un órgano que se crea fundamentalmente para revisar en un principio cuestiones que tenían que ver con la planificación operativa del programa pero más adelante se convirtió en un órgano al que el programa rindió cuentas de cómo era su funcionamiento, y de cómo estaba llegando a la gente y también se constituyó en un órgano de consulta por parte de las organizaciones, de reclamos de la gente y un órgano que permitió un ida y vuelta constante con lo local”<sup>8</sup>.*

*“No somos del BID, o sea, no tenemos intereses de ninguna parte, no somos del Ministerio, no somos de la gobernación, no somos del intendente y no somos del sector de la salud. Somos claramente un tercer sector. Un tercer sector que vamos y preguntamos, bueno, si está mal OCA, bueno, nosotros denunciaremos a los de OCA; si el intendente saca los medicamentos del botiquín denunciaremos a ese intendente. El único interés que nosotros tenemos es que esto funcione y que el medicamento llegue a la gente. Entonces, estamos para escuchar las denuncias que vienen de los beneficiarios, para escuchar las denuncias que vienen del sector salud, de los gobiernos, de las intendencias, del municipio, del ministerio, del operador logístico y del que quisiera venir a plantear una problemática...Nosotros después llevaríamos todos estos temas a la mesa de discusión de la CAI”<sup>9</sup>*

Este reconocimiento de los problemas asociados con la ejecución del programa como así también las acciones de capacitación y promoción implican una necesaria interfaz con las organizaciones de base en el ámbito local. La participación de las OSCs en el marco de la CAI ha estado desde un comienzo definida por la capacidad de “dar respuesta”, su participación ha estado fuertemente asociada a un saber profesional y técnico y a unas capacidades logísticas y estratégicas que permitieran la efectiva implementación del programa. En este sentido, podemos reconocer acciones concretas de participación de las OSCs vinculadas a la CAI: el CSD, la confección del Vademécum para la composición del botiquín reconociendo la experiencia de la OPS y de COMRA en la materia, las acciones de capacitación y de comunicación e información.

A partir de la información que surge de las entrevistas a los actores participantes de la CAI, la gestación de este espacio de participación fue exigida por mandato del BID, es decir externamente y por encima de las decisiones tomadas por los diseñadores locales del PR, en un contexto signado por la emergencia económica y sanitaria y la incertidumbre que traía aparejada la fragilidad político-institucional que atravesaba el país. Al decir de la representante de la Cruz Roja, Paula Frutos,

*“Cuando se produce la crisis del 2001, para que le permitan el traspaso de fondos, el BID exigía que dos ONGs de renombre o con bastante peso, dentro del país, realizaran alguna metodología de control. En aquel momento lo que las autoridades del PR habían diseñado era más o menos la idea de lo que iba a ser la CAI: una o más ONGs que participaran mensualmente de una reunión en donde ellos nos pudieran contar todos los avances de todo lo que se había hecho y nosotros avaláramos o pidiéramos explicaciones sobre los temas que se nos informaran”.*

---

<sup>8</sup> Entrevista Andrea Casabal responsable del Área de Participación y Control Social del Programa Remediar; Mercedes Cabanas, consultora de la misma área y Silvia Pachano a cargo del área de difusión y comunicación del Programa Remediar. Miembros de la CAI del Programa Remediar.

<sup>9</sup> Entrevista a Paula Frutos, Cruz Roja Argentina (Filial San Fernando). Miembro de la CAI del Programa Remediar.

Justamente Cruz Roja y Cáritas fueron las dos OSCs convocadas para que lleven a cabo el CSD en relación con la ejecución del programa en todo el país.

*“(…) hay que entender que este es un programa que nace en un momento de emergencia, no había tiempo de hacer una convocatoria demasiado minuciosa en cuanto a quién iba a representar a esa sociedad civil, entonces se decidió convocar a dos grandes instituciones que son Cáritas Argentina y Cruz Roja Argentina, las dos porque tenían experiencia en el tema de gente en situación de pobreza los cuales iban a ser los principales beneficiarios de este programa. Y, por otro lado, esta posibilidad que tienen de llegar hasta el último rincón del país(…)”<sup>10</sup>*

El diseño del Plan de Participación Social se vio condicionado no sólo por las exigencias del Banco sino por la situación de crisis y emergencia social y sanitaria que atravesaba el país hacia finales de 2001; la falta de credibilidad hacia los gobernantes –hecho este que de algún modo fortaleció la idea de sumar a la sociedad civil al programa logrando una mayor legitimidad; una sociedad civil interesada en empezar a participar y desempeñar un rol de contralor en la ejecución de las políticas públicas; la inclusión dentro del programa de actores que históricamente fueron impulsores y promotores de la participación social (tales como Cáritas o Cruz Roja) y la buena predisposición y compromiso de las entidades participantes.

Así, las reglas de inclusión y exclusión de los actores sociales a participar de la CAI<sup>11</sup> estuvieron íntimamente asociadas al contexto de emergencia, de crisis económica y político institucional que vivía la Argentina y este contexto “no daba tiempo para convocar a demasiadas organizaciones” tal como rezaba el argumento sostenido por casi la totalidad de nuestros interlocutores, es decir la idea de construir un “órgano abierto permanente” o que la CAI quedara “(…) abierta a la posibilidad de nuevas incorporaciones” (Acta CAI del 03/07/2002) sólo existió en la letra del Plan. No se hizo una convocatoria a todas las organizaciones, ni tampoco se hizo una intensa difusión de su existencia como para que, aquellas interesadas en participar, lo hicieran. La etapa de conformación se dio por cerrada pasadas cuatro reuniones ya que, como argumenta uno de los entrevistados, al sumarse en cada reunión un nuevo actor, “teníamos la sensación, quizás errónea, de que siempre estábamos empezando de nuevo”. Así, la CAI convoca a las organizaciones en un proceso cerrado y excluyente. Quizás ante la situación de grave emergencia sanitaria que vivía el país se optó por cerrar el juego a los efectos de que la eventual incorporación de nuevos actores no entorpeciera el lanzamiento del programa o dilatara sus tiempos.

De todos modos, surge de la información relevada el hecho de que siempre hubo voluntad política y del cuerpo técnico del programa de que la CAI fuese un espacio multisectorial. Lo que ocurrió es que no siempre los demás sectores, fundamentalmente los político-institucionales, reconocieron la importancia del programa, ni asumieron la responsabilidad de asistir con regularidad a las reuniones o de pensar en propuestas que permitiesen articular el programa con aquellos de sus propias carteras. Tal es el caso de los representantes de los Ministerios de Educación y Trabajo quienes tuvieron una presencia efímera en la Comisión, sujeta también a los permanentes cambios de

---

<sup>10</sup> Entrevista Andrea Casabal responsable del Área de Participación y Control Social del Programa Remediar; Mercedes Cabanas, consultora de la misma área y Silvia Pachano a cargo del área de difusión y comunicación del Programa Remediar. Miembros de la CAI del Programa Remediar.

<sup>11</sup> Es necesario establecer una diferencia entre, por un lado, las reglas de inclusión y exclusión que se definieron implícita o explícitamente para la incorporación de nuevos actores sociales y político-institucionales para formar parte de la CAI, y por otro lado, los criterios para la elegibilidad de efectores, es decir de los beneficiarios de los botiquines que luego dispensarían los medicamentos entre la población beneficiaria. Para este último caso los criterios fueron técnicos y vinculados al cumplimiento de determinados requisitos exigidos también por el BID y consensuados en la CAI.

gestión que quitaron continuidad a los proyectos intersectoriales. En el caso de Educación es claro que la importancia de su incorporación se refería al potencial que tienen las escuelas como agentes replicadores de políticas de prevención y promoción de la salud de los niños y sus familias. Pero si tenemos en cuenta el eje por el cual pasa el CSD implementado por el programa, quizás Educación no encontró un “incentivo” para permanecer en un programa que, en la actualidad, no está promocionando la estrategia de APS fomentando una participación activa de la comunidad en el ámbito local. Con la cartera de Trabajo la articulación se estableció a partir de la participación de los beneficiarios del Plan Jefas y Jefes de Hogar Desocupados en la operatoria del programa en los CAPS.

Así pues, una primera característica que tiene la participación en el marco de la CAI está referida al ejercicio del control. Este control opera en dos diferentes niveles: uno en red, impulsado por las OSCs y los actores político-institucionales que conforman la CAI, y el otro por la propia comunidad en su contexto local, cuyos reclamos y denuncias como usuarios del sistema público de salud y como beneficiarios del programa permiten las continuas correcciones y ajustes hechos sobre la ejecución del PR, dando lugar este espacio a una interfaz entre los dos niveles, macro y micro.

Ahora bien, si la CAI representa un espacio de participación de las OSCs y de actores político-institucionales cuyo principal cometido es controlar la ejecución de un programa de provisión pública de medicamentos, ¿qué espacio le queda a esta comisión para llevar a cabo acciones concretas que permitan el fortalecimiento de la estrategia de APS, objetivo este que, como vimos, se plasma en el diseño del Plan de Participación Social y que forma parte del fin último por el que existe el Programa de Atención Primaria de la Salud (PROAPS) del cual es parte? En principio, hemos podido reconocer que bastante poco. Resulta que este espacio opera como un órgano de contralor de la ejecución del programa en cuyo caso la participación de las organizaciones que lo componen es instrumental a los fines del programa obteniendo de la población beneficiaria la colaboración necesaria para su ejecución. Es decir, dos niveles de participación instrumentales que se complementan.

Pero, el PR se ha propuesto en su diseño la conformación de CLS en al menos el 30% de los CAPS participantes. Desde la CAI los actores sociales han manifestado su interés en promover el funcionamiento de los CCP y Municipales CCM en el marco del Programa Jefas y Jefes de Hogar Desocupados. Sin embargo, muy poco de esto se ha logrado. El diseño del PR plantea a través de su Plan de Participación Social, espacios de participación que como los CLS, CCP, o los CCM fortalecerían una “participación poder” que complemente la “participación instrumental”. Asimismo, retomando a Bronfman y Gleizer, “se diseñan formas de participación que permiten la provisión de información acerca de las necesidades y preferencias de la comunidad” a través de canales que reciben las denuncias y reclamos como así también diseña mecanismos de “participación instrumental” a través de acciones concretas de trabajo administrativo llevado a cabo por ciudadanos que gozan de planes sociales y quienes deben donar su tiempo a cambio de 150 pesos. Estos hombres y mujeres que participan en un grado que OPS definiría como de “cooperación”, son recursos que le permiten al programa hacer que el mismo llegue a la población beneficiaria.

Sin embargo, una vez más, la participación solicitada no superó el reclamo, la denuncia, el trabajo administrativo (utilización y cooperación, participación instrumental) y se desdibujaron esos objetivos que se diseñaron en el Plan de Participación Social de crear espacios de concertación entre los ciudadanos o de fortalecer los ya existentes. Según la entrevista hecha a los consultores del Remediador, ellos mismos reconocen que,

*“Fueron prácticamente inexistentes los casos en donde se formaron Consejos Locales de Salud promovidos por el PR, desde PR no se hizo nada para que esto ocurriera. Es decir, para*

*fomentarlo. Esto quedó en palabra escrita en los convenios. Entonces, hubo una provincia que porque se tomó muy en serio lo que decía el convenio trabajó en ese sentido y armó los consejos locales a su manera, el resto nada...”; “(...)PR no hizo ninguna estrategia, no insistió en este tema, no estuvo atrás, no llevo ninguna estrategia específica, murió”.*<sup>12</sup>

### La capacitación como una acción concreta de participación

En relación a las acciones de capacitación se han establecido diferentes escalas: a las autoridades sanitarias en las provincias y municipios, a los profesionales médicos y no médicos de los CAPS, a los voluntarios de Cáritas y la Cruz Roja en las filiales en todo el país y a la comunidad en general.

*“Al principio la capacitación era fundamentalmente operativa y relacionada al programa. O sea, este es un programa que tiene un montón de pasos muy estrictos, entonces las primeras capacitaciones eran fundamentalmente sobre esto, había un módulo muy pequeño que tenía que ver con el tema de participación social, porque aprovechábamos esos talleres donde se bajaba todo el tema de la cosa operativa del PR para contar qué era esto de las organizaciones de la sociedad civil participando del programa”*<sup>13</sup>

Luego de una primera etapa de capacitación más vinculada a cuestiones operativas, sobrevino la capacitación a los profesionales médicos y no médicos de los CAPS y a la población en general. El Ministerio cede un lugar y empiezan las propias OSCs de la CAI a participar de los procesos de capacitación. Así, la Cruz Roja y Cáritas capacitaron a todos sus voluntarios y la COMRA focalizó su atención sobre la capacitación del profesional.

*“Nosotros somos una organización sin fines de lucro con representación en prácticamente todo el país, somos una organización que representa a los médicos. Nuestra entidad es la que ha hecho el Formulario Terapéutico Nacional y este formulario lo toma el PR para hacer su listado básico de medicamentos y para implementar a través de este listado lo que serían las pautas de prescripción necesarias que tiene que tener el profesional. Entonces, yo creo que a partir de allí nos invitan a nosotros, y como nosotros siempre hemos hablado del uso racional del medicamento, entonces nos involucramos desde ese lugar. Y posteriormente favorecemos todas las acciones que promuevan el uso racional del medicamento, tanto para los talleres que se implementan como para el uso de los medicamentos en cada uno de los CAPS. ¿Por qué?, porque cada médico viene de distintas universidades, con distinta formación en donde por ahí los tratamientos son acertados pero varían en cuanto a cuál es el medicamento más oportuno...”*<sup>14</sup>

Este tipo de capacitación más técnica tiene un impacto directo sobre la efectividad en cuanto a la prescripción y al uso racional de los medicamentos que vienen en los botiquines y la participación en estas actividades de capacitación requiere de saberes técnicos que ubican a las corporaciones profesionales en un lugar distinto al de la comunidad en general al participar en salud.

*“Yo creo que con las actividades de capacitación se está logrando que la gente que trabaja en los CAPS vaya familiarizándose con el programa, que tenga una mayor receptividad a entender cómo es la temática y que no es un mero formulismo de llenarme una planilla más, sino que en esto está en juego la salud de 15 millones de personas. Bueno, cuanto más entiendan cómo es el programa*

---

<sup>12</sup> y <sup>15</sup> Entrevista Andrea Casabal responsable del Área de Participación y Control Social del Programa Remediar; Mercedes Cabanas, consultora de la misma área y Silvia Pachano a cargo del área de difusión y comunicación del Programa Remediar. Miembros de la CAI del Programa Remediar.

<sup>14</sup> Entrevista al Dr. Ricardo Coronel, Director de la COMRA. Miembro de la CAI del Programa Remediar.

*más efectividad van a tener.””Nosotros en realidad actuamos más a demanda: en aquellos lugares donde se nos demande para que haya una mayor información, que el voluntario de Caritas tiene que llegar a donde hace la auditoría, el control social, nosotros colaboramos con nuestros profesionales.”<sup>15</sup>*

Según lo que se desprende del análisis documental, se ha planteado reiteradamente (Actas 09/08/2002; 10/09/2002; 05/03/2003; 02/04/2003; 07/05/2003) la necesidad de fortalecer la capacitación no sólo como un mecanismo válido de participación de las OSCs para la ejecución del programa sino para la consolidación de la estrategia de APS. Inclusive, se propuso “(...) *la creación en el ámbito de la comisión, de un grupo ad hoc que se convierta en espacio para el debate sobre la capacitación como instrumento para la unificación y consolidación del discurso de la organización de la APS en la Argentina, poniendo énfasis en la importancia estratégica creciente de este componente, no sólo en la ejecución del PR, sino hacia el interior del Ministerio en la articulación entre programas*” (Acta 05/03/2003). También se ha propuesto la organización de talleres de capacitación para los voluntarios de las instituciones que están llevando a cabo el CSD, de manera de lograr que en esa instancia también se pueda brindar capacitación a los centros.

Según esa misma Acta estas acciones de capacitación se complementan con otras de sensibilización llevadas a cabo por la Subgerencia de Comunicación y Participación en la primera etapa de ejecución del PR, las cuales resultaron en un “*amplio compromiso y adhesión por parte de los CAPS efectores*” a la vez que poseen un carácter estratégico dado que con estas acciones de capacitación y sensibilización se espera resolver en gran parte las irregularidades en la ejecución, y se logre reforzar la estrategia de APS, utilizando al PR como vehículo para ese fin<sup>16</sup>. En este sentido, el diseño del programa prevé montar un esquema de capacitación e información de cómo debe funcionar la APS, reflatando el PROAPS original y generando una especie de CAI que tenga la competencia de dar crédito a cursos, propuestas, subsidios y becas que ella misma organice. Sin embargo, estas acciones aún no se han implementado.

Finalmente, las situaciones de emergencia tal como la ocurrida en Santa Fe producto de las inundaciones en dicha provincia, han generado la oportunidad de hacer docencia, teniendo en cuenta que allí estuvo centrada la atención de la población, recalcando además la importancia de explicarle a la gente cómo debe actuar en pos del resguardo de su salud y de la salud de la población en general. A partir del aprendizaje logrado en el marco de los operativos de rescate en la provincia de Tucumán primero y Santa Fe después, se pensaron en mecanismos de respuesta para situaciones de este tipo, con el objeto de lograr, de manera articulada, celeridad y eficiencia por parte del Estado y la sociedad civil.

#### La comunicación y la difusión de la información

Otra de las acciones de participación está vinculada al rol que tienen las OSCs como difusoras y repicadoras del “flujo de información sobre el programa” para que la comunidad conozca el programa y que al conocerlo, se acerque al CAPS y con la entrega del medicamento, mediada por una consulta médica, se fortalezcan acciones de promoción y prevención de la salud. Se buscaba que el acceso a los medicamentos fuese un “gancho”, “la zanahoria” que permitiese incentivar a la

---

<sup>15</sup> Entrevista al Dr. Miguel Ciorciari, Red Solidaria de Profesionales de la Salud, Departamento Laico de la Conferencia Episcopal Argentina. Miembro de la CAI.

<sup>16</sup> En este marco, en los documentos analizados se expresa la voluntad del Programa de utilizar el botiquín del PR como “Caballo de Troya” para un plan más ambicioso de APS, articulado con otros programas tales como *Promotores Sanitarios, Escuelas Saludables, Municipios Saludables, Seguro Materno Infantil*, entre los principales, para lograr, coordinadamente, instalar una visión compartida de la APS. Asimismo, otro de los objetivos del Programa es crear en un “PR Hospitalario”, de nivel intermedio, con un botiquín especialmente diseñado, atendiendo sin embargo a que el objetivo principal no es universalizar el acceso sino complementarlo.

comunidad a que participe en salud. Esta acción de participación se materializa de diversas maneras. Una de ellas es a través de la puesta en marcha de reuniones en las que participan no sólo los responsables de los CAPS y demás profesionales y/o trabajadores de la salud en el ámbito local, sino representantes de instituciones de la sociedad civil y autoridades gubernamentales locales. Sin embargo, una vez más, estos espacios que conformarían, en el mejor de los casos, los CLS representan hoy una asignatura pendiente.

Pero sin información no hay participación. Si la comunidad no conoce el programa o, si al conocerlo y acercarse al CAPS, no se implementan mecanismos que impliquen necesariamente la construcción de un flujo de información que capte la atención del beneficiario y que le permita conocer algo más de que recibir gratis los medicamentos, no se está brindando una oportunidad para participar. Según consta en una de las actas (Acta 07/05/2003), otro mecanismo que se propuso para fortalecer ese flujo de información fue la publicación científica o de boletines mensuales de APS (que de hecho desde julio de 2003 se distribuyen en los CAPS bajo la denominación “Atención Primaria de la Salud” Boletín PROAPS-PR con un tema central en cada uno de ellos). Nos preguntamos si estos canales efectivamente conducen a un mayor flujo de la información, o por lo menos de aquella información más sustantiva, que permita la “reacción” de la comunidad local y despierte el interés por participar o si, por el contrario, estos canales elegidos cierran las vías para la inclusión. Quizás otra regla de inclusión/exclusión esté vinculada al dominio de determinados saberes ya que para entender dichos boletines no sólo se necesita saber leer, sino que son necesarios conocimientos científicos y técnicos para “metabolizar” la información. Esto se traduce, sin más, en una limitación de recursos para participar e influir en la toma de decisiones. De este modo, antes que promoverla, la oferta de espacios de participación está siendo inhibida. A esto debemos sumarle el énfasis puesto sobre la necesidad de profundizar la publicación de la información a través de la página de Internet del Programa, una vía con un acceso aún muy limitado en nuestro país que profundiza la exclusión.

*“El común de la gente no tiene acceso a la información. Los boletines que salen de PR llegan al CAPS y son para el equipo de salud, para los profesionales. El tema del boletín es información que tiene que ver con el uso racional de los medicamentos y está dirigida a los profesionales de la salud y está pensada como un complemento de la capacitación que reciben”*

*“Pero el otro flujo de información, el que va para la comunidad en general, solamente [se ha canalizado] a través de las campañas masivas de difusión durante los meses de marzo y abril, que se dio a conocer qué era el programa, en qué consistía y cómo podía acceder al medicamento. El PR no es el ejemplo del programa que difunde su metodología... Porque es un programa que tiene déficit de información y difusión... nosotros lo vemos constantemente en la gente que llama, el desconocimiento de cómo opera el programa básicamente. La gente no sabe...”*

*“Lo que se hizo un poquito, pero te digo, también fue poco, fueron los folletos que iban en los botiquines PR al principio, folletos informativos...y comics...esto fue muy poco... bastante restringida la tirada. Pero los primeros folletos informativos sí se distribuyeron en todos los centros de salud, en todos los consejos consultivos, porque ahí aprovechamos todo ese contacto que teníamos y en todas las Cáritas, en todas las diócesis se les hizo llegar y eso se distribuyó. Pero fue una vez. Eso es una cosa que necesitaría continuidad...”<sup>17</sup>*

La deficiencia que desde el nivel central se observa en el flujo de información respecto del programa o del cronograma de entrega de botiquines, información esta que es de suma importancia

---

<sup>17</sup> Entrevista Andrea Casabal responsable del Área de Participación y Control Social del Programa Remediar; Mercedes Cabanas, consultora de la misma área y Silvia Pachano a cargo del área de difusión y comunicación del Programa Remediar. Miembros de la CAI del Programa Remediar.

para que la comunidad conozca cuándo llega el botiquín y así acceda al CAPS, como así también información más sustantiva respecto de la importancia de los controles, la vacunación, la prevención, está suplida por el trabajo que los voluntarios de Cruz Roja o Cáritas realizan mano a mano con la comunidad en las zonas de influencia a los CAPS, dado que son ellos mismos los que tienen trabajo o se atienden en el CAPS, o viven al lado y brindan la información necesaria a los usuarios del centro. Este flujo de información también se articula con el rol que cumplen los Jefes y Jefas de Hogar o las Comadres y Manzaneras.

*“El boca en boca hay veces que ayuda mucho más que poner afiches o gastar en boletines. Yo creo que en realidad el problema no pasa por el contenido del boletín, sino qué pasa cuando ese boletín llega al CAPS. Creo que ahí está el problema. El boletín o la información en él no se socializa cuando llega. Una vez que llegó al director del CAPS, ese boletín lo leyó, lo guardó, se lo llevó, le resulta interesante, lo tiró, lo usó para tapar el agujero de la ventana, pero no lo “baja”. Entonces, en definitiva llega a dos o tres. Yo creo que la falta de información sigue estando pero no por el nivel que tenga el boletín sino porque no le llega a todos los que le tiene que llegar... Hay muchos medios de información de PR, el 0 800, la pagina web, el call center, tenés el boletín, a las ONGs, a la gente de los centros de salud que te tendrían que brindar información, pero ninguno de todos estos medios, partamos de esa base, va a tener el impacto o el auge que tiene la campaña masiva de información. Me parece que no están pensados los mecanismos, de hecho los hay y los que están son muy buenos, el boletín es muy bueno, la pagina es muy buena, está permanentemente actualizada, el call center también. Pero no se si son los suficientemente efectivos para la totalidad de los beneficios. Y, por sobre todas las cosas, está que lo que vos le mandes a los centros de salud no siempre les llega. Nosotros mandamos afiches, trípticos, un montón de información y cuando vos vas a visitar el CAPS no te encontras nada ahí. No hay muchas veces un afiche pegado. Entonces, “¿Por qué no hay un afiche pegado?”, la respuesta del director del CAPS es, “los medicamentos que me mandan no me alcanzan. Si yo pongo medicación gratuita, cuando se me abarrote el centro de salud yo con qué le voy a dar una respuesta a la gente”. A su vez no todos los CAPS recibían botiquines al principio, entonces decían “si yo pongo un cartel que reparto medicamentos y el CAPS que tengo más cercano no reparte medicamentos todos los de ese centro de salud se me van a venir a atender acá y yo no voy a poder dar respuesta”. Ahora [ya los botiquines] llegan a todos los centros de salud. Entonces, se supone que si llegamos a todos los centros de salud, no deberíamos tener más esa problemática. [Sin embargo,] ahora la problemática es “no me alcanzan”...”<sup>18</sup>*

Por otro lado, las campañas de comunicación y difusión del PR no se pensaron desde la CAI sino que fue el área de prensa a nivel central que decidió el qué, el cómo y la frecuencia de la emisión.

*“El PR no es el que pensó qué tipo de propaganda hacía, sino que la campaña la pensó, desde el Ministerio de Salud, el área de prensa. Si hubiéramos nosotros pautado la publicidad, hubiera sido más clara, menos llamativa y más dirigida a la población objetiva. Y en realidad fue muy corta, masiva, un mes y punto, nunca más se habló. Hasta habíamos pensado hacer divulgaciones en las plazas a través de los medios locales. En un momento todo lo que tiene que ver con difusión era un componente del programa y estaban los fondos, la financiación para [el mismo] y todo lo que era campaña de prensa, radios locales se había pensado, se iba a contratar inclusive a una agencia para que haga todo este trabajo desde el PR. [Pero] en un momento dado, hubo un cambio de opiniones, [y se] decidió que todo lo que tuviera que ver con prensa tenía que pasar por una oficina del Ministerio de Salud y no ser independiente de cada programa. Porque PR no se podía*

---

<sup>18</sup> Entrevista a Paula Frutos, Cruz Roja Argentina (Filial San Fernando). Miembro de la CAI del Programa Remediar.

*cutar solo y hacer su campaña. El tema estuvo mucho más sujeto a las decisiones políticas...De ese componente de difusión del programa nada quedó...”<sup>19</sup>*

Tal como nos informan los testimonios, más allá del mensaje confuso que hacía creer a la población que con el PR se podía acceder a cualquier medicamento, hecho este que no es cierto, las campañas masivas aumentaron la afluencia a los CAPS y aumentaron en los meses de difusión las denuncias y reclamos.

***“(...) la campaña no fue ni lo suficientemente reiterada ni lo suficientemente específica como para que la gente entienda de qué se trataba...yo veo a la gente que me pregunta y no sabe qué es el PR. Me parece un pecado que aquel que necesita acceder a un centro de atención para obtener un medicamento porque sino no lo tiene, no tenga la información suficiente o ni si quiera sepa de la existencia del programa (...)”<sup>20</sup>***

El flujo de información, la comunicación por definición, implica un ida y vuelta. A partir de algunos testimonios pareciera ser que los flujos de información no están reconociendo las particularidades locales. Este es un mal que históricamente ha traído consigo la implementación de programas diseñados desde el nivel central con una extrapolación acrítica a los contextos locales. Pareciera, según varios de los testimonios, que la visión que tiene el programa es la de la Capital o del Gran Buenos Aires, y esto dificulta el reconocimiento de las dificultades de accesibilidad que padece una gran parte del resto del país. Tampoco pareciera que sirva de mucho la sobreestimación que se hace de la información vía Internet, o a través de ATC si en algunas comunidades ni llegan los canales de televisión. Sobre estos temas retomamos algunas interesantes consideraciones de uno de nuestros entrevistados.

*“PR lo ve muy desde la óptica desde un lugar como es Capital Federal, que siempre esa óptica ha ejercido un sesgo muy grande de lo que es la realidad del país. Eso ha sido para mí y es el error y, por ahí el temor que nosotros siempre hemos tenido cada vez que se implementó algo desde Nación hacia fuera, y decir “no, centralizado!, desde allá qué pueden saber”. (...) el programa nació para mí muy bien, sigue bien, pero tiene que demostrar que puede revitalizarse con la información de la gente del interior y responder a sus demandas. Y eso se hace con la información, con el ida y vuelta, con que la gente que está en el último rincón del país sepa que su información fue recibida (...)”*

*“Yo he estado en una zona muy inhóspita cuando empecé y lo que yo siempre pensé, y yo me pongo en el lugar de los médicos esos, es: “lo que yo hago, ¿sirve o no sirve?, ¿a quién le importa?”. Entonces, yo creo que con que uno le haga saber a ese médico en su centro de atención “usted atendió tales pacientes, están bien medicados, están bien atendidos, los diagnósticos coinciden con lo que usted indica”, resulta un estímulo para ese médico mucho más allá de toda la propaganda que se puede hacer del PR.(...)”<sup>21</sup>*

### Interfaz macro-micro

Cuando las OSCs brindan información y capacitan están construyendo espacios de articulación entre los niveles micro y macro, es decir entre el contexto local y el nivel central. Esta interfaz

---

<sup>19</sup> Entrevista Andrea Casabal responsable del Área de Participación y Control Social del Programa Remediar; Mercedes Cabanas, consultora de la misma área y Silvia Pachano a cargo del área de difusión y comunicación del Programa Remediar. Miembros de la CAI del Programa Remediar.

<sup>20</sup> Ibidem

<sup>21</sup> Entrevista al Dr. Ricardo Coronel, Director de la COMRA. Miembro de la CAI del Programa Remediar.

estuvo, para el caso del PR, concentrada casi exclusivamente en resolver “cuellos de botella” de tipo operativos y logísticos y sólo en algunos pocos casos buscó aprovechar la provisión de medicamentos como un incentivo para fomentar y fortalecer los procesos de participación de la comunidad en el terreno de la salud a través de los espacios que se habían diseñado. Pareciera ser que, aún existiendo la voluntad y la plena convicción de que tales espacios son fructíferos, la estrategia de fortalecer los espacios de participación local en salud han sido, desde la CAI, muy débiles y no se han diseñado, y menos aún ejecutado, estrategias para movilizar a la comunidad a participar en el ámbito local, vía el PR u otras formas escudadas detrás del programa, máxime teniendo en cuenta que el programa es parte del PROAPS.

Aquí está en juego la “oferta de oportunidades de participación creadas desde el gobierno” ya sea fortaleciendo iniciativas autogestadas por la comunidad o bien tomando la iniciativa a través del incentivo que representa el medicamento como “excusa” para acceder a la salud y promover espacios participativos como los CLS.

Tal como surge de la información relevada, la creación de espacios de participación como los CLS ha sido siempre una iniciativa que nace desde el ámbito local. En aquellos casos en que no se reconocen procesos autogestivos de participación comunitaria en salud el PR ha mantenido una débil interfaz con los ámbitos locales, sin fomentarlos. Los pocos mecanismos reconocidos por nuestros interlocutores se refieren a talleres que no tuvieron continuidad y que sólo funcionaron espasmódicamente. Desde la visión de algunas OSCs, Cáritas y la Cruz Roja principalmente, en todos los lugares donde están conformados y funcionan los CLS, o espacios equivalentes de participación comunitaria en salud, si es que hay una filial de dichas organizaciones, la misma es convocada para participar. Sin embargo, en muchos casos se desvirtuó el sentido de ese espacio autogestado y fue absorbido por estructuras políticas con prácticas clientelares. Este factor de inhibición y hasta de cancelación genuina de la participación en el campo de la salud está asociado al manejo discrecional que punteros políticos o militantes partidarios hacen de los programas de salud que se implementan en el nivel local y la interferencia que se produce en los procesos de toma de decisiones de los actores sociales originariamente involucrados. Volveremos sobre este tema.

*“(…) yo como Cruz Roja no me quise meter ahí. Entonces, yo tomé la determinación de dejar de participar...Nosotros como Cruz Roja tenemos mucha convocatoria [e] indefectiblemente se van a tratar de agarrar de las organizaciones de mayor peso que tengan al alcance para poder armar algo. Las organizaciones como la nuestra tenemos como un paraguas protector tan grande que mucha gente se quiere poner abajo para no mojarse. Es como que si yo te convoco a una reunión y vos no me conocés, entonces decís “para qué me está convocando”, pero si vos sabés que yo formo parte de un partido político y tengo una tendencia ideológica, vos sabés indefectiblemente que yo a través de lo que quiera hacer te voy a tratar de influenciar. En cambio, si yo te digo “no soy yo sólo el que te convoco, por lo menos viene Caritas, Cruz Roja, la directora de la escuela, el director del hospital, la directora del CAPS, las organizaciones del barrio, y viene todo otro montón de gente, te da a vos la seguridad de que en cuanto vos veas algo que no te gusta, vos no vas a ser el único que lo va detectar. Y que podés llegar a tener el respaldo de toda esa gente, de decir, “no, momentito, yo acá vengo a tratar los temas que son inherentes al consejo consultivo, no de cómo ganamos las elecciones dentro de un mes”. “Yo no voy a venir a pegar pasacalles. Yo voy a ir a sacarle piojos a un pibe de la villa o a cuidar de la salud de la embarazada o alcanzarle los remedios. Porque eso es para lo que vine (...)”<sup>22</sup>*

---

<sup>22</sup> Entrevista a Paula Frutos, Cruz Roja Argentina (Filial San Fernando). Miembro de la CAI del Programa Remediar.

Los mecanismos de participación diseñados por el PR van en línea con muchas de las estrategias promovidas desde la OPS y la OMS para distintos países de la región con el propósito de fortalecer la APS. Al igual que aquellos programas que a cambio de la entrega de leche en un plan materno-infantil logran que la madre acceda al primer nivel de atención y pueda hacer controlar a su hijo, el objetivo planteado en el Plan de Participación Social del PR buscaba que con la entrega de los medicamentos la comunidad se acercara al CAPS y pediera ser controlada (ya que para la prescripción del medicamento se requiere de una atención médica previa), y hubiera un reconocimiento de la población que es atendida. De este modo, las autoridades sanitarias conocen e informan a la comunidad acerca de cuál es el diagnóstico sanitario que realizaron y cuál es el cuadro epidemiológico de su zona. Y a partir de allí sigue una tarea que exige el involucramiento de la comunidad, la interfaz entre las autoridades sanitarias y los líderes comunitarios o los agentes de salud quienes, al conocer a la gente de su propia comunidad, se involucran con ellos como pares en los procesos de capacitación o replicación de información.

El PR, como ya hemos notado, se ha mostrado débil en esta interfaz y debiera profundizar los lazos con la comunidad local, a partir de un reconocimiento conjunto de cuáles son las patologías prevalentes y reales que tiene cada comunidad y, con la asistencia profesional local, capacitar y repicar información, no sólo sobre el uso racional de medicamentos -ya que no todo se soluciona con remedios- sino articuladamente con otros programas y hasta interjurisdiccionalmente (por ejemplo, educación) promoviendo pautas culturales que, como la alimentación, la higiene, la salud sexual y reproductiva, entre otras, hacen a la prevención y la promoción de la salud y conforman el núcleo de la estrategia de APS. “¿De qué sirve la APS si yo no enseño primero cómo debe comer un hipertenso, antes que darle la medicación para normalizarle su presión; o que se deben sacar todas las chatarras que acumulan agua antes de darle la medicación para bajarle la fiebre producida por el dengue?”<sup>23</sup> Sólo a través de la información y de la capacitación se empodera a la comunidad y sólo una comunidad informada puede participar en los procesos de toma de decisiones que le permitan construir salud socialmente.

La infraestructura social condiciona la participación. La articulación con otros espacios de participación comunitaria también son ámbitos propicios para el fortalecimiento de la estrategia de APS. Tal es el caso de los comedores en los que, por ejemplo, las voluntarias de Cáritas promueven una campaña de prevención del cólera, o una campaña de prevención del mal de Chagas o las tomas de tallas para la detección de niños desnutridos. Las escuelas y las parroquias también son espacios facilitadores para insistir sobre la necesidad de concurrir a los centros para realizarse un control. Estas acciones de participación son fomentadas por los voluntarios de las mismas organizaciones que conforman la CAI, si lo hacen al tener ya la experiencia y las capacidades instaladas, ¿por qué no hacerlo entonces también en el marco de la implementación del Programa?

## **5. FISONOMÍA DE LA PARTICIPACION COMUNITARIA EN UN ESTUDIO DE CASO A NIVEL LOCAL. INTERFAZ CON EL PROGRAMA REMEDIAR**

---

<sup>23</sup> Entrevista al Dr. Ricardo Coronel, Director de la COMRA. Miembro de la CAI del Programa Remediar.

## Contexto sociodemográfico<sup>24</sup>

El estudio de caso se refiere al análisis en relación a la participación comunitaria en salud en el área de influencia del CAPS “Dra. Miranda Norgren” (Efector PR 02359) ubicado en el Barrio de Villa Caraza en la localidad de Lanús, Conurbano Bonaerense.

Pobreza: El 72% de la población de Lanús es pobre. Según el criterio de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), aquel que determina situaciones de pobreza estructural, el 32% de la población residente en los barrios seleccionados en Lanús es pobre. Si se considera el criterio de línea de pobreza, el cual considera el nivel de ingresos per cápita de los hogares, el 69% de la población de los barrios seleccionados en Lanús es pobre, es decir, no alcanza a cubrir la Canasta Básica Familiar. Dentro de los pobres por ingresos, se registra una franja cercana al 26% que son indigentes, es decir, personas que viven en hogares cuyos ingresos per cápita no permiten solventar la Canasta Básica de Alimentos. Al combinar ambos criterios de medición de la pobreza, se observa que el 31.5% de la población seleccionada que reside en los barrios seleccionados en Lanús es pobre por tener NBI y también por tener ingresos por debajo de la línea de pobreza.

Asistencia y empleo: Una importante parte de la población residente en el área de intervención recibe asistencia del Estado a través de programas sociales de ayuda alimentaria (25%) y/o de empleo (33%). Entre quienes se definen como jefes de hogar (17% de los residentes que conforman la población seleccionada en Lanús), el 73% está ocupado y el 21% está subocupado. Es importante señalar que entre los primeros tiene incidencia la ocupación en actividades vinculadas a la percepción de planes Jefes y Jefas de Hogar (el 25% es jefe de hogares que reciben dicho plan). La desocupación es significativa entre el resto de los beneficiarios que integran la Población Económicamente Activa (PEA): alcanza al 28% de la población; mientras que el 37% está subocupado.

Educación: El 17% de la población seleccionada de Lanús tiene el nivel primario incompleto como máximo nivel de escolaridad alcanzado, y una proporción levemente superior (23%) completó los estudios primarios.

Cobertura médica: El 68% de la población en el área seleccionada no posee obra social, mutual o prepaga, por lo cual deben recurrir a la oferta del sistema público para atender su salud (CAPS u hospital público). Según la información relevada, cerca de la mitad de la población seleccionada (49%) realiza sus consultas médicas con más frecuencia en los centros de salud del barrio. Por otra parte, el 28% concurre al hospital público de referencia por consultas médicas. Sin embargo, casi un cuarto de la población seleccionada (23%) declara no realizar consultas ante inquietudes sobre su salud. Ello hace suponer que si bien una parte importante de la población beneficiaria aduce recurrir a centros de salud u hospitalarios para recibir algún tipo de atención médica, en general ello ocurriría frente algún síntoma de enfermedad antes que para recibir información preventiva.

## Ubicación e infraestructura social

---

<sup>24</sup> La caracterización sociodemográfica que aquí se incluye responde a los resultados de la línea de base elaborada por la Fundación Huésped para Villa Caraza, Lanús en el marco del “Programa Integral de Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva y Prevención del HIV/SIDA en Mujeres, Adolescentes y Jóvenes Pobres del Gran Buenos Aires” (2004). Los datos se relevaron mediante una encuesta de línea de base realizada en el marco del mencionado Programa.

El CAPS Miranda Norgren está ubicado en el Barrio “10 de enero” en una zona denominada “Altos de Caraza”, el más cercano a la ribera del Riachuelo. El barrio se encuentra cerca de otros barrios, como el Eva Perón, más humildes y con un altísimo índice de contaminación por prolongados asientos de basura que, junto a las lluvias, producen verdaderos polos de contaminación ambiental. El movimiento de MTL (hoy Piqueteros) lleva a cabo la primera toma del Barrio “10 de enero” en los 80s y para mitigar la protesta negocian con el Intendente Manuel Quindimil quien les otorga tierras, agua y un equipo sanitario (hoy, el CAPS Miranda Norgren). La actual directora es la Dra. Cristina Godoy quien asume en febrero de 1999 la dirección del CAPS. Con ella se lleva a cabo el primer relevamiento sanitario en la zona. El barrio está regido por punteros políticos quienes toman las decisiones unilaterales de quién tiene y quién no tiene agua, un bien preciado en la zona.

La infraestructura social en el área de influencia del CAPS está compuesta por unas pocas OSCs, la Iglesia no participa en el campo de la salud y tiene sus propias actividades vinculadas fundamentalmente a los comedores y la coordinación de un grupo juvenil. Existen dos centros culturales, el Centro Cultural “Germán Abdala” (ubicado en una zona denominada “Residencial Caraza” a pocas cuadras del CAPS), el Centro Cultural “San Martín”, la Junta Vecinal “San Martín”, cinco escuelas de la zona (Nº 26, 35, 48, 64, 77) y un Jardín, el Nº 940, la Sociedad de Fomento “9 de Julio”, un merendero llamado “Esperanza”, el “Centro Cristiano Nueva Vida” (Iglesia Evangélica), la ONG “Creciendo por nuestra Familia”, y dos comedores, uno de ellos ubicado en una de las escuelas. No hay redes, y las organizaciones prácticamente no se conocen entre sí. Se suma al capital social el trabajo desarrollado por las Comadres y Manzaneras impulsado por el Municipio y de las Jefes y Jefas de Hogar Desocupados quienes participan, entre otras actividades, en la ejecución del PR. El CAPS “Ramón Carrillo” se ubica próximo al “Miranda Norgren” siendo la Dra. Godoy también su directora, aunque con diferencias en cuanto a la gestión participativa y la inserción de la comunidad. El CAPS “Ramón Carrillo” tiene más trabajo comunitario y participación que el Norgren. Hay cuatro psicólogas que llevan a cabo trabajos con adolescentes, el Plan de Planificación Familiar, programas de prevención del HIV/SIDA, entre otros. Este CAPS fue provincial y ahora es municipal. Estuvo intervenido por “corrupción”. Las campañas de salud son aisladas y sin un mayor desarrollo de la estrategia de APS.

La zona de Villa Caraza es considerada políticamente un “bastión manolítico” (en referencia al ya milenario intendente Manuel Quindimil, PJ). Así, el CAPS Miranda Norgren ubicado próximo al centro de Caraza, (un centro creado en 1950, primer zona con luz y considerada la “más acomodada” ya que el resto de la zona está compuesto por villas de emergencia). El CAPS fue y es controlado por el poder político de Quindimil y su directora, la Dra. Cristina Godoy responde a él en una zona de máxima influencia política. Tal como surge de las entrevistas hechas a beneficiarios del PR, a usuarios del CAPS, a Comadres, Manzaneras, Jefes y Jefas y personal médico y no médico afectado a ese y otros centros de salud de la zona, el CAPS Norgren es reconocido por tener una buena atención médica, con una fuerte conducción de su directora, y es considerado uno de los mejores CAPS de la zona, aunque con pocas campañas de prevención y promoción de la salud, a diferencia del R. Carrillo. La prevención que se realiza es fundamentalmente a través de la articulación con las escuelas (profesionales en contacto directo con los alumnos).

En este contexto, el CAPS Miranda Norgren atiende por un lado en guardia de 24hs de lunes a sábados y el domingo es rotativa y para la atención médica en consultorios externos hay distintas especialidades: clínica, pediatría, ginecología, obstetricia, neurología, dermatología, vacunación de lunes a viernes, cardiología, enfermería, asistente social, entre otros servicios. En el centro trabajan un total de 80 personas entre médicos y no médicos. Todos son designados desde la Municipalidad. En los centros periféricos hay un sólo administrativo con contrato provincial y en los otros hay un jefe de hogar en cada uno, y que fueron capacitados para desarrollar tareas administrativas. Más allá

del rol asistencial, el CAPS Miranda Norgren, con base en las estadísticas que se obtienen a partir de la atención médica, arma los programas de prevención, en base a las patologías prevalentes. Esos planes de prevención son trabajados en algunos casos concertadamente con las demás organizaciones, a pesar de que toda la actividad se alinea a la decisión política de la Secretaría de Salud. La población que atiende el CAPS no es sólo la de su área periférica sino que también atiende demanda cruzada.

*“La población aproximada de la zona de Caraza es de 50.000 habitantes, con el último censo era alrededor de 52.500. Lo que pasa es que acá atendemos todo Lomas de Zamora. Lomas tiene un hospital cabecera que es el Gandulfo con varios centros periféricos. En un tiempo los médicos no cobraban, pero ahora sí, y así y todo, siguen sin atender, sin trabajar. Reciben botiquines de PR pero no sé que hacen con ellos ya que todos [los pacientes] vienen para acá. El 35% - 40% de la población que atendemos es de Lomas. Es importante el porcentaje, y es importante el esfuerzo médico para atenderlos, además de que es importante la entrega de medicación ya que llega un momento en que la medicación se termina para la población de Lanús y yo no puedo discriminar, y a la de Lomas no darle. No alcanzan los insumos. Sería bueno que si nosotros asistimos a esa población, nos dieran medicamentos para esa población. Yo le propuse a los auditores de PR que sería bueno que mandaran los botiquines de Lomas para acá. Uno de los centros de esta región es el Eva Perón y está ubicado a dos cuadras de Lomas, es altísimo el porcentaje de población de Lomas que se atiende ahí, mucho más que acá. Debería recibir más botiquines.”<sup>25</sup>*

#### La participación de la comunidad en el marco del PR

La llegada del PR aumentó la demanda y mucha gente que antes se atendía en el hospital ahora asiste al CAPS Miranda Norgren dado que en el hospital no se entregan medicamentos. La comunidad toma conocimiento del PR al llegar al CAPS y a través de los medios fundamentalmente. Según el testimonio de la Dra Godoy, el PR no ha fortalecido los espacios de participación de la comunidad dado que no es un programa que se pueda discutir en estos ámbitos porque la comunidad lo único que reclama es el medicamento.

*“Lo que sí es importante en cuanto al PR es que en un principio había gente de la unidad trabajando que por distintos motivos esa gente se fue jubilando o se fue. Paralelamente estábamos teniendo demoras en las entregas de medicamentos y la comunidad no entiende que vos no estás recibiendo los botiquines, cree que se lo estás negando...entonces hace ya 3 ó 4 meses que son sólo jefes de hogar los que están trabajando en la recepción y confección de las recetas y fueron capacitados para eso. Cuando no hay un remedio, es alguien de la propia comunidad que les dice que no hay más, que se terminaron. Porque cuando fue la entrega discontinua, la gente empezó a quemar todo, porque creían que les estabas negando la medicación cuando por los medios se decía que la entrega se estaba haciendo y que eran gratuitos y que no estaban faltando en ningún lado. Ahora, al participar miembros de la propia comunidad en la gestión operativa del programa, son ellos mismos los que informan cuando un remedio se terminó. Por eso puse a trabajar a los jefes de hogar, para que sean ellos la cara visible, y a los que les creen más porque son sus propios vecinos los que le dicen que se terminó, y no hay más...”<sup>26</sup>*

En este sentido, la participación en el marco del PR en el CAPS Miranda Norgren se lleva a cabo a partir del trabajo de los Jefes y Jefas de Hogar Desocupados. En la entrevista que mantuvimos con

---

<sup>25</sup> Entrevista a Dra. Cristina Godoy. Coordinadora del CAPS Miranda Norgren

<sup>26</sup> Ibidem

Lidia Susana Sotomayor, Jefa de Hogar con una activa participación en las actividades del PR, queda en claro que dicha participación está estrictamente vinculada a las tareas administrativas.

*“Me anoté en el Plan porque debido a la edad no conseguía trabajo, y mi esposo estaba sin trabajo también. Aunque es un magro sueldo, peor es quedarse en casa, 150 pesos es muy poca entrada. También decidí anotarme porque mi hija justo empezaba el Polimodal y yo sentía que tenía que ayudar de alguna forma a que pudiera seguir estudiando.” Aprendí mucho al participar del PR, aprendí a relacionarme con la gente, conocí lo que es la solidaridad, yo vengo de una clase media empobrecida, y no tenía la menor idea de la falta de todo que vive la gente en esta zona. Son muchísimas las necesidades de la gente y yo me fui de a poco adaptando a esto. Yo antes no trabajaba cerca de las necesidades de la gente y cuando no ves, pensás que todo eso pasa sólo en el interior, no acá a 20 cuadras de mi casa.”*

Al preguntarle cuáles son las acciones concretas de participación, Lidia nos comenta lo siguiente.

*“Recibo a la gente con las recetas, y trato de entregar todos los remedios en esa receta a través del PR. Cuando llega un paciente puede atenderse tanto en consultorio como en guardia. Los remedios cardiológicos o neurológicos no se entregan por guardia, únicamente se entregan por consultorio porque son enfermedades específicas. De todos modos, hay pocos remedios que cubren neurología, sí hay bastantes que cubren cardiología. El médico le extiende [al paciente] una receta con todos sus datos personales, y se presenta con la receta y con su DNI. Es obligatorio presentarse con el DNI, salvo los niños menores de edad que quizás los padres extraviaron sus documentos o por necesidades económicas no pudieron sacárselos. Con el DNI de la madre, y haciéndose responsable la madre, se los entregamos igual. En el caso de un adulto indocumentado, si es un remedio muy necesario (analgésico, antibiótico, etc), y si la Dirección lo decide, se lo entregamos igual, aún constando una receta del PR y aclarando que está indocumentado o en trámite. Tratamos de cubrir la mayor cantidad de datos de la persona para quedar cubiertos, sobre todo la dirección. Si el PR tuviera alguna duda al menos puede ubicar a la persona a través de su dirección. Luego se confecciona el formulario (datos personales, remedios que se le entrega, diagnóstico del paciente y cantidad de remedios que se lleva). El paciente firma y vuelve a dejar su DNI. En el caso de que la persona no pueda retirarlos, puede otro hacerlo por él con DNI, firma y aclaración. Con ese formulario el paciente retira en el mismo CAPS el medicamento en mano. Ese formulario se archiva, un talón queda en el CAPS y el formulario se envía a PR al momento de la próxima entrega del botiquín.”*

En torno a la capacitación recibida, Lidia nos comenta que aprendió a cómo hacer los formularios, le mandaron libros (instructivos) y recibió capacitación a través del Ministerio. Al conversar con algunos usuarios del CAPS y beneficiarios del programa advertimos que la gente se queja de que la entrega de medicamentos es insuficiente. Es muchísima la demanda y la cantidad que entregan es poca. En este sentido, Lidia confirma,

*“Al principio era poca la gente que demandaba medicamentos, luego a medida que fue pasando el tiempo la gente empezó a enterarse y a esto se le suma el hecho de que se agrega una cantidad significativa de gente que antes podía comprarse el medicamento y ahora no”.*

Otro de los comentarios que abundan es el de los horarios de atención. Mirta, una usuaria del CAPS, nos comenta,

*“Si la encargada de la farmacia cierra, no queda otra. Hay veces que por dos días me quedo sin remedios. Y cuando nos quedamos sin los remedios, vamos al Evita o a alguna otra sala, pero lo que pasa es que el PR no te permite el intercambio de recetas entre salas y entonces hay que*

*volverse a atender en la otra sala para que te den una nueva receta, con todo el tiempo y esfuerzo que implica.”<sup>27</sup>*

En cuanto al flujo de información, Lidia nos confirma mucha de la información que ya hemos comentado.

*“(…) la gente está acostumbrada ahora pero al principio a la gente le molestaba mucho que le pidamos su DNI, “¿cómo me van a pedir documentos para darme un medicamento?”. A la gente le cuesta entender que es un formulario y muchas veces no nos creen que no hay medicamentos, creen que nos los guardamos. Al principio es como que no aceptaban los horarios limitados, golpeaban las puertas....Yo me pregunto porqué si el PR llega a todas las salas, por lo que me explicaron y por lo que vi yo en las propagandas, porqué vienen acá desde Lomas de Zamora o de otras salas, porqué no hay allí. Me llama la atención: o está mal organizada la salud, o no reclaman la suficiente cantidad de medicación al Programa, o se la quedan ellos....La gente viene acá y dice que les dicen que no tienen medicamentos en los CAPS de los barrios donde viven. Muchos dicen que las salas son muy precarias y entonces no tienen la infraestructura para guardar la medicación....no sé....”*

El flujo de información acerca del programa y la posibilidad que tiene la comunidad de ejercer su derecho como beneficiario del Programa parece no ser óptima.

*“La gente no se involucra en nada acá, no saben, tampoco les informan, en el caso del PR nadie les informó nada, nosotros le explicamos a la gente que tienen un 0-800 gratuito para que hagan los reclamos cuando nos dicen “¡pero cómo no hay medicamentos!” La gente ignoraba esto totalmente. PR manda volantes pero nunca afiches. Algunos los agarran, algunos los leen, agradecen mucho y lo tiran, yo lo he visto....De todos modos, desde que empezó el Programa hasta ahora hay una evolución en cuanto a la información que maneja la gente. La gente ya ahora viene con su DNI, por ejemplo, pero es porque nosotros insistimos no porque se hayan hecho campañas serias.”*

Sobre estos mismos temas, Petrona, una Jefa de Hogar entrevistada en el Centro Cultural “Germán Abdala” nos comenta uno de los obstáculos más evidentes en cuanto al acceso a los medicamentos.

*“Esta es una de las quejas de los vecinos. Van a buscar los remedios y de repente hay ciertos medicamentos que siempre hay, los más económicos y de menos uso habitual. Sin embargo, los que más se necesitan, y los que son más caros, no los entregan. Ellos dicen, “el remedio viene pero no llega a la gente”. No se porqué dicen que viene... Incluso esto también pasa con los insumos en los hospitales, vienen los insumos pero a la gente no les llegan. ¿Quién es el responsable? La gente que está en los almacenes, el que reparte, la gente que está en las farmacias, el directivo....quién es? No hay un seguimiento entonces. Yo converso mucho con la gente, converso muchísimo, por eso me entero de todo...”*

Por su parte, Karina, otra Jefa de Hogar entrevistada nos dice,

*“Fui a atender a mi hija al Miranda, cosa que nunca uso pero fui porque a mi hija le dolía mucho el oído. No había un aparato para que le vieran el oído. La pediatra encima nos retó. Nos dijo que*

---

<sup>27</sup> Con el agravante además de que quizás tampoco consiga medicamentos allí y además, para una sala cerca quizás pueda ir caminando pero para una más lejos necesite tomarse el colectivo y trasladarse y no siempre la comunidad cuenta con los recursos.

*nos fuéramos a quejar a la Municipalidad. Usé el PR porque no tenía dinero para comprar los medicamentos. Me lo dieron sin problemas a pesar de cierta burocracia que había que seguir. Te pedían el DNI, la receta tenía que estar bien especificada, con todos los datos del paciente y del medicamento. El problema son los horarios de atención entonces si el médico se llegó a olvidar algún dato vos tenés que esperar hasta el otro día hasta que aparezca la chica que da el Plan PR, y no importa si vos estás con fiebre, dolor o una infección. Yo tengo que pasar toda la noche sin el antibiótico porque no hay. Los papás en esta zona realmente no tienen plata para comprar los antibióticos. El problema es que si hay que volver a ir al médico porque hubo algún problema en la confección de la receta uno debe pedir el turno con anticipación y la demanda que hay es mucha en un CAPS, entonces hay veces que hay que ir a otro y ver si te atienden más rápido con el agravante de que la receta de un CAPS sólo te sirve para esa sala”*

De los testimonios, y a partir de la información referida a un contexto local caracterizado por la pobreza y las necesidades inmediatas que padece la comunidad, se desprende que un primer grado de participación comunitaria está vinculado a la utilización de los servicios públicos de salud, con especial referencia a los del primer nivel, y del mismo PR. Este mecanismo, como ya comentáramos, no entraña una participación auténtica, sino que se limita al uso y al eventual reclamo o denuncia, si es que la población en el mejor de los casos conoce las vías para hacerlo, es decir si los flujos de información llegan a la comunidad y si ésta tiene las oportunidades reales de hacer oír su voz. Sin embargo, la utilización brinda una oportunidad, y hasta resulta un requisito para que se transite hacia una participación más activa que resulte en un paulatino proceso de toma de decisiones en el ámbito local.

El PR, a partir de los testimonios recogidos, pareciera no hacer un “uso provechoso” del alto nivel de utilización que tiene el primer nivel de atención en la zona estudiada. No está tomando registro de las externalidades positivas que traería consigo el fortalecimiento de espacios de participación si consideramos la gran cantidad de beneficiarios que tiene el programa en centros que representan la primera puerta de entrada al sistema sanitario. La utilización de los servicios de salud es un requisito para que se produzca un incremento en los niveles de participación de la comunidad y, si a esto le sumamos la alta tasa de utilización que tiene el PR, es claro que el mismo no está reconociendo estos facilitadores, ya sea por fallas en el diseño, por fallas en la implementación, por decisión política, o quizás debido a nada de todo esto, ya que este supuesto desentendimiento puede ser el resultante de una decisión política de no hacer nada al respecto. Claro que nos estamos refiriendo a una supuesta desatención de oportunidades para el empoderamiento de la comunidad ya que, es evidente, que la participación instrumental sí está siendo incentivada a través de la información y la capacitación.

En este sentido, el trabajo que los Jefes y Jefas de Hogar Desocupados desarrolla encarna acciones de participación instrumental, es decir “participan cooperando” en los términos de la OPS, realizan tareas para el cumplimiento de objetivos diseñados externamente, por terceros. Sin embargo, por su proximidad con la comunidad toda (y esto mismo ocurre con las Comadres y Manzaneras) estos recursos poseen el potencial de influir sobre el rediseño de las estrategias de participación si, con un flujo de información aceitado, el PR lograra captar “de abajo hacia arriba” los beneficios de la relación estrecha entre los agentes comunitarios y sanitarios y la comunidad usuaria de los servicios de salud y beneficiaria del programa. De este modo, se fortalecerían los procesos tendientes a generar una mayor participación que implique la construcción de salud socialmente.

#### Otros espacios de participación comunitaria en el contexto local

Existen otros espacios de participación de la comunidad. El CLS fue una idea que surge desde la Secretaría de Salud que hasta el año 2003 estuvo compuesto por el director de la unidad con

inspectoras del área y todos los directores de los colegios de la zona sumado a las Manzaneras, Comadres y clubes del barrio. El CLS surge por iniciativa local y focalizó su tarea sobre los problemas sociales y de salud a través de actividades de prevención y promoción de la salud principalmente. El CLS trabajó articuladamente con las escuelas y los profesionales de la salud de los CAPS capacitando a los docentes sobre patologías que afectaban a sus alumnos y ante las cuales no sabían cómo actuar. Por ejemplo, hubo brotes de hepatitis o tuberculosis y los docentes querían que se los capacite en esos dos temas ya que ellos se veían demandados por los padres que les hacían preguntas que ellos no podían contestar.

En este sentido, la entrevista que mantuvimos con la vicedirectora de la Escuela Municipal N° 77 del Barrio 9 de Julio en el área de influencia del CAPS (a 5 cuadras del mismo) confirma el trabajo en red que mantiene en colaboración con los CAPS Miranda Norgren y Ramón Carrillo y muy directamente en una relación personal con la Dra. Godoy. Por sobre todo trabajan conjuntamente en la identificación de niños con bajo peso. La escuela siente que está ayudando al CAPS dado que conocen la situación de falta de personal que el mismo tiene. Los dos gabinetes de los dos turnos del colegio realizan frecuentemente relevamientos de los niños (talla y peso) y le entregan a la Dra Godoy los listados para que ella los evalúe. Estos gabinetes están compuestos por un orientador educacional, la orientadora social y la maestra recuperadora. Asimismo, la escuela trabaja en red con la Municipalidad para colocarles flúor a todos los alumnos, la odontóloga asiste al colegio todas las semanas. Las problemáticas más ligadas a la adolescencia y de desarrollo sexual las tratan con el Carrillo y las cuestiones más clínicas y de los chicos en los grados inferiores y medios con el Miranda Norgren. El CAPS les consigue los profesionales para que traten a los chicos.

El comedor es otro espacio que promueve la participación y funciona en el mismo colegio. La persona encargada se llama Dominga quien también les da a los chicos la copa de leche. Dominga es una puntera política con mucho peso en la zona. Al interactuar con el área de salud, si hay algún niño que requiera de alguna dieta especial por indicación del CAPS (ejemplo, los celíacos) se lo tiene en cuenta para las raciones. El comedor también es un lugar donde se brinda capacitación tanto a alumnos, padres como docentes en temas relacionados con la salud y vienen profesionales de los CAPS a dar las charlas.

Otra de las actividades de capacitación en el marco del CLS estuvo ligada a la salud nutricional capacitando a las familias y la comunidad educativa acerca de una alimentación sana en zonas de alto riesgo y bajos recursos, y en cómo manejar los alimentos que llegan a los comedores y en cómo pesquisar los chicos que están en riesgo de desnutrición. Los niños derivados a la unidad entran en una carpeta de desnutridos y se hace el seguimiento con la asistente social del control de estos chicos para ver qué es lo que pasa realmente, si es por falta de alimentos o por alguna enfermedad. Si es por falta de alimentos, se intenta junto con la familia y los docentes que tenga aseguradas las cuatro comidas en el día y se analizan las condiciones del grupo familiar, y eventualmente, conseguirles los alimentos. La capacitación a los docentes por los casos de desnutrición es muy importante ya que con la crisis los docentes llamaban por teléfono porque los chicos se desmayaban en el colegio por falta de alimento.

La comunidad también participa en otros programas de salud, como por ejemplo, Procreación Familiar Responsable, PRODIABA (Diabetes), PRECAR (Prevención de Riesgo Cardiovascular), fundamentalmente en campañas de prevención y de acuerdo a las necesidades programáticas. Hoy se está trabajando con la comunidad en prevenir que no sea tan alta la demanda por insuficiencia respiratoria aguda baja y en capacitar a los agentes sanitarios para que éstos trabajen en el barrio para indicar a las madres signos de alarma para efectuar la consulta precoz en caso de problemas respiratorios en sus hijos. Con estas actividades de capacitación se logra una captación más rápida

intentando de este modo bajar los índices de morbi-mortalidad que ocurrieron en 2002 y 2003 en la zona.

Otro de los programas con participación comunitaria en el CAPS Miranda Norgren es el de Procreación Familiar Responsable que se trabaja desde hace ya 6 años con un grupo de ginecólogos, obstétricas, una psicóloga, una médica, la asistente social, y la captación que hace la comunidad participante de la adolescente y la mujer para hacerse su control ginecológico o del embarazo. Este control permite a su vez avanzar en charlas acerca de cómo programar su próximo embarazo y prevenir enfermedades de transmisión sexual (ETS). En línea con las ETS, existe otro programa con participación comunitaria en torno a prevención de HIV/SIDA. El CAPS Miranda Norgren está trabajando desde octubre de 2003 con la Fundación Huésped, la cual está capacitando a más de una docena de profesionales (primera etapa del proyecto hasta mediados de mayo de 2004), y luego los profesionales capacitados salen a terreno a capacitar a la comunidad en una segunda etapa. En la segunda etapa, el programa se articula con educación para que sean los docentes en las escuelas los que reciban una capacitación por parte de los profesionales del CAPS en relación a prevención de HIV y embarazo no deseado. De este modo, se genera un efecto cascada entre profesionales-organizaciones intermedias-agentes sanitarios-comunidad en general y se logra tener en el campo a más de cien personas que repican información.

Los programas se fortalecen con otras actividades de capacitación llevadas a cabo por los profesionales del CAPS a partir de la formación de líderes comunitarios que, ubicados estratégicamente en la escuela, en el barrio, en el club, transmiten a sus pares información sobre determinadas cuestiones asociadas a la APS.

*“Es a través de la capacitación y la sensibilización y de llegar a un consenso con la comunidad que logramos acercarnos al que más lo necesita. No se puede hacer lo que quiere la comunidad porque no llegamos a nada, pero tampoco puedo bajarles y decirles “se hace esto” porque yo me equivoco, pero la comunidad también se puede equivocar. Entonces debemos llegar a un consenso con la comunidad para ver que es lo mejor en determinado lugar porque quizás lo que es bueno para Caraza no es bueno para Monte Chingolo, son distintas comunidades.” La gente se fue acercando, la gente ya se acercaba y otra parte fue convocada de acuerdo a las necesidades. Un rol importantísimo ha sido el de las comadres y las manzaneras que trabajan en terreno permanentemente. Y a través de ellas, nos comunicamos con la comunidad. La comunidad cada vez participa más porque quiere participar. La comunidad no se siente un instrumento del CAPS, todos somos actores principales, yo como médica y el vecino trabajando en un programa. Porque aparte ellos mismos tienen que empoderarse de lo que quieren. Y hacer bandera de lo que quieren. Si ellos no se empoderan de su salud, todo esto no sirve. Al sentir que la salud es de ellos, la defienden mejor. Desde el proyecto a lo que fuera.”<sup>28</sup>*

Las modalidades de participación suponen roles diferenciales, y en este sentido es claro el rol que asume el profesional a través de las actividades de capacitación que empiezan en el propio consultorio y se extienden hasta las charlas que se dan a los padres en los colegios, o a través de la información y capacitación que se le da a la comunidad en los talleres o en el marco de los programas que se implementan. De este modo, la comunidad capacitada e informada puede asumir así su propio rol diferencial, repicando información, advirtiéndole a los profesionales sobre determinados hechos que pueden amenazar la salud de la comunidad y previniendo males mayores, construyendo así salud socialmente. El desinterés es visto como el único obstáculo entre los informantes entrevistados. Sin embargo, se reconocen una serie de facilitadores que promueven la participación de la comunidad.

---

<sup>28</sup> Entrevista a Dra. Cristina Godoy. Coordinadora del CAPS Miranda Norgren.

*“Las necesidades son el catalizador de la participación, por ejemplo, la leche es un facilitador para que la gente traiga a controlar a los nenes, porque vía el control se le entrega la leche, muchos vienen al control por la leche. Con los medicamentos pasa lo mismo y por eso el PR debería fomentar la participación de la gente. Las Comadres, Manzaneras, jefes y jefas son todos facilitadores. Las mujer es una facilitadora para la tarea comunitaria en salud. Participan más las mujeres que los hombres, inclusive en las charlas participan más las mujeres que los hombres. A pesar de que hoy están en igualdad de condiciones para trabajar y conseguir el dinero para su hogar. Esto es así por una cuestión cultural. El hombre si no tiene trabajo se queda en su casa deprimido y tomando; la mujer sale más.”<sup>29</sup>*

Tras el relevamiento de las OSCs en la zona pudimos dialogar con integrantes activas del Centro Cultural “Germán Abdala” quienes desde hace ya seis años participan en distintos proyectos vinculados al desarrollo de la comunidad. En este sentido, 25 integrantes de la comunidad participan de una red interbarrial conformada por el Centro, una organización evangélico-ecuménica (drogadicción), jóvenes de distintas organizaciones de la zona Llavallol (La Aldea) y Banfield. El propósito es recorrer distintas áreas de la zona para difundir determinados temas en jornadas interdisciplinarias con profesionales invitados (drogadicción, HIV, seguridad, etc.) En cuanto a salud, hoy trabajan en un proyecto que ganaron el cual está financiado por PNUD en prevención y promoción de HIV con un grupo de jóvenes que fueron capacitados por profesionales en el Centro. El proyecto está conformado por un equipo de 5 personas que capacitaron a los jóvenes para que fueran multiplicadores y repiquen la información a través de visitas casa por casa en el barrio, saliendo a la calle, etc.

Una de las Jefas de Hogar que trabaja en el Centro, Karina, participa de un proyecto de salud en una Iglesia Evangélica Cristiana-Centro de Cristiano Nueva Vida (y de hecho los jóvenes que trabajan con ella en el taller de teatro en el proyecto de HIV del PNUD que implementa el Centro en la zona son de esa misma Iglesia Evangélica): el proyecto es de combate a la bulimia y la anorexia (“Juventud en Riesgo”) a través de Internet. El Centro Nueva Vida realiza actividades de prevención por sobre todo (bulimia, anorexia, HIV/SIDA). Karina convoca a otros jóvenes del Centro Nueva Vida para que participen del proyecto de HIV (taller de teatro). Están preparando una obra de teatro para los chicos de los grados superiores de la escuela primaria para prevención del HIV.

Finalmente, el CLS, las actividades de prevención, promoción, el repicar de la información recibida en los talleres de capacitación, los procesos de capacitación y sensibilización dentro y fuera de los consultorios del CAPS, acerca del PR como acerca de otros programas, llevados a cabo por profesionales, por agentes sanitarios, por las Comadres o Manzaneras, por los agentes comunitarios, en un trabajo ya sea en red o a partir de la iniciativa de un programa que “baja desde arriba” o de una necesidad que “surge desde abajo”, las experiencias relevadas permiten acercarnos a progresivos procesos de intervención por parte de la comunidad en la adopción de decisiones y en la ejecución de acciones que buscan la construcción social y comunitaria de un proyecto de salud mancomunado.

#### El clientelismo político: un obstáculo a la participación

Sin embargo, según surge de algunos otros testimonios, no hay tales canales de comunicación entre las OSCs y el Municipio para dar a conocer las actividades o programas de salud que se están implementando, sólo se baja información sobre algunas campañas de salud a través “del

---

<sup>29</sup> Entrevista a Dra. Cristina Godoy. Coordinadora del CAPS Miranda Norgren.

avioncito”<sup>30</sup> [sic] que sobrevuela la zona. Sí hay comunicación entre el CAPS Miranda Norgren y el Municipio. De todos modos, hay diferencias entre el CAPS Miranda y el Carrillo en cuanto a cómo trabajan con la gente, más en el segundo caso que en el primero “ya que la gente se involucra más”.

*“Los vecinos se quejan mucho de cómo se atiende en los CAPS. Del Carrillo hablan de una psicología muy buena, de ginecología muy buena, hay gente trabajando allá, se está conformando como una ONG allá [Se refiere a la OSC “Creciendo por Nuestra Familia” con activa participación en el CAPS Ramón Carrillo”]. Han tenido muchos problemas con Carli [Secretario de Salud de Lanús], por eso a Carli lo siento mucho nombrar. El vecino común habla muy bien del Carrillo, no así del Miranda Norgren. El Miranda Norgren obedece a las políticas del Municipio, totalmente. Y vos sentís que cuando se habla del Miranda Norgren se habla de una señora Cristina Godoy, y su relación fuerte con el Municipio. Sin embargo, en el Carrillo uno puede ver que ya desde hace unos años hay una relación de los profesionales mucho más estrecha, y que va más allá de la atención. En el Carrillo lo que se vio fue un buen trabajo para el afuera, los profesionales que en una época, hace unos 5 ó 6 años se propusieron un proyecto de prevención y planificación familiar (psicólogos, ginecólogos y la propia comunidad). De ahí surgió esta ONG, “Creciendo por nuestra familia” (ONG que surge de la gente que trabaja para y en la Carrillo). El Centro trabaja activamente con esta ONG. Esta ONG está conformada por agentes de la salud. Esta ONG creció mucho y llegaron a tener fichadas más de 900 familias. Luego, echaron a parte de las ginecólogas y psicólogas, fue un lío bárbaro, inclusive hubo una mini pueblada porque la gente del barrio pidió que se las reincorporaran. Esto no se logró. Es otro tipo de gente la que está en ese sector a la que está en el MN”.*<sup>31</sup>

Ese “lío bárbaro” al que alude Petrona tuvo lugar en 2003 a partir de una fuerte denuncia de una comisión compuesta por inspectoras, maestras y padres, representantes del Concejo Deliberante, de las Comisiones de Salud y otras y de las escuelas de Villa Jardín, Diamante y parte de Villa Caraza los cuales denunciaron puntualmente que los medicamentos del PR que no se encontraban en las salas estaban en las Unidades Básicas. Fueron dos reuniones oficiadas por el Secretario de Salud, Dr. Carli.

*“Hay mucho clientelismo. Por este mismo motivo es que nosotros creemos que la gente no viene a nuestras charlas. Los marcan. Los punteros son terribles. Si los marcan los punteros después no les entregan mercaderías, les bajan los planes, no les dan medicamentos, les piden plata....y por supuesto votar. El día de las elecciones los llevan en los remises o en los micros, les dan los sobres completos, los llevan y los traen a las casas, choricadas antes de salir, y después se los llevan a votar...”*<sup>32</sup>

*“Cada zona tiene sus problemas particulares, pero acá Lanús es el “no te metás”, “está todo bien”; “la pasividad que hay en la gente”. Está todo orquestado y armadito: los chicos tienen los comedores, las escuelas, el Plan Más Vida, el PR, Manzaneras, Comadres, es decir todo está para que nadie haga nada. Nadie se va a quejar demasiado porque mal o bien le van a dar la bolsita. Pero, la bolsita no te da trabajo, no te da educación.....lo peor que está pasando en Lanús es ese silencio, esa resignación, ese acatamiento a todo el sistema. Si yo protesto, y me sacan lo poco que*

---

<sup>30</sup> Entrevista a la Sra. Alicia del “Centro Cultural Germán Abdala” en el área periférica del CAPS Miranda Norgren en el Barrio 9 de Julio de Villa Caraza, Lanús

<sup>31</sup> Entrevista a la Sra. Petrona del “Centro Cultural Germán Abdala” en el área periférica del CAPS Miranda Norgren en el Barrio 9 de Julio de Villa Caraza, Lanús.

<sup>32</sup> Entrevista a la Sra. Alicia del “Centro Cultural Germán Abdala” en el área periférica del CAPS Miranda Norgren en el Barrio 9 de Julio de Villa Caraza, Lanús

*me dan, ¿si yo protesto y me sacan el PR? La miseria es terrible, no es la de Lomas pero es fuerte acá también.*”<sup>33</sup>

*“La gente siempre se queja de los políticos, de que no hacen nada y que no sirven, y eso debe ser así, pero y nosotros? Nosotros también tenemos que participar y cada uno debe tratar de mejorar la calidad de vida de todos involucrándonos” (Petrona). Desde lo oficial, no tomamos decisiones en conjunto pero fuera del campo oficial (con las escuelas, con otras organizaciones del barrio) sí tomamos decisiones...*”<sup>34</sup>

El contexto sociopolítico, las estructuras socioeconómicas y los sistemas culturales son determinantes de las distintas formas que adquiere la participación. En este sentido, y a partir de algunos testimonios, del caso como de algunos de los informantes de la CAI, surge la cuestión del clientelismo como uno de los obstáculos más visibles a nivel local para el desarrollo de espacios autogestivos de participación comunitaria. Algunos entrevistados de la CAI hacen referencia a un “*manejo discrecional y clientela que algunos municipios hacen de los medicamentos*”<sup>35</sup>. En el estudio de caso han sido reiterados los informantes que nos comentaron que sólo participan aquellos que de alguna manera están muy ligados al nivel político. al “manolismo” y a los punteros políticos de cada barrio. Cuando preguntábamos porqué el puntero político era tan respetado en el barrio, los entrevistados nos decían que la gente a cambio del agua, del pan, de los remedios, de unos pocos pesos, de mantener su casilla y de un “chorizo” y un vaso de vino previo a las elecciones hace “favores políticos” (votos, confianza, participación en las marchas, entre tantos otros), y si no les hacen estos favores a los punteros, nada de todo aquello reciben, con el agravante de que les “bajen” planes sociales.

Así, el clientelismo actúa como un factor inhibitor para la participación autogestada, reduce los espacios democráticos por la acción del miedo a perder lo más imprescindible. Se reducen de este modo la oferta de oportunidades por parte del gobierno para avanzar hacia grados de participación que superen la mera “utilización o cooperación” en los servicios y se limita la “capacidad de la comunidad” para participar en salud ya que su voz no es escuchada y lo peor, en ocasiones acallada coercitivamente.

*Nota: Quedan pendientes las reflexiones finales, las cuales serán redactadas tras la discusión de este paper y los aportes y sugerencias de los comentadores. También queda pendiente incluir un anexo con Antecedentes a nivel nacional y regional sobre participación en salud, los instrumentos de recolección de datos, una ficha por cada entrevista y la elaboración de la matriz, según Pedersen ya comentado en los avances anteriores.*

## **6. BIBLIOGRAFÍA**

Acuña, C. “Participación Comunitaria en el Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN) de la Argentina: Una asignatura en gran medida pendiente”, 1999.

Arroyo, et al “Informe Regional de Políticas Públicas de Participación Ciudadana en Salud en el Cono Sur” CLAEH, 2004

---

<sup>33</sup> Entrevista a Karina, una joven Jefa de Hogar entrevistada en el “Centro Cultural Germán Abdala” en el área periférica del CAPS Miranda Norgren en el Barrio 9 de Julio de Villa Caraza, Lanús.

<sup>34</sup> Entrevista a la Sra. Alicia del “Centro Cultural Germán Abdala” en el área periférica del CAPS Miranda Norgren en el Barrio 9 de Julio de Villa Caraza, Lanús

<sup>35</sup> Entrevista al Dr. Ricardo Coronel, Director de la COMRA. Miembro de la CAI del Programa Remediar.

Bronfman, M.; Gleizer, M., “Participación Comunitaria: Necesidad, Excusa o Estrategia? O de qué Hablamos Cuando Hablamos de Participación Comunitaria?” en *Cad. Saúde Pública*, Río de Janeiro, 10: 111-122, jan/mar, 1994.

De Roux, G; Pedersen, D.; Pons, P., Pracilio, H., “Participación social y sistemas locales de salud. In: *Los Sistemas Locales de Salud*, pp. 28-49, Washington, OPS, 1990.

Herrera, Ismael et al, “La Participación de la Comunidad en Salud”, en *Revista Infomed* N° 17, Julio de 2003.

Hersch-Martínez, P., “Participación social en salud: espacios y actores determinantes en su impulso. Ensayo en “*Salud Pública de México*”, Vol. 34, N°6, 1992

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.

Muller F., “participación popular en programas de atención sanitaria primaria en América Latina”, Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquía, 1979.

Oakley J, Marsden D., “Consideraciones en torno a la participación el desarrollo rural”, Ginebra: OIT, 1985.

OPS/OMS, “Participación de la comunidad en la salud y el desarrollo en las Américas, Publicación Científica N°473, Washington D.C., (1984);

OPS/OMS, “Participación social en los sistemas locales de salud; Serie Desarrollo de Servicios de Salud N°35, Washington D.C., (1987);

OPS/OMS, “Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la Transformación de los Sistemas Nacionales de Salud: Talleres Subregionales, Experiencias y Conclusiones”, Washington D.C, (1989);

OPS/OMS, “Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la Transformación de los Sistemas Nacionales de Salud: La Participación Social”, HSS/SILOS-3, Washington D.C, (1990);

OPS/OMS, “La participación en el desarrollo social de la salud-Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud”, HSS/SILOS-26, Washington, (1993);

OPS/OMS, “Evaluación para el Fortalecimiento de Procesos de Participación Social en la Promoción y el Desarrollo de la Salud en los Sistemas Locales de Salud; División de Sistemas y Servicios de Salud”, HSS/HSD-HED, Washington D.C., (1994);

OPS/OMS, “La participación social en el desarrollo de la salud: experiencias latinoamericanas; HSP/SILOS-35; Washington, (1997);

OPS/OMS, “Gobernabilidad y Salud. Políticas Públicas y Participación Social”, Washington D.C, (1999);

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

OPS/OMS, “Gobernabilidad y Salud. Políticas Públicas y Participación Social”, Washington D.C, 1999.

OPS/OMS, “Municipios Saludables: una opción de política pública. Avances de un proceso en Argentina”; N° 55, Argentina (2002).

Perrone, N. et al, “Manual de Conceptos sobre Programación en los Sistemas Locales de Salud”. OPS-OMS-Fundación W.K.Kellogg, Washington D.C., 1996

Programa Remediar, “Informe Plan de Participación y Control Social”, Ministerio de Salud de la Nación, 1 de noviembre de 2002.

Programa Remediar, Informe de Situación, Ministerio de Salud de la Nación, 30 de noviembre de 2002.

Programa Remediar, Informe Plan de Participación y Control Social, Ministerio de Salud de la Nación, 1 de noviembre de 2002.

Programa Remediar, Actas de la Comisión Asesora Intersectorial (CAI) con fechas 03/07/2002; 15/07/2002; 17/07/2002; 09/08/2002; 27/08/2002; 10/09/2002; 02/10/2002; 13/11/2002; 29/01/2003; 05/03/2003; 02/04/2003; 07/05/2003; 16/07/2003; 10/09/2003; 08/10/2003; 19/11/2003 y 11/12/2003

Rifkin, Susan; “A Framework Linking Community Empowerment and Health Equity: It Is a Matter of CHOICE”, London School of Economics, London School of Hygiene & Tropical Medicine; Centre for Health and Population Research, Sept. 2003.

Roberts, B. “The New Social Policies in Latin America and the Development of Citizenship. An Interface Perspective”, University of Texas at Austin, 2001 (material de consulta. Prohibida su citación)

Spink, P., The Rights Approach to Local Public Management. Experiences from Brazil, Paper presentado ante el XXII Congress of the Latin American Studies Association, 2000

Tobar, F., “Atención Primaria de la Salud: una alternativa para salir de la emergencia” s/d; “Cómo fomentar la Atención Primaria de la Salud” s/d; “Atención Primaria Resignificada en la Red de Servicios: Conferencia, 6° Congreso “La Salud en el municipio de Rosario”, 1997.

Tobar, F.: Reforma de los sistemas de salud en América Latina; Fundación ISALUD, 1999.

Ugalde, A., “Ideological Dimensions of Community Participation in Latin American Health Programs”. Social Science and Medicine, 2: 41-53, 1985. En: Bronfman, M.; Gleizer, M., op. cit.

Wainerman, Catalina, Sautu Ruth, “La Trastienda de la Investigación”, Editorial Belgrano, 1998

Weisner, Eduardo, “Función de evaluación de planes, programas, estrategias y proyectos”, CEPAL, 2000

Winch, P.; Hudelson, P. "Formative Research in Community-Based Vector Control Programs", 1991. En: Bronfman, M.; Gleizer, M., op. cit.