

*Cuadernos
de
CLASPO- Argentina*

**La participación ciudadana
como estrategia de fortalecimiento
de la Atención Primaria de la Salud:
un estudio de caso**

SEBASTIÁN ESSAYAG

16

JULIO 2006

Los *Cuadernos de Claspo-Argentina* tienen como objetivo difundir los resultados de las investigaciones que se han llevado a cabo en el marco del Grupo de Trabajo sobre Políticas Sociales y Desarrollo Comunitario Auto-sustentable en Perspectiva Comparada.

Indice

Introducción	3
Los mecanismos de participación social en el marco del Programa Remediar	6
1. La Comisión Asesora Intersectorial	8
2. La capacitación como una acción concreta de participación	15
3. La comunicación y la difusión de la información	17
4. Las acciones de participación en una interfaz macro-micro: una introducción a la participación ciudadana en el nivel local	21
5. Fisonomía de la participación ciudadana en salud en un estudio de caso a nivel local. Interfaz con el Programa Remediar	26
5.1. Contexto sociodemográfico (ficha técnica)	26
5.2. Ubicación e infraestructura social	27
5.3. La participación de la comunidad en el marco del Programa Remediar	29
5.4. Otros espacios de participación comunitaria en el contexto local	34
5.5. El clientelismo político: un obstáculo a la participación	38
6. Conclusiones	40
Bibliografía	43

© CLASPO-Argentina, Buenos Aires, 2006.

Grupo interinstitucional de trabajo entre el Instituto de Desarrollo Económico y Social, la Universidad Nacional de General Sarmiento y la Universidad de San Andrés, mediante un convenio con el Center for Latin American Social Policy (CLASPO), University of Texas at Austin. El Proyecto cuenta con el apoyo de la Fundación Ford.

Equipo Coordinador: Carlos Acuña (UdeSA), Elizabeth Jelin (IDES) y Gabriel Kessler (UNGS).

Para la reproducción del material deberá citarse la fuente.

La participación ciudadana como estrategia de fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud: un estudio de caso

SEBASTIÁN ESSAYAG*

Introducción

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, organizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF en 1978. En esa 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 ciudadanía, tanto desde el nivel central –gracias a la implementación de programas nacionales o subnacionales– como desde el nivel local –gracias a 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 Atención Primaria de la Salud (APS).

Dicha estrategia de APS se sustenta en la idea de que la salud no está aislada de ambientes como el social, el político y el económico, atravesados todos ellos por la cuestión de la pobreza. En este sentido, la estrategia de APS avanza sobre la tradicional visión biomédica que concibe a la salud como la “atención a la enfermedad” y la redefine focalizando en acciones como las de promoción, prevención y autocuidado.

Transcurridos 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 la orientación de muchas políticas de salud y la consecuente asignación de recursos financieros y humanos sigue estando alineada 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 tienen los procesos de empoderamiento (*empowerment*) de la comunidad sobre el campo de la salud. De igual manera, apuesta al desarrollo de las capacidades individuales y comunitarias y a la participación

* Dirección electrónica: <sebasessayag@ciudad.com.ar>.

pluriactoral en la toma de decisiones. La estrategia de APS considera que la salud no se alcanza sólo curando la enfermedad, sino que resulta de un lento proceso de empoderamiento en el que los usuarios del sistema sanitario identifican los problemas que aquejan a su comunidad, para luego definir, implementar, y evaluar los programas que ellos consideran prioritarios y que resultan autogestivos, e influir sobre aquellos otros que son gestados externamente, en general desde los niveles ejecutivos.

Consideraremos como una primera aproximación al concepto de participación ciudadana en salud a “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). 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).

Si nos ceñimos a estas definiciones, la participación en el campo de la salud en Argentina pareciera mantenerse como un hecho aislado y, si bien en la actualidad la comunidad participa un poco más que antes (básicamente en las últimas tres décadas), 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 la participación en la definición de las prioridades sanitarias, de los programas de salud y de los servicios de atención médica es aún muy escasa. A lo anterior se suma el insuficiente registro de las ya escasas experiencias. Los efectos negativos sobre el sector de la salud en la Argentina¹, 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 este ámbito. En este contexto, pareciera que la participación se ha limitado al reclamo –sin que por esto no sea éste considerado una forma legítima de ejercer la participación ciudadana– y no a acciones de deliberación, concertación y toma de decisiones en el desarrollo de las políticas públicas.

¹ Ya desde mediados de los años 90 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 90 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 y el número y la composición de la demanda, al tiempo que disminuyeron los niveles de cobertura médica. Así, el subsector público de la salud, debió hacer frente a una sobre demanda de atención médica principalmente a través de los hospitales públicos, que se tradujo en desabastecimiento de insumos básicos y medicamentos e inclusive, en algunos casos, en la eventual suspensión de los servicios sanitarios.

A partir de este marco general, en el presente estudio nos proponemos abordar el componente de Participación Social del Programa Remediar² en las etapas de diseño y ejecución de dicha política pública, y analizar los mecanismos de participación previstos. Este objetivo se complementa con un segundo que busca reconocer la interfaz que mantienen los actores sociales desde el nivel central con los espacios de participación comunitaria en el nivel local. En este nivel, buscamos analizar las instancias de participación comunitaria en salud a partir de un estudio de caso en el ámbito local. El estudio de caso se refiere a un Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) ubicado en el Barrio de Villa Caraza en la localidad de Lanús, conurbano de la Provincia de Buenos Aires. El estudio de caso permitirá un acercamiento 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.

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 del Programa Remediar y otro “micro” constituido principalmente por aquellos grupos que se crean “desde abajo” en la comunidad local y que resultan ser beneficiarios de dicho programa. Analizados los dos niveles de participación, nos interesa reconocer el modo en que las instancias de participación de uno y otro nivel conviven en términos de adaptación, antagonismo, indiferencia, etc.

En cuanto al abordaje metodológico, la unidad de análisis para el estudio del Programa Remediar ha sido cada actor social que forma parte de la Comisión Asesora Intersectorial (CAI). El abordaje se realizó a través de fuentes de datos secundarios y de entrevistas semiestructuradas en profundidad y de la observación no participante. La documentación y normativa del programa, las actas y minutas de las reuniones de la CAI 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, el diálogo con colegas y la revisión bibliográfica.

² El Programa Remediar tiene como objetivo la provisión directa de medicamentos en todos los 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. El Programa Remediar, en su afán por lograr asegurar la accesibilidad a los medicamentos, busca fortalecer el modelo de 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 (OSC). El Programa Remediar comenzó su ejecución en octubre de 2002 y su financiación está asegurada hasta finales de 2006 a través del préstamo OC-AR 1193 del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). El Programa Remediar es uno de los Programas de Reforma de la Atención Primaria de la Salud (PROAPS) dependiente de la Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización, Secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias del Ministerio de Salud de la Nación.

Nos interesa reconstruir el tipo de concepción sobre participación social que tienen los actores sociales que participan en la ejecución del programa. En este sentido, coincidimos en 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 la participación influirá en el diseño de los mecanismos para lograrla. Así, 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 incentivarla, inhibirla o hasta cancelarla.

Nuestra investigación asume un carácter cualitativo en cuanto a las técnicas de recolección de los datos y a la modalidad de abordar el fenómeno de la participación ciudadana en salud en el nivel local. 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 éstas 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).

En relación con el estudio de caso, hemos reconocido como unidades de observación a los actores sociales y político-institucionales y otros actores relevantes que actúan en el campo de la salud en particular. También a aquellos que siendo actores sociales no originarios del campo de la salud, actúan directa o indirectamente en ella, autónomamente o en red en el contexto local. Para su reconocimiento y eventual acercamiento hemos contactado a distintas organizaciones que surgieron de la información suministrada por los informantes al momento de las entrevistas.

Finalmente, nuestras conclusiones intentarán asumir un enfoque “dialógico” entre los actores que participan en el campo de la salud en el nivel local con el sistema a partir de la implementación de un programa diseñado y ejecutado “desde arriba”. 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.

Los mecanismos de participación social en el marco del Programa Remediar

El Programa Remediar incluye un componente de participación social en su diseño. Este componente se desarrolla en el Plan de Participación Social, el cual define a la participación ciudadana en salud de la siguiente manera 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”. (Programa Remediar, Informe Plan de Participación y Control Social, Ministerio de Salud de la Nación, 1 de noviembre de 2002). Como queda evidenciado en la definición, mediante la participación se le está otorgando un rol activo a la ciudadanía en todas y cada una de las fases de la política pública.

Retomando algunas ideas que nos planteábamos anteriormente surge una pregunta: ¿influirá la forma en que se concibe a la participación en el diseño de los mecanismos para lograrla? Esta pregunta apunta a determinar si los creadores del programa han diseñado también los mecanismos necesarios y suficientes para que la ciudadanía tenga tales oportunidades reales de participar del modo en que son definidas. La participación, según la definición, estaría asumiendo un carácter de tipo político en el que los distintos actores ejercen poder al identificar los problemas y al diseñar, ejecutar o evaluar los cursos de acción que se viabilicen. Tal definición se alinea con aquella que concibe la OPS, la cual afirma que “la participación [...] 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).

En el diseño del Programa se pueden distinguir dos niveles de participación. Uno, vinculado a la participación de las OSC, o participación institucional, y el otro orientado hacia la participación comunitaria mediante 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 del Remediar. En este sentido, la propuesta de participación del Programa Remediar previó ya desde su diseño dos tipos de espacios que buscan 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 fueron diseñados con el fin de operar 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 OSC. Fueron previstas cinco instancias de participación y control social: los Consejos Locales de Salud (CLS)³; los Consejos Consultivos

³ 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 municipal. Para promover el desarrollo y 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.

Provinciales (CCP), los Consejos Consultivos Municipales (CCM)⁴; 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 y de Monitoreo Social (CSD) que opera en el marco de la CAI. Concentraremos nuestro análisis en esta última instancia.

El diseño pareciera buscar abrir espacios de participación donde no los hubiera, al tiempo que busca fortalecer los ya existentes adaptando la implementación del Programa Remediar 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...

1. La 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”, en el nivel político-institucional, e integrado por diversos actores, algunos desde que se lanzó el programa y otros que fueron sumándose con el transcurso del tiempo⁵. Este espacio de participación ha permitido la circulación de información y de experiencias a la vez que ha canalizado los reclamos y las denuncias hechas por los beneficiarios (Control Social Directo). La CAI fue creada con el fin de reconocer las necesidades que surgen de la ejecución del Programa Remediar y canalizar las demandas y los reclamos de la comunidad. Para este fin, Cáritas y la Cruz Roja, llevan a cabo el relevamiento de tales demandas y reclamos, gracias a su dispersión territorial en todo el país mediante instrumentos de recolección de la información (Grillas de CSD).

“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

⁴ Estos consejos articulan el Programa Remediar 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 municipales en los Consejos Consultivos a fin de sensibilizar e informar en los mismos sobre el Programa Remediar y la importancia de la participación y el control social. A su vez acuerdan con las OSC la representación del Programa Remediar en los Consejos Consultivos.

⁵ 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; los Poderes Ejecutivos Locales; el Consejo Nacional de Políticas Sociales; la Cruz Roja Argentina; 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).

por parte de las organizaciones, de reclamos de la gente y un órgano que permitió un ida y vuelta constante con lo local". (Entrevista a 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).

"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". (Entrevista a Paula Frutos, Cruz Roja Argentina –Filial San Fernando–, miembro de la CAI del Programa Remediar).

Según surge de las entrevistas realizadas a los consultores del Área de Comunicación y Participación Social del Programa Remediar, 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 a los 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.

Además, se concentran aquellos obstáculos que tienen que ver con la falta de información y el desconocimiento por parte de los profesionales de la salud de la operatoria del programa y por parte de los beneficiarios de su uso (por ejemplo, se debe asistir con el DNI para retirar un medicamento o la consulta hecha en un CAPS no permite aún con receta retirar el medicamento prescripto en otro CAPS dentro o fuera de la misma región sanitaria); las campañas de difusión han sido deficitarias y su contenido y canal no siempre son óptimos. Finalmente, se reconocen problemas vinculados con el clientelismo político y la interferencia que se produce en la entrega de medicamentos y en la posibilidad real de efectivizar las denuncias y los reclamos so pena de no recibirlos. Es por este motivo que las OSC que participan del CSD constituyen un sistema de garantías ante estos reclamos y denuncias de la comunidad.

Este reconocimiento de los problemas vinculados a la ejecución del programa implica una necesaria interfaz con las organizaciones de base en el ámbito local. Y es por esto que la

participación de las OSC 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 solucionando los problemas que se presentaran en cada rincón del país. En este sentido, podemos reconocer acciones concretas de las OSC que participan de la CAI que van desde el control y monitoreo del programa, la confección del Vademécum para la composición del botiquín –reconociendo la experiencia de la OPS y de la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA) en la materia– hasta acciones de capacitación, comunicación e información.

¿Por qué se crea la CAI? A partir de la información que surge de las entrevistas, la gestación de este espacio de participación fue exigida por mandato del BID.

“Cuando se produce la crisis de 2001, para que le permitan el traspaso de fondos, el BID exigía que dos ONG de renombre o con bastante peso, dentro del país, realizaran alguna metodología de control. En aquel momento lo que las autoridades del Programa Remediar habían diseñado era más o menos la idea de lo que iba a ser la CAI: una o más ONG 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”. (Entrevista a Paula Frutos, Cruz Roja Argentina).

Justamente Cruz Roja y Cáritas fueron las dos únicas OSC convocadas para llevar a cabo el CSD 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 la 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 [...]”. (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).

El diseño del Plan de Participación Social se vio condicionado no sólo por las exigencias del Banco sino también por la situación de crisis y emergencia social y sanitaria que atravesaba el país hacia finales de 2001. En este sentido, la falta de credibilidad hacia los gobernantes fortaleció la idea de sumar a la sociedad civil al programa logrando una mayor legitimidad y generando un espacio en el cual la sociedad empezara a participar y desempeñar un rol más comprometido con la ejecución de las políticas públicas. Tal es el caso de la inclu-

sión dentro del programa de actores que históricamente fueron impulsores y promotores de la participación social (Cáritas o Cruz Roja) aunque con un posicionamiento algunas veces muy doctrinario en temas de salud (por ejemplo, salud reproductiva).

Así, las reglas de inclusión y exclusión de los actores sociales de la CAI⁶ estuvieron íntimamente definidas en un contexto de emergencia, de crisis económica y político institucional que vivía la Argentina y este mismo contexto *“no daba tiempo para convocar a demasiadas organizaciones”* tal como sostuvieron 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, pudieran hacerlo. 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”* (Entrevista a Paula Frutos, Cruz Roja Argentina). Así, la CAI pareciera haber convocado a las organizaciones en un proceso cuasi-cerrado y excluyente. Nos preguntamos si ante la situación de grave emergencia sanitaria que vivía el país no se habrá optado deliberadamente 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 el político-institucional, 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 otros en sus respectivas 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 gestión que quitaron continuidad a los proyectos intersectoriales.

Para el caso de Educación es claro que la importancia de la incorporación del Programa Remediar se refería al potencial que tienen las escuelas como agentes replicadores de programas de prevención y promoción de la salud de los niños y sus familias. Sin embargo, si

⁶ 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.

consideramos el eje por el cual pasa el CSD implementado desde la CAI, quizás Educación no encontró un “incentivo” para permanecer en un programa que no está 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 que los beneficiarios del Plan Jefes y Jefas de Hogar Desocupados tienen en la operatoria del programa en los CAPS (tareas administrativas, ver estudio de caso).

Así pues, una primera característica que adquiere 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 OSC 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 Programa Remediar. Este espacio da lugar a una interfaz entre los dos niveles macro y micro.

Ahora bien, si la CAI representa un espacio de participación de las OSC 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 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 el Remediar es parte? En principio, hemos podido reconocer que muy poco espacio. Resulta que ese espacio opera como un órgano que controla un aspecto de la ejecución del programa y 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.

El Programa Remediar se había propuesto en su diseño crear Consejos Locales de Salud en al menos el 30% de los CAPS participantes, desde la CAI han manifestado su interés en promoverlos, no obstante, muy poco de esto se ha logrado. El Programa Remediar ha puesto el foco sólo sobre aquellas formas de participación que permitan la canalización de información acerca de las necesidades, reclamos, denuncias y preferencias de la comunidad así como también se ha focalizado sobre acciones de participación en un grado que OPS definiría como de “cooperación”, referidas al trabajo de tipo administrativo llevado a cabo por los ciudadanos beneficiarios de planes sociales y quienes deben donar su tiempo a cambio de 150 pesos (Plan Jefes y Jefas). Estos hombres y mujeres que participan son recursos (humanos) que le permiten al programa hacer que el mismo llegue a la población beneficiaria. En este sentido, la participación no superó las acciones “reclamativas” o de trabajo “cooperativo” desdibujándose aquellos objetivos plasmados en la definición misma de participación ciudadana que se hicieron explícitos en el Plan de Participación Social.

“Fueron prácticamente inexistentes los casos en donde se formaron Consejos Locales de Salud promovidos por el Programa Remediar, desde el Programa Remediar 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 [...] el Programa Remediar no hizo ninguna estrategia, no insistió en este tema, no estuvo atrás, no llevo ninguna estrategia específica, murió”. (Entrevista a 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).

Ahora bien, desde un punto de vista teórico, 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 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), o “como la movilización de los recursos de salud de la comunidad” (Muller). La primera acepción está vinculada a una noción de “participación poder” mientras que la segunda se asocia más a un tipo de “participación instrumental”⁷.

En esta misma línea, la OPS ha propuesto tres grados de participación ciudadana en salud (OPS, 1990). Por un lado, un primer grado está vinculado a la “utilización” de los servicios de salud, sin que por esto exista injerencia sobre la toma de decisiones respecto del diseño o aplicación de programas. Este grado 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

⁷ 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 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.

para llevar a cabo planes y programas. Por último, la “intervención en la adopción de decisiones” que implica participar 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 concretas para el cumplimiento de objetivos diseñados por terceros, en el trabajo voluntario o aquel trabajo de tipo colaborativo que realiza la comunidad para ayudar en proyectos de salud que son determinados externamente o simplemente en la utilización que hace la comunidad 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 no se refieren necesariamente a acciones concretas vinculadas a la fase de ejecución de las políticas públicas, sino que actúan sobre los procesos de diseño, implementación y evaluación, sobre la base de temas que la propia ciudadanía considera prioritarios y que inevitablemente deberá negociar y concertar con instancias político-institucionales. Este tipo de participación, a diferencia de la instrumental “tiene voz”, se constituye en un fenómeno político. Esta cualidad de fenómeno político de la participación poder resulta emancipadora y hasta podría exceder el campo de la salud. La participación instrumental, por el contrario, 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 públicas⁸.

El Programa Remediar ha diseñado estrategias de “participación poder” pero en la práctica sólo ha implementado los mecanismos necesarios para que la participación de la ciudadanía no supere la fase instrumental. Mediante la participación de la comunidad como usuaria/beneficiaria del programa o al reclamar o defender sus derechos, el Programa Remediar ha “sostenido” su estructura, ha facilitado su ejecución, ha buscado garantizar la efectiva implementación del mismo. Sin embargo, no ha logrado fortalecer aquellos espacios que se había propuesto para intervenir en la adopción de decisiones, hecho este que le hubiera garantizado a la comunidad la oportunidad de “hacer oír su voz”, de influir sobre la definición de las prioridades en materia de APS, superando el reclamo o la cooperación.

⁸ 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).

2. La capacitación como una acción concreta de participación

Desde la CAI se han implementado diferentes acciones de participación de las organizaciones que la componen. Las mismas han diseñado en 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”. (Entrevista a 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).

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 OSC 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 dado que esta organización tiene representación en prácticamente todos los médicos del país.

“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 [...]”. (Entrevista al Dr. Ricardo Coronel, Director de la COMRA. Miembro de la CAI del Programa Remediar).

Este tipo de capacitación de corte más técnico tiene un impacto directo sobre la racionalidad en el uso y la prescripción de los medicamentos por nombre genérico que se incluyen

en los botiquines. La participación por parte de algunas de las organizaciones que conforman la CAI en estas actividades de capacitación requiere de saberes técnicos que ubican a las corporaciones profesionales en un lugar de mayor cercanía con el cuerpo profesional y técnico de los CAPS en el nivel local. Este mismo cuerpo luego replica la información hacia la comunidad en general en un claro efecto de capacitación en cascada.

“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 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 Cáritas tiene que llegar a donde hace la auditoría, el control social, nosotros colaboramos con nuestros profesionales”.(Entrevista al Dr. Miguel Ciorciari, Red Solidaria de Profesionales de la Salud, Departamento Laico de la Conferencia Episcopal Argentina. Miembro de la CAI).

Según lo que se desprende del análisis documental, se ha planteado en el marco de la CAI (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 OSC para la viabilidad 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, como una forma de lograr que en esa instancia también se pueda brindar capacitación a los centros.

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”* (Acta 05/03/2003) a la vez que poseen un carácter estratégico, ya que con estas acciones de capacitación y sensibilización se espera resolver en gran parte las irregularidades en la ejecución, y de este modo, reforzar la estrategia de APS, utilizando al PR como vehículo

para ese fin⁹. 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 para “hacer docencia”, teniendo en cuenta que allí estuvo centrada la atención de la población, recalcando además la importancia de explicarle a la comunidad cómo debe cuidar su salud. 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 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.

3. La comunicación y la difusión de la información

Otra de las acciones de participación desarrollada por los miembros de la CAI está vinculada al rol que tienen las OSC como difusoras y replicadoras de información sustantiva acerca del programa para que la comunidad conozca más acerca de él y que, al conocerlo, se acerque al CAPS para que, con la entrega del medicamento mediada por una consulta médica, se fortalezcan las acciones de promoción y prevención de la salud. De alguna manera estas son las acciones que el programa persigue desde su diseño. Con ello se pretende que el acceso a los medicamentos sea un “gancho”, es decir, en una especie de “excusa” que incentive la participación de la comunidad en el ámbito de la salud.

Participar en la comunicación de los contenidos del programa significó la puesta en marcha de reuniones en las que no sólo participan los responsables de los CAPS, los profesionales y trabajadores de la salud, sino que también los representantes de organizaciones de la sociedad civil y autoridades gubernamentales propias del ámbito local. Sin embargo, una vez más, estos espacios que en el mejor de los casos hubiesen fortalecido la construcción de los CLS, representan hoy una asignatura pendiente.

Sin información no hay participación. Si la comunidad no conoce el programa o si, al conocerlo y acercarse al CAPS, no se implementan los mecanismos que permitan captar la

⁹ En este marco, en los documentos analizados se expresa la voluntad del Programa de utilizar el botiquín del Programa Remediar 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 “Programa Remediar Hospitalario”, de nivel intermedio, con un botiquín especialmente diseñado, atendiendo sin embargo a que el objetivo principal no es universalizar el acceso sino complementarlo.

atención del beneficiario y que, a su vez, le permitan superar el hecho –aunque no menor– de recibir medicamentos gratis, no se le está brindando una oportunidad para participar.

Uno de estos mecanismos, según consta en una de las actas (Acta 07/05/2003), ha sido la publicación de boletines mensuales de APS¹⁰. Nos preguntamos si estos canales conducen efectivamente 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, tales canales cierran las vías para la inclusión.

En este sentido, pareciera ser que otra regla de inclusión/exclusión está vinculada al dominio de determinados saberes, ya que para entender dichos boletines se necesita en principio saber leer, y además son necesarios conocimientos científicos y técnicos para comprender la información. Este hecho se traduce, sin más, en una limitación de recursos para participar e influir en la toma de decisiones. Así, antes que promoverla, la oferta de espacios de participación está siendo inhibida. A esto debemos sumarle el énfasis puesto desde el Programa Remediar 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 del Programa Remediar 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, las cuales dieron a conocer qué era el programa, en qué consistía y cómo se podía acceder al medicamento. El Programa Remediar no es un ejemplo de programa que difunda su metodología [...] 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 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 [...]”. (Entrevista Andrea Casabal, responsable del Área de Participación y Control Social del

¹⁰ Desde julio de 2003 se distribuyen dichos boletines en los CAPS bajo la denominación “Boletín PROAPS-Programa Remediar: Atención Primaria de la Salud” con un tema central en cada uno de ellos.

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).

Una deficiencia que se observa desde el nivel central está vinculada con la información que le llega al CAPS en relación con los cronogramas de entrega de los botiquines, información que es de suma importancia para que la comunidad se informe de cuándo llega el botiquín y pueda así acceder al CAPS. Esta escasez de información se observa también en relación con los controles, la vacunación, la prevención, y 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. Esto porque son ellos mismos los que tienen trabajo o se atienden en el CAPS, o viven al lado y por lo tanto 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 no se comparte cuando llega. Una vez que le llegó al director del CAPS lo lee, lo guarda, se lo lleva si le resulta interesante, lo tira, o lo usa 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 ocurre 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 del Programa Remediar, el 0 800, la página web, el call center, el boletín, las ONG, 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 página es muy buena, está permanentemente actualizada, el call center también. Pero no se si son los suficientemente efectivos para la totalidad de los beneficiarios”.

“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 encontrás nada ahí. No hay muchas veces ni 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'". (Entrevista a Paula Frutos, Cruz Roja Argentina (Filial San Fernando). Miembro de la CAI del Programa Remediar).

Por otro lado, las campañas de comunicación y difusión del Programa Remediar no se pensaron desde la CAI sino que fue el área de prensa a nivel central que decidió los contenidos, la modalidad y la frecuencia de la emisión.

"El Programa Remediar 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 objetivo. 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 Programa Remediar [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. El Programa Remediar no se podía cortar solo y hacer su campaña. El tema estuvo mucho más sujeto a las decisiones políticas [...]. De ese componente de difusión del programa nada quedó [...]" (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).

Tal como nos informan los testimonios, más allá del mensaje confuso que hizo creer a la población que con el Programa Remediar se podía acceder a cualquier medicamento, las campañas masivas aumentaron la afluencia de la población a los CAPS y tuvieron un impacto, durante los meses de mayor difusión, sobre las tasas de denuncias y reclamos.

"[...] la campaña no fue ni lo suficientemente reiterada ni lo suficientemente específica como para que la gente entendiera de qué se trataba. Yo veo a la gente que me pregunta y no sabe qué es el Programa Remediar. Me parece un pecado que aquel que necesita acceder a un centro de atención para obtener un medicamento –porque de otro modo no lo tendría– no obtenga la información suficiente o ni si quiera sepa de la existencia del programa [...]" (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).

Pareciera ser que, partir de algunos testimonios, los flujos de información no están reconociendo las particularidades locales y este es un mal que históricamente han tenido los programas diseñados desde un nivel central con una extrapolación acrítica a los contextos locales. Según algunos de los testimonios, la visión que tiene el programa es la de la Capital o del Gran Buenos Aires, y esto dificulta el reconocimiento de los problemas de accesibilidad que padece una gran parte del resto del país. Asimismo, se estarían sobreestimando medios como la Internet, o la TV si en algunas comunidades ni siquiera llegan los canales de televisión. Sobre estos temas retomamos algunas interesantes consideraciones de uno de nuestros entrevistados.

“El Programa Remediar lo ve desde la óptica, desde un lugar como es la Capital Federal, que siempre esa óptica ha ejercido un sesgo muy grande respecto de lo que es la realidad del país. Este ha sido para mí el error 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 esté hasta en el último rincón del país sepa que su información fue recibida [...]” (Entrevista al Dr. Ricardo Coronel, Director de la COMRA. Miembro de la CAI del Programa Remediar).

4. Las acciones de participación en una interfaz macro-micro: una introducción a la participación ciudadana en el nivel local

Cuando las OSC brindan información y capacitan están construyendo espacios de articulación entre el nivel central y el nivel local. Para el caso del Programa Remediar esta interfaz macro-micro además de haber estado vinculada a acciones de capacitación y comunicación ya revisadas, estuvo también concentrada en la resolución de los “cuellos de botella” que se fueron presentando desde el punto de vista operativo y logístico. Sólo en algunos pocos casos se aprovechó la provisión de medicamentos como un incentivo válido para fomentar y fortalecer la participación de la comunidad en los espacios que se habían diseñado para tal efecto (CLS, básicamente). Pareciera ser que, aún existiendo la voluntad y la plena convicción de que tales espacios eran y son fructíferos, la estrategia diseñada para fortalecerlos ha sido desde la CAI muy débilmente implementada, máxime teniendo en cuenta que el programa es parte de uno mayor que busca la promoción de la estrategia de APS.

En este sentido, debemos reconocer que la participación de la comunidad en el campo de la salud como en cualquier otro, está condicionada por una variedad de factores, uno de los cuales se refiere a la oferta de oportunidades de participación por parte del gobierno (Kubal, 2001). Es decir, “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 bien el modo en que alientan su participación en el caso de ausencia de iniciativas ciudadanas” (Kubal, 2001: 48, mi traducción). Según esta premisa, el programa, reconociendo las iniciativas autogestadas por la propia comunidad (CLS o afines) o bien tomando la iniciativa mediante incentivo que representa el medicamento como “excusa” para acceder a la salud, debería haber creado espacios participativos como los CLS, o bien fortalecerlos en caso de que ya existieran, y así fomentar la estrategia de APS en el ámbito local.

Como surge de la información relevada, espacios de participación como los CLS han sido siempre la resultante de una iniciativa que nació del ámbito local. En aquellos casos en que no se reconocen procesos autogestivos de participación comunitaria en salud el Programa Remediar 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 OSC, Cáritas y la Cruz Roja principalmente, en todos los lugares donde están conformados y funcionan los CLS –o espacios equivalentes de participación comunitaria– si hay una filial de dichas organizaciones, la misma es convocada a participar. Sin embargo, en muchos casos se desvirtuó el sentido de ese espacio de participación autogestado y el mismo fue absorbido por estructuras políticas con prácticas clientelares. Este factor de inhibición, y hasta de cancelación genuina de la participación está asociado al manejo discrecional que los punteros políticos o militantes partidarios hacen de los programas sociales que se implementan en el nivel local y a la interferencia que dicho manejo genera en los procesos de toma de decisiones de los actores sociales originariamente involucrados. El tercer sector, en este marco, opera como un sistema de garantías para la comunidad interesada en 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’, a vos te da 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 [...]”. (Entrevista a Paula Frutos, Cruz Roja Argentina (Filial San Fernando). Miembro de la CAI del Programa Remediar).

Los mecanismos de participación diseñados por el Programa Remediar se alinean 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 Programa Remediar busca que con la entrega de los medicamentos la comunidad se acerque al CAPS y pueda ser controlada (ya que para la prescripción del medicamento se requiere de una atención médica previa), y de este modo hubiera un reconocimiento de la población que es atendida. Las autoridades sanitarias pueden conocer e informar a la comunidad acerca de cuál es el diagnóstico sanitario que realizaron y cuál es el cuadro epidemiológico de su zona. 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 la información.

Sin embargo, el Programa Remediar, como ya hemos notado, se ha mostrado débil en esta interfaz y debiera profundizar los lazos con la comunidad local partiendo de un reconocimiento conjunto de cuáles son las patologías prevalentes que tiene cada comunidad y, con la asistencia profesional local, capacitar y replicar la información, no sólo acerca del uso racional de medicamentos –ya que no todo se soluciona con remedios– sino articuladamente con otros programas y hasta interjurisdiccionalmente (por ejemplo, con educación) promoviendo pautas culturales que, como la alimentación, la higiene y 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?”. (Entrevista al Dr. Ricardo Coronel, Director de la COMRA. Miembro de la CAI del Programa Remediar).

Sólo gracias a la información y a 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.

Otro de los factores condicionantes de la participación ciudadana, además de “la oferta de oportunidades por parte del gobierno” antes comentada, responde a “la capacidad que

tienen los ciudadanos de responder o tomar iniciativa”, y ambas variables a su vez están mediadas por la “infraestructura social” (Kubal, 2001). La “infraestructura social” está asociada al capital social existente, a los partidos políticos y a la institucionalidad local, se refiere a las organizaciones, ya sean estas OSC de base (barriales, de fomento, entre otras) o no, y a la institucionalidad construida en el contexto local. También se refiere al modo en que dichas organizaciones e instituciones se relacionan entre mediante 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.

La “infraestructura social” condiciona la participación dado que la articulación con otros espacios de participación comunitaria, distintos o afines al campo de la salud, 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 por citar un ejemplo vinculado a una de las organizaciones que conforman la CAI, promueven campañas de prevención del cólera, del mal de Chagas o toman las tallas para la detección de niños desnutridos. Por su parte, las escuelas y las parroquias también son espacios facilitadores para promover la concurrencia a los centros de salud para realizarse controles periódicos.

Casualmente, estas acciones de participación son fomentadas por los voluntarios de las mismas organizaciones que conforman la CAI, y por este motivo nos preguntamos entonces porqué no ha sido aprovechada la experiencia acumulada de estas organizaciones (Cáritas y Cruz Roja, principalmente) y las capacidades instaladas por ellas mismas para replicar, en el marco de la implementación del Programa Remediar, las estrategias de promoción de la APS.

Tanto “la oferta de oportunidades que otorga el gobierno” como “la capacidad que tienen los ciudadanos de responder o tomar iniciativa” dan cuenta de la relación existente entre Estado y sociedad civil, ya que la iniciativa ciudadana puede depender de la oferta de oportunidades o de la inexistencia de resistencias por parte del gobierno. Asimismo, 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 postura cerrada cuyas manifestaciones pueden ser anti participativas y excluyentes o inclusive represivas. A la inversa de estas últimas modalidades, el gobierno puede acercarse a la comunidad para solicitar su participación en la implementación de los proyectos o programas (participación instrumental). Esta cuestión también está ligada al tipo de régimen político y de cultura política, ítems 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 por la 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 crítico que termine afectando los procesos de toma de decisiones e implique compartir el poder. ¿Habrá ocurrido esto en el caso del Programa Remediar?

Pareciera existir consenso entre los autores abordados en que los contenidos, los mecanismos, los alcances y hasta los obstáculos a la participación en el terreno sanitario, 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 para así poder conocer cuáles de estos condicionantes y cuáles de estos facilitadores de la participación tienen efectos positivos sobre la salud y el bienestar de la comunidad y cuáles no.

Según Bronfman y Gleizer (1994), en el contexto local es donde existe una dimensión política que está atravesada por actores sociales y político-institucionales quienes manifiestan sus intereses, quienes se asocian o no. 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), estos construyen ámbitos de articulación, concertación y negociación atravesados inevitablemente por el conflicto y 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 de este modo comportamientos de tipo político. Por otro lado, existe también 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 abierto¹¹ y en

¹¹ 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 aquél es sólo un componente (De Roux, 1990).

permanente cambio. Sin embargo, la escala no es el tamaño sino la complejidad y por este motivo es que resulta necesaria una mirada de lo local que trascienda lo sectorial y se asocie más a una imagen de capas geológicas que se van acumulando en un mismo territorio en términos de oportunidades y obstáculos dándole fisonomía a un proyecto en continuo y permanente desarrollo. En este marco, el próximo acápite aborda justamente nuestro estudio de caso en el nivel local, a partir del cual observaremos los comportamientos de los actores y la fisonomía que adquiere la participación ciudadana en relación con las variables aquí desarrolladas.

5. Fisonomía de la participación ciudadana en salud en un estudio de caso a nivel local. Interfaz con el Programa Remediar

5.1. Contexto sociodemográfico (ficha técnica)¹²

El estudio de caso se refiere al área de influencia del CAPS “Dra. Miranda Norgren” (Efector Programa Remediar 02359) ubicado en el Barrio de Villa Caraza en la localidad de Lanús, Conurbano de la Provincia de Buenos Aires.

Pobreza. El 72% de la población de Lanús es pobre. Según el criterio de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), es decir aquel que determina situaciones de pobreza estructural, el 32% de la población residente en los barrios ubicados en los alrededores del CAPS 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 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 es pobre por NBI e ingresos por debajo de la línea de pobreza.

Asistencia y empleo. Una importante parte de la población residente en el área de estudio recibe asistencia del Estado mediante programas sociales de ayuda alimentaria (25%) y de empleo (33%). Entre quienes se definen como jefes de hogar (17% de los residentes que

¹² 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.

conforman la población seleccionada), 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.

5.2. Ubicación e infraestructura social

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 en la localidad de Lanús, Conurbano de la Provincia de Buenos Aires. El barrio se encuentra cerca de otros barrios como el Eva Perón más humildes y con un altísimo índice de contaminación debido a prolongados asientos de basura que, junto a las lluvias, han generado verdaderos polos de contaminación ambiental. El movimiento de MTL (hoy Piqueteros) lleva a cabo la primera toma del Barrio “10 de enero” en los años 80 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 de dicho CAPS es la Dra. Cristina Godoy quien asume en febrero de 1999. 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. Sobre esta cuestión vinculada a las prácticas clientelares volveremos más adelante.

La infraestructura social en el área de influencia del CAPS está compuesta por unas pocas OSC. La Iglesia no participa, hasta lo que hemos podido registrar en el campo de la

salud, y desarrolla sus propias actividades vinculadas fundamentalmente a dar de comer en los comedores y a 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) y el Centro Cultural “San Martín”, asimismo existe una Junta Vecinal llamada también “San Martín”, cinco escuelas (Nº 26, 35, 48, 64, 77), 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. Hemos reconocido una sola red interbarrial en torno al Centro Cultural “Germán Abdala” que permite cierta interacción de algunas de las organizaciones antes mencionadas. Se suma al capital social el trabajo desarrollado por las Comadres y Manzaneras impulsado por el Municipio y el de los Jefes y Jefas de Hogar Desocupados quienes participan, entre otras actividades, en la ejecución del Programa Remediar. El CAPS “Ramón Carrillo” es el segundo CAPS de la zona y se ubica próximo al “Miranda Norgren”. La Dra. Godoy también dirige este CAPS aunque con diferencias en cuanto a la gestión participativa y la inserción de la comunidad¹³.

La zona de Villa Caraza es considerada políticamente un “bastión manolítico” (en referencia al ya “centenario” intendente Manuel Quindimil, Partido Justicialista o Peronista). El CAPS Miranda Norgren está ubicado próximo al centro de Caraza creado en 1950, primera zona con luz y considerada la “más acomodada” ya que el resto son villas de emergencia. El CAPS fue y es controlado por el poder político de Quindimil en una zona de máxima influencia política y su directora, la Dra. Cristina Godoy responde a él. Tal como surge de las entrevistas realizadas a beneficiarios del Programa Remediar, a usuarios del CAPS, a Comadres, Manzaneras, Jefes y Jefas y personal médico y no médico afectado a este y otros centros de salud de la zona, el CAPS Norgren es reconocido por tener una buena atención médica y una fuerte conducción por parte de su directora. La prevención se realiza fundamentalmente mediante la articulación con las escuelas.

El CAPS Miranda Norgren atiende en guardia de 24 horas de lunes a sábados y el domingo es rotativa. Para la atención médica en consultorios externos hay distintas especialidades: clínica, pediatría, ginecología, obstetricia, neurología, dermatología, vacunación de lunes a viernes, cardiología, enfermería y un 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, quienes fueron capacitados para desarrollar tareas administrativas. Más allá del rol asistencial, el CAPS Miranda Norgren, con base en las

¹³ 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.

estadísticas que se obtienen a partir de los datos de atención médica, arma los programas de prevención con base en las patologías prevalentes. Estos planes son trabajados en algunos pocos casos concertadamente con las demás organizaciones, a pesar de que toda la actividad se alinea con las decisiones políticas tomadas desde 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 del Programa Remediar pero no sé que hacen con ellos ya que todos [los pacientes] vienen para acá. El 35% o 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 [...] Sería bueno que si nosotros asistimos a esa población, nos dieran medicamentos para esa población. Yo les propuse a los auditores de Remediar 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” (Entrevista a Dra. Cristina Godoy. Coordinadora del CAPS Miranda Norgren).

5.3. La participación de la comunidad en el marco del Programa Remediar

Luego de varias entrevistas en la zona de influencia estamos en condiciones de afirmar que la llegada del Programa Remediar provocó un aumento de la demanda de atención al CAPS. Una cantidad significativa de pacientes que antes se atendían en el hospital ahora asiste al Miranda Norgren dado que en el hospital no se entregan medicamentos gratis.

Según los testimonios de la Directora del CAPS la comunidad toma conocimiento del Programa Remediar al llegar al CAPS y a través de los medios, fundamentalmente. Sin embargo, esta mayor afluencia, como producto del interés en obtener los medicamentos gratis, no ha impactado en una mayor participación de la comunidad en asuntos vinculados con la salud de su comunidad. Según la Dra. Godoy, una de las causas puede estar asociada al hecho de que el Remediar

“no es un programa que se pueda “discutir” en ámbitos comunitarios ya que la comunidad lo único que reclama es el medicamento” (Entrevista a Dra. Cristina Godoy).

Pareciera que el programa, por sus propias características –una de ellas ligada al producto que ofrece– no permitiera la efectiva implementación de mecanismos que incentiven a la población a empezar a participar en espacios comunitarios.

La participación en el marco del Programa Remediar se lleva a cabo a partir del trabajo de los Jefes y Jefas de Hogar Desocupados principalmente alineándose a la categoría de “participación instrumental” (concepto anteriormente definido). A partir de la entrevista que mantuvimos con una Jefa de Hogar con activa participación en las actividades del Remediar, queda en claro que las acciones de participación están estrictamente vinculadas a tareas de tipo administrativo.

“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 Remediar, 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.” (Entrevista a Lidia Susana Sotomayor, Jefa de Hogar Desocupada que trabaja como administrativa del Programa Remediar en el CAPS Miranda Norgren).

El trabajo administrativo que ella realiza se describe a continuación.

“Recibo a la gente con las recetas, y trato de entregar todos los remedios en esa receta a través del Programa Remediar. Cuando llega un paciente puede atenderse tanto en consultorio como en guardia. 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 Programa Remediar 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 Programa Remediar 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 Remediar al momento de la próxima entrega del botiquín¹⁴ ”. (Entrevista a Lidia Susana Sotomayor, Jefa de Hogar Desocupada que trabaja como administrativa del Programa Remediar en el CAPS Miranda Norgren).

Sin embargo, 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”. (Entrevista a Lidia Susana Sotomayor, Jefa de Hogar Desocupada que trabaja como administrativa del Programa Remediar en el CAPS Miranda Norgren).

Otra de los reclamos que abunda es el de los horarios de atención vinculado a la entrega de medicamentos. 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 Programa Remediar 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”¹⁵. (Entrevista a Mirta, usuaria del CAPS Miranda Norgren).

Sobre estos mismos temas, una Jefa de Hogar Desocupada entrevistada en el Centro Cultural “Germán Abdala” comenta acerca de uno de los obstáculos más evidentes para el 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

¹⁴ 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.

¹⁵ Con el agravante de que quizás tampoco consiga medicamentos allí. Si consigue los medicamentos en una sala cercana quizás pueda ir caminando, pero si se ve obligada a trasladarse a una más lejana necesitará viajar en colectivo y no siempre se cuenta con los recursos necesarios.

entero de todo [...]” (Entrevista a Petrona, Jefa de Hogar Desocupada entrevistada en el Centro Cultural “Germán Abdala”).

Por su parte, otro de los testimonios 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 nos fuéramos a quejar a la Municipalidad. Usé el Programa Remediar 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 Programa Remediar, 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”. (Entrevista a Karina, joven Jefa de Hogar Desocupada entrevistada en el Centro Cultural “Germán Abdala”).

Sin embargo, el flujo de información acerca del programa y la posibilidad que tiene la comunidad de ejercer su derecho como beneficiario del mismo parece no ser óptima.

“La gente no se involucra en nada acá, no saben, tampoco les informan. En el caso del Programa Remediar 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. El Programa Remediar 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”. (Entrevista a Lidia Susana Sotomayor, Jefa de Hogar Desocupada que trabaja como administrativa del Programa Remediar en el CAPS Miranda Norgren).

Se desprende de los testimonios 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 Programa Remediar. Este mecanismo, como ya comentáramos, no entraña una participación auténtica, sino que se limita al uso y al 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.

Es decir, por un lado la comunidad participa usando los servicios y reclamando mejoras pero por otro lado el Programa Remediar pareciera no estar aprovechando el alto nivel de utilización que tiene el primer nivel de atención en la zona estudiada. No se estaría haciendo un uso provechoso de las externalidades positivas que trae consigo la implementación de un programa cuyo fin primario (pero no último) es la entrega de medicamentos. El fortalecimiento de los espacios de participación no está siendo considerado una prioridad en la zona, máxime si reconocemos la gran cantidad de beneficiarios que hacen uso del programa en centros que constituyen la primera puerta de entrada al sistema sanitario. Insistimos en que la utilización de los servicios de salud es un prerrequisito 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 programa objeto de nuestro estudio, es claro que el mismo no está reconociendo estos facilitadores.

¿Esta ausencia de registro es casual? No. Podría deberse a fallas en el diseño, en la implementación, o a la ausencia de mecanismos efectivos de monitoreo de la ejecución del programa, es decir, a fallas en el Control Social Directo encarnado en la CAI. Este supuesto desentendimiento puede también ser el resultante de una decisión técnica o política de no hacer nada al respecto, o quizás no afecte nada de esto. Pareciera que se no se están atendiendo las oportunidades que el Programa ofrece para el empoderamiento de la comunidad y sólo se están manteniendo aquellas acciones de participación de tipo instrumental que resultan funcionales a la implementación del programa.

En este sentido, el trabajo que los Jefes y Jefas de Hogar Desocupados desarrolla acciones de participación instrumental, es decir “participan cooperando” en los términos de la OPS, realizan tareas para el cumplimiento de objetivos que fueran diseñados externamente. Sin embargo, por su proximidad con toda la comunidad –y esto mismo ocurre con las Comadres y Manzaneras– estos recursos tienen el potencial de influir sobre el rediseño de las estrategias de participación, si con un flujo de información “más aceitado” el Programa Remediar 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 podrían empezar a fortalecer los procesos tendientes a generar una mayor participación y empoderamiento comunitario.

5.4. 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 y hasta el año 2003 estuvo compuesto por el director de la unidad con inspectoras del área, todos los directores de los colegios de la zona, las Manzaneras, Comadres y representantes de los clubes del barrio. El CLS surge por iniciativa local y concentró su tarea en los problemas sociales y de salud a través de actividades de prevención y promoción. 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 capacitara en esos dos temas ya que ellos se veían demandados por los padres que les hacían preguntas que ellos no podían responder.

En este sentido, la entrevista que mantuvimos con la vice directora 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. La escuela siente que está ayudando al CAPS dado que conocen la grave situación de escasez de personal que el mismo tiene. Por sobre todo trabajan conjuntamente en la identificación de niños con bajo peso. 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 colocar flúor a todos los alumnos (la odontóloga asiste al colegio todas las semanas). Las problemáticas más ligadas a la adolescencia y de desarrollo sexual se 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 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 y padres como a docentes en temas relacionados con la salud. Profesionales de los CAPS acuden 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 a la comunidad educativa acerca de una alimentación sana en zonas de alto riesgo y bajos recursos, en cómo manejar los alimentos que llegan a los comedores y en cómo detectar a 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 para el control de estos chicos a fines de identificar qué es lo que ocurre realmente. Si se trata de falta de alimentos o de alguna enfermedad. Si es por falta de alimentos, se intenta junto con la familia y los docentes que el niño tenga aseguradas las cuatro comidas en el día y se analizan las condiciones del grupo familiar. Eventualmente, también se busca conseguirles los alimentos. Es muy importante la capacitación a los docentes cuando se trata de casos de desnutrición. (En 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, que “bajan” de la Secretaría, 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 una alta demanda por insuficiencia respiratoria aguda baja. También en la tarea de capacitar a los agentes sanitarios para que éstos trabajen en el barrio indicando a las madres signos de alarma que conduzcan a 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 el próximo embarazo y prevenir Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).

En línea con las ETS, existe otro programa con participación comunitaria en torno a la prevención del VIH/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). Posteriormente 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 con la prevención por VIH y embarazo no deseado. De este modo se genera un efecto “cascada” entre profesionales-organizaciones intermedias-agentes sanitarios y comunidad en general y se logra tener en campo a más de cien personas repicando información.

Los programas se fortalecen con otras actividades de capacitación que son llevadas a cabo por los profesionales del CAPS y por líderes comunitarios quienes ubicados estratégicamente en ámbitos del barrio como la escuela, el club o los comedores, transmiten a sus pares información sobre el cuidado de la salud.

“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 qué 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” (Entrevista a Dra. Cristina Godoy. Coordinadora del CAPS Miranda Norgren).

Las modalidades de participación suponen roles diferenciales y en este sentido es importante el rol que asume el profesional gracias a las actividades de capacitación, las cuales empiezan en el propio consultorio y se extienden hasta las charlas que se dan a los padres en los colegios, mediante los talleres o en el marco de los programas que se implementan. De este modo, la comunidad ahora capacitada e informada puede asumir su propio rol diferencial, repicando información y advirtiéndole a los profesionales –por su cercanía con el vecino– acerca de determinados hechos que pueden amenazar la salud de la comunidad, previniendo así males mayores. Esto significa construir salud socialmente. El desinterés es visto como el único obstáculo entre los informantes entrevistados.

Asimismo, se reconocen una serie de facilitadores que promueven la participación de la comunidad, algunos asociados a determinados “productos” (leche, medicamentos) y algunos otros vinculados a cuestiones de género (fundamentalmente el rol de la mujer) o del rol social que se asume.

“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 Programa Remediar debería fomentar la participación de la gente. Las Comadres, Manzaneras, Jefes y Jefas son todos facilitadores. La 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” (Entrevista a Dra. Cristina Godoy. Coordinadora del CAPS Miranda Norgren).

Luego del relevamiento de las OSC 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 (trabaja en 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, VIH, seguridad, etc.) En cuanto a salud, hoy trabajan en la implementación de un proyecto que ellos mismos diseñaron y ganaron y el cual está financiado por PNUD en prevención y promoción de VIH/SIDA 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 por medio 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 VIH 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 en temas como bulimia, anorexia y VIH/SIDA. Karina convoca a otros jóvenes del Centro para que participen del proyecto de VIH (taller de teatro). Están preparando una obra de teatro para los chicos de los grados superiores de la escuela primaria para prevención del VIH.

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 Programa Remediar como acerca de otros programas llevados a cabo por profesionales, por agentes sanitarios, por las Comadres o Manzaneras y por los agentes comunitarios, en un trabajo en red o a partir de la iniciativa de un programa que “baja desde arriba” o de una necesidad que “surge desde abajo”, en fin, las experiencias relevadas, permiten acercarnos a algunas intervenciones por parte de la comunidad en la toma de decisiones y en el diseño y ejecución de proyectos que fortalecen la estrategia de APS en el nivel local.

5.5. El clientelismo político: un obstáculo a la participación

El clientelismo político consiste en la “subordinación política a cambio de beneficios (premios) materiales” (Fox, 1994:153). El clientelismo le ha dado forma a la naturaleza de las relaciones del Estado con la sociedad civil en prácticamente todos los estados latinoamericanos. A diferencia del empoderamiento, que supone ciudadanos que ejercitan sus derechos al participar en un contexto político determinado, el clientelismo transforma ese contexto y lo ubica por sobre los intereses genuinos de la comunidad en su interés por participar. La participación queda sujeta así a la discrecionalidad de los líderes políticos. Se participa a cambio de un beneficio material, hay lealtad hacia los líderes políticos y toda participación que no respete tales decisiones políticas es inhibida o cancelada.

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 de nuestro estudio de caso, como de algunos de los informantes de la CAI en el marco del Programa Remediar, 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 clientelar que algunos municipios hacen de los medicamentos*” (Entrevista al Dr. Ricardo Coronel, Director de la COMRA. Miembro de la CAI del Programa Remediar)¹⁶. 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.

Según surge de algunos testimonios pareciera no existir canales de comunicación entre las OSC y el Municipio para que éste haga visibles las actividades o programas de salud que se están implementando y que la comunidad los conozca. Una vez más la cuestión de la información: sólo “se baja” información sobre algunas campañas de salud a través “*del avioncito*” [sic] que sobrevuela la zona. Sí pareciera haber comunicación entre el CAPS Miranda Norgren y el Municipio en una estrecha vinculación política.

¹⁶ Por ejemplo en el 2003, una comisión compuesta por inspectoras, maestras y padres, representantes del Concejo Deliberante, de las Comisiones de Salud y de las escuelas de Villa Jardín, Diamante y parte de Villa Caraza, denuncia en dos reuniones oficiadas por el Secretario de Salud, Dr. Carli, que los medicamentos del Programa Remediar que no se encontraban en los centros de salud, estaban almacenados en las Unidades Básicas. Casualmente, esos profesionales que hicieron tal denuncia, tiempo después, tras haber propuesto un proyecto de prevención y planificación familiar, hecho por el cual surge la ONG “Creciendo por nuestra familia” con más de 900 familias fichadas, fueron echados. Este hecho ocasionó una pueblada ya que la gente del barrio pidió que se los reincorporaran. Esto no se logró y este caso visto por los vecinos como un claro ejemplo de revancha por aquella denuncia y una muestra más de las maniobras clientelares del tipo “no me apoyás, no te doy nada a cambio”.

“El Miranda Norgren obedece a las políticas del Municipio, y vos sentís que cuando se habla del Miranda Norgren se habla de una señora Cristina Godoy, y su fuerte relación con el Municipio y con el Secretario de Salud [...]” (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).

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” (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).

Cuando preguntábamos porqué el puntero político era tan respetado en el barrio, los entrevistados nos decían que la gente a cambio del agua, de pan, de los remedios, de unos pocos pesos, de mantener su casilla o 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 no reciben nada, con el agravante de que les “bajen” los planes sociales que reciben. Es decir, les sacan lo poco que tienen.

“Hay mucho clientelismo en esta zona. 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, choriceadas antes de salir, y después se los llevan a votar [...]” (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).

Así, el clientelismo actúa como un factor inhibitorio para la participación autogestiva, reduce los espacios democráticos por la acción del miedo a perder lo más imprescindible.

“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 Remediar, 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, me sacan lo poco que me dan. La miseria es terrible, no es la de Lomas pero es fuerte acá también”. (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).

El clientelismo reduce por un lado la oferta de oportunidades por parte del gobierno para que la comunidad participe, ya que el mismo gobierno inhibe cualquier intento de partici-

pación que implique empoderamiento de aquel que está ubicado “en la vereda de enfrente”. Asimismo, se bloquea cualquier intento por parte de los propios ciudadanos de tomar la iniciativa. Igualmente, cualquier intento de participación que supere la mera instrumentalidad, la utilización o cooperación de los servicios de salud.

6. Conclusiones

Nuestras conclusiones asumen un enfoque “dialógico” entre el nivel local y el nivel central. El Programa Remediar, por medio de la CAI ha creado “desde arriba” un espacio de participación institucional compuesto por OSC cuyo fin es el monitoreo del proceso de ejecución del programa. La CAI se ha constituido como un sistema de garantías que canaliza los reclamos y las denuncias en relación con el programa en una necesaria interfaz con el nivel local. El ejercicio de control social, sobre la base de saberes técnicos y con una fuerte experiencia en el campo social de las organizaciones que la componen, se complementan con acciones de capacitación y de comunicación. Este espacio se constituyó en el marco de una crisis sanitaria y económica sin precedentes en la Argentina y este factor, sumado a una limitada difusión de sus actividades y a una relativa continuidad de algunas organizaciones y de otras instituciones políticas nacionales, ha perfilado una comisión con un rol técnico que focaliza sus acciones de participación en la resolución de los obstáculos que van surgiendo en la implementación del programa.

El Programa Remediar se había propuesto desde su diseño –plasmado en gran parte en el Plan de Participación Social– la conformación de espacios de participación comunitaria en el campo de la salud (Consejos Locales de Salud) o el fortalecimiento de los que ya hubieran sido creados al implementarse el programa con el fin de avanzar en la estrategia de APS y alinearse de este modo a los objetivos del PROAPS. Lo cierto es que para poder llevar a cabo semejante empresa, en el marco de un programa de provisión pública de medicamentos, habría sido necesario conocer en primer término qué hace cada comunidad local cuando participa en salud (si es que efectivamente participa), reconocer cuáles son sus propios objetivos y cuáles son las características sociales, culturales, políticas y económicas de dicha comunidad. Estos factores influyen en la programación y ejecución de los proyectos participativos que se diseñan desde el nivel central al implementarse los programas sociales y mejorar su implementación. Lamentablemente, el Remediar, según los testimonios que hemos recogido, no ha construido espacios de participación utilizando al medicamento como excusa o “gancho” para alentar a que la comunidad local acuda a los centros de salud y participe de la gestión de la salud en su zona de residencia intentando superar así la mera utilización de los servicios sanitarios.

Es en el nivel local donde se desarrolla y fortalece la estrategia de APS, dado que la creación de redes de atención integral de la salud, en coordinación con una efectiva represen-

tación 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 en el lugar 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 que ya no está centrado en acciones curativas y reparativas exclusivamente, basadas en un modelo médico- hegemónico, de atención a la enfermedad y hospitalocéntrico) sino centrado en la comunidad y en el reconocimiento de sus necesidades y problemas de salud que 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, se van construyendo históricamente.

Rifkin (2003) señala que la construcción de un “ambiente viable” para la participación (*enabling environment*, Rifkin, 2003) está asociada a la existencia a nivel nacional de leyes que aseguren el reconocimiento de los derechos de los más vulnerables (reglas de juego formales), de un cambio en las actitudes y comportamientos de aquellos que detentan poder en los procesos de toma de decisiones (reglas de juego informales), y a la disponibilidad de información para conocer los recursos, las normas que rigen y las decisiones que se toman.

Si nos centramos en nuestro caso, a pesar de la existencia de normas que aseguran el reconocimiento de tales derechos, las actitudes y comportamientos de aquellos que detentan el poder en los procesos de toma de decisiones no son inclusivos y la información que recibe la comunidad es limitada, lo cual resulta en una falta de incentivo para el empoderamiento. Estos hechos no permiten que la comunidad participe en la toma de decisiones concertadas en el marco de los programas que se implementan en su propio contexto local. El hecho finalmente reduce las posibilidades de que se garantice la sustentabilidad de las políticas al restársele un recurso más en su haber (*stake*).

Asimismo, nuestro estudio de caso nos permitió reconocer que resulta necesario no solamente el incentivo “desde arriba” –hecho este que estuvo ausente– sino que también son necesarias la acción colectiva, es decir la construcción de una infraestructura social local sólida que permita la conformación de espacios de participación autogestivos. Nuestro caso también echó luz sobre un hecho muy extendido en la cultura política de nuestro país y me refiero al clientelismo político que cancela o inhibe cualquier intento por parte de la comunidad de participar libre y activamente. Atendiendo al programa, el aumento que el mismo produjo en la demanda de atención de la salud debiera haber sido aprovechado por el nivel central para instrumentar los mecanismos necesarios y suficientes que incentivarán a que la comunidad participara en el campo de la salud fortaleciéndose así la estrategia de APS.

Si retomamos la división que establecimos entre participación poder y participación instrumental, el Remediar ha operado básicamente sobre la segunda, dado que recurrió a la cooperación de la ciudadanía y de los beneficiarios de los programas sociales para la gestión

de las tareas administrativas que el mismo exige para su normal funcionamiento. También por el uso que los beneficiarios hacen del sistema público de salud, su participación se centró en el reclamo y la denuncia. Al no haberse implementado estrategias de fortalecimiento de la APS por la vía de la participación comunitaria no se empoderó a la ciudadanía con la información y los recursos necesarios para que la misma comenzara a construir un proyecto de salud propio.

Sin embargo, no debemos caer en la ingenuidad de que la falta de participación es la resultante de la escasa o nula proactividad del Programa Remediar. Debemos buscar las causas en la falta de oportunidades que brinda el gobierno local, en la ausencia de una infraestructura social sólida que permitiera la conformación de redes sociales, en la falta de interés (entre otros factores) de muchos sectores de la sociedad de involucrarse y en la corta tradición que nuestros pueblos han tenido en materia de participación tras largos años de regímenes no democráticos. Creemos que el Programa Remediar desaprovechó una oportunidad, la de utilizar al medicamento como un medio legítimo para acercar la gestión de la salud a la gente.

Finalmente, retomando nuestra definición inicial, la participación ciudadana en salud se refiere a las acciones individuales, familiares y de la comunidad para promover la salud, prevenir enfermedades y detener el avance de las mismas. Estas acciones implican el conocimiento interno de los problemas, la identificación de las necesidades percibidas y la acción intencional para satisfacer las necesidades y resolver los problemas. Esto exige que todos los actores sociales en todos los niveles y dentro de una zona geográfica determinada deban intervenir en la identificación de los problemas de salud para poder diseñar, probar y poner en práctica posibles soluciones. Esto significa que es necesario promover la participación activa de diversos sectores como educación, salud, medio ambiente, grupos sociales, políticos, religiosos, entre otros que juntos deben crear comunidades saludables, promoviendo el bienestar social de toda la población. Así como debe existir participación y demanda en salud de acuerdo con las necesidades y las prioridades, también es necesario asumir responsabilidades y obligaciones para la formulación de los planes y la adopción de medidas para promover la salud, como también para evaluar los resultados de estas acciones.

Esto significa que la participación social en salud implica responsabilidad y compromiso con respecto a la atención en salud, donde debe existir un lazo estrecho entre los servicios de salud y la población. Esta relación debe estar reforzada por instrumentos de información, difusión y educación, organización social, coordinación intersectorial, todo esto para generar mecanismos de retroalimentación que permitan vigilar y evaluar la atención de los centros de salud y la gestión del sector en lo que se refiere a satisfacer las necesidades de la comunidad. Del mismo modo, este control por parte de la comunidad debe enfocarse no sólo a los servicios de salud sino a los gestores de las políticas, a los responsables de la planificación sobre todo local y a las autoridades responsables de la inversión en el sector.

BIBLIOGRAFIA

- ACUÑA, C. (1999): "Participación Comunitaria en el Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN) de la Argentina: Una asignatura en gran medida pendiente", Buenos Aires.
- ARROYO et al. (2004): "Informe Regional de Políticas Públicas de Participación Ciudadana en Salud en el Cono Sur" CLAEH.
- BRONFMAN, M., y GLEIZER, M. (1994): "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.
- DE ROUX, G., PEDERSEN, D., PONS, P., y PRACILIO, H., (1990): "Participación social y sistemas locales de salud. In: Los Sistemas Locales de Salud, pp. 28-49, Washington, OPS.
- FOX, Jonathan (1994): "The Difficult Transition from Clientelism to Citizenship: Lessons from Mexico". *World Politics* 46(2): 151-84.
- HERRERA, Ismael et al. (2003): "La participación de la comunidad en salud", en *Revista Infomed* N° 17.
- HERSCH-MARTÍNEZ, P. (1992): "Participación social en salud: espacios y actores determinantes en su impulso. Ensayo en *Salud Pública de México*, Vol. 34, N° 6.
- KUBAL, M. (2001): "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).
- MULLER F. (1979): "Participación popular en programas de atención sanitaria primaria en América Latina". Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín.
- OAKLEY J, y MARSDEN, D. (1985): "Consideraciones en torno a la participación el desarrollo rural", Ginebra, OIT.
- OPS/OMS (1984): "Participación de la comunidad en la salud y el desarrollo en las Américas, Publicación Científica N° 473, Washington D.C.
- OPS/OMS (1987): "Participación social en los sistemas locales de salud; Serie Desarrollo de Servicios de Salud N° 35, Washington D.C.
- OPS/OMS (1989): "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.
- OPS/OMS (1990): "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.
- OPS/OMS (1993): "La participación en el desarrollo social de la salud - Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud", HSS/SILOS-26, Washington.
- OPS/OMS (1994): "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.

- OPS/OMS (1997): "La participación social en el desarrollo de la salud: experiencias latinoamericanas; HSP/SILOS-35; Washington.
- OPS/OMS (1999): "Gobernabilidad y Salud. Políticas Públicas y Participación Social", Washington D.C.
- OPS/OMS (1999): "Planificación local participativa. Metodología para la promoción de la salud en América Latina y el Caribe", Washington, D.C.
- OPS/OMS (1999): "Gobernabilidad y Salud. Políticas Públicas y Participación Social", Washington D.C.
- OPS/OMS (2002): "Municipios Saludables: una opción de política pública. Avances de un proceso en Argentina" N° 55, Argentina.
- PERRONE, N. et al (1996): "Manual de Conceptos sobre Programación en los Sistemas Locales de Salud". OPS-OMS-Fundación W.K.Kellogg, Washington D.C.
- 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 (2003): "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.
- ROBERTS, B. (2001): "The New Social Policies in Latin America and the Development of Citizenship. An Interface Perspective", University of Texas at Austin (material de consulta. Prohibida su citación).
- SPINK, P. (2000): "The Rights Approach to Local Public Management. Experiences from Brazil", Trabajo presentado ante el XXII Congress of the Latin American Studies Association.
- TOBAR, F. (1997): "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, 6º Congreso "La Salud en el municipio de Rosario".
- TOBAR, F. (1999): *Reforma de los sistemas de salud en América Latina*, Fundación ISALUD.
- UGALDE, A. (1985): "Ideological Dimensions of Community Participation in Latin American Health Programs". *Social Science and Medicine*, 2: 41-53, en BRONFMAN, M., GLEIZER, M., op. cit.
- WAINERMAN, Catalina, y SAUTU, Ruth. *La trastienda de la investigación*, Editorial Belgrano, Buenos Aires (1998).
- WINCH, P., HUDELSON, P. (1991): "Formative Research in Community-Based Vector Control Programs", en BRONFMAN, M., y GLEIZER, M., op. cit.

Cuadernos de CLASPO - Argentina

Títulos publicados:

- Nº 1. KARINA BIDASECA: «Vivir bajo dos pieles... En torno a la resignificación de las políticas sociales y la complejización del vínculo con el Estado. El Movimiento de Trabajadores Desocupados de Solano».
- Nº 2. ALEJANDRA COSOVSKI: «Las prácticas participativas en salud. El caso de los Municipios Saludables: el Municipio de General Rodríguez».
- Nº 3. CARLA MURIEL DEL CUETO: «Desde el barrio. Un estudio sobre acción cultural en dos barrios del Gran Buenos Aires».
- Nº 4. FABIANA LEONI Y MARIANA LUZZI: «Rasguñando la lona. La experiencia de un club de trueque en el conurbano bonaerense».
- Nº 5. MABEL LÓPEZ OLIVA: «Violencia familiar en la Ciudad de Buenos Aires: Un estudio sobre la dinámica de relación entre organizaciones no gubernamentales, poder judicial y otros servicios estatales frente a las denuncias judiciales».
- Nº 6. LAURA MARTÍNEZ PORTA: «La Universidad como agente de desarrollo local».
- Nº 7. PEDRO NÚÑEZ: «(Des)igualdad, necesidades y legitimidad. Un acercamiento a los criterios de justicia en sectores populares».
- Nº 8. GABRIELA POLISCHER: «Paradojas del asistencialismo: Una mirada a partir del caso de un comedor comunitario».
- Nº 9. GABRIELA WYCZYKIER: «Las estrategias de las organizaciones de la sociedad civil frente a los problemas de empleo: Un estudio de casos a partir de la articulación de niveles de acción micro-macro».
- Nº 10. NINA ZAMBERLIN: «Las organizaciones de la sociedad civil en el campo de la salud sexual y reproductiva. Estudio de caso: el Centro de Promoción del Joven».
- Nº 11. HUGO DANIEL ÁLVAREZ: «Mejoramiento habitacional y desarrollo de capacidades en un barrio del Conurbano Bonaerense. Estudio de caso».
- Nº 12. PABLO BONALDI: «Análisis de la implementación del Programa de Apoyo a Grupos Comunitarios».
- Nº 13. OLGA G. BRUNATTI: «La asistencia a la víctima de "violencia familiar": tres instituciones sociales no gubernamentales y un ámbito especializado de la esfera jurídica abordando un mismo problema social».
- Nº 14. SERGIO CAGGIANO: «"Hacer presente a Bolivia". Centro de Estudiantes y Residentes Bolivianos, red institucional e "interconexiones"».
- Nº 15. DAMIÁN GUSTAVO CORRAL: «Inseguridades, incertidumbres y modos de regulación en los sectores populares. Un abordaje sobre las representaciones sociales y lógicas de acción en un barrio del conurbano bonaerense».
- Nº 16. SEBASTIÁN ESSAYAG: «La participación ciudadana como estrategia de fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud: un estudio de caso».
- Nº 17. LUIS FARA: «Estudio de caso: Cooperativa de Vivienda, Consumo y Servicios Sociales Monseñor Angelelli Ltda.».
- Nº 18. ALICIA GONZÁLEZ ANDRADA: «Planificación estratégica participativa: Tensiones y conflictos en la lógica de inclusión social en la Ciudad de Buenos Aires».
- Nº 19. SEBASTIÁN PEREYRA: «¿De las acciones de lucha a los proyectos productivos? La experiencia de la Unión de Trabajadores Desocupados de Gral. Mosconi en Salta».
- Nº 20. MARÍA LAURA RAFFO: «Ciudadanías en construcción. Un estudio sobre organizaciones de travestis en la Ciudad de Buenos Aires».
- Nº 21. FERNANDO SANTIAGO Y MARINA GARCÍA: «La articulación de actores en el desempeño de las políticas sociales. Estudio de caso: la comunidad de Barrufaldi en el Conurbano Bonaerense».
- Nº 22. CRISTINA B. TORRES: «La participación en las políticas sociales: el papel de los Consejos Consultivos. Los espacios de articulación multiactorales en la gestión de las políticas públicas locales. El Consejo Local Económico Social de Esteban Echeverría. Un estudio de caso».