

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
“PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN SALUD
EN EL MERCOSUR AMPLIADO”

**Resumen de resultados preliminares
y propuesta de continuidad**

Dr. Antonio Lapalma
Coordinador Regional de la Investigación

Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina
Diciembre de 2007

1. Introducción

El presente informe es un resumen de los principales resultados – de carácter preliminar ¹-, del Proyecto “Participación Ciudadana en Salud en el MERCOSUR Ampliado, que se desarrolla en el marco del Convenio de Donación firmado entre el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo – IDRC y el Instituto Universitario ISALUD, entre febrero de 2006 y enero de 2008.

El campo de observación previsto para el desarrollo de esta investigación está constituido por cuatro países: Argentina, Bolivia, Paraguay y Uruguay.

La coordinación regional del Proyecto está a cargo de ISALUD y representa un esfuerzo colaborativo entre los centros correspondientes a cada uno de los países intervinientes, quienes constituyen la contraparte académica del estudio: Instituto Universitario ISALUD (Argentina); Escuela Superior de Posgrado de la Universidad Mayor de San Simón (Bolivia); Fundación Salud y Vida – FuSaVi (Paraguay) y Facultad de Psicología de la Universidad de la República (Uruguay).

La contraparte gubernamental está representada por el Ministerio de Salud de Argentina; el Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia; el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay y el Ministerio de Salud Pública de Uruguay.

El presente informe presenta los antecedentes de la investigación; las características del estudio; los aspectos metodológicos; los principales resultados obtenidos a la fecha, en virtud de los cuales se esbozan algunas recomendaciones y propuesta de continuidad.

2. Antecedentes del Proyecto

El desarrollo de este estudio surge como consecuencia de dos talleres realizados con participantes de los países del MERCOSUR Ampliado durante los años 2004 y 2005. Estos encuentros estuvieron organizados por ISALUD con el apoyo de IDRC. En ellos se analizó la complejidad del proceso de construcción de la ciudadanía en salud, que requiere de la convergencia de derechos y responsabilidades de diversos actores sociales que deben asumir este propósito, y se propusieron velar porque esos principios no queden en un plano declarativo. Asimismo, se estableció la necesidad de conocer más sobre los procesos participativos y su vinculación con el desarrollo de los países.

Los participantes de los talleres reconocieron la diversidad de los modelos y estrategias participativas, así como de los paradigmas conceptuales en los que se asientan, señalando que en la mayoría de los países de la Región comparten su vigencia, modelos que valoran la participación en si misma para la vida en democracia y la construcción de ciudadanía, con otros que la consideran una

¹ Al momento de realizar esta presentación, la investigación se encuentra en la etapa de cierre y consolidación de los informes por país para elaborar el informe final donde se presentarán los resultados definitivos del estudio.

herramienta para la gestión o para incrementar la satisfacción de los usuarios con los programas o servicios.

Por otra parte, visualizaron un vacío de información sistematizada que permita clasificar y analizar los procesos participativos y sus influencias recíprocas sobre el sentido y la orientación de las reformas sanitarias producidas y pendientes.

En función de estas reflexiones, se definieron dos líneas de acción prioritarias:

- **Desarrollar un estudio, que desarrolle un marco conceptual, releve las principales experiencias en materia de participación ciudadana en salud y proponga metodologías de evaluación de las mismas.**
- **Diseñar las bases para la puesta en marcha de un observatorio regional de participación ciudadana en salud como centro de referencia para la discusión, gestión y generación de conocimiento, para incidir en la agenda pública y en los procesos de definición de políticas de salud**

A fin de desarrollar la primera de las líneas de acción consensuadas entre los países de la región, desde ISALUD se elaboran los términos de referencia y la propuesta de investigación, que posteriormente fuera aprobada para su realización.

3. Características de la propuesta y metodología

3.1 Objetivos de la investigación

Objetivo General

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

Objetivos específicos

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

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

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

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

A los efectos de responder a los objetivos propuestos, el diseño metodológico de la Investigación adquirió las siguientes características:

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

3.2 Instrumentos metodológicos

Los instrumentos seleccionados para la recolección de información se presentan en la **Tabla 1** y para su diseño se tuvo en cuenta a los actores a los cuales iban dirigidos.

Tabla 1 – Instrumentos metodológicos y actores.

Instrumento	Actores
Entrevistas semiabiertas	<ul style="list-style-type: none"> ● Responsables políticos y técnicos ● Organizaciones de la sociedad civil ● Beneficiarios de los programas y/o experiencias
Encuestas	<ul style="list-style-type: none"> ● Beneficiarios de los programas y/o experiencias
Grupos focales	<ul style="list-style-type: none"> ● Responsables políticos y técnicos ● Organizaciones de la sociedad civil ● Beneficiarios de los programas y/o experiencias

Si bien no está contemplado en el cuadro, el primer instrumento utilizado por los equipos de investigación fue la revisión y análisis documental de los programas y/o experiencias seleccionados.

3.3 Dimensiones de análisis

En la primera etapa se desarrollaron actividades de ajuste del marco conceptual y se definieron diez dimensiones de análisis que a continuación se presentan. Esta tarea de revisión del marco teórico y ajuste de las dimensiones se desarrolló en forma colectiva y consensuada entre todos los equipos de los países, y consistió en la búsqueda bibliográfica y profundización conceptual de las dimensiones a fin de identificar y precisar las variables a investigar; la elaboración de preguntas sobre las variables cuya respuesta permitiera explicar las dimensiones; y la elaboración de los cuestionarios de entrevista y encuesta y del guión del grupo focal a partir de dichas preguntas.

1. **Valor y propósito:**
Valor simbólico de la participación para los distintos actores relevantes, los alcances y las implicancias de la participación. El para qué de la Participación Ciudadana en Salud. ¿Para qué tipo de procesos y de toma de decisiones es convocada?
2. **Viabilidad:**
Condiciones del contexto global – local, de los actores involucrados y de los procesos desencadenados, para construir viabilidad a los procesos participativos. Obstáculos y facilitadores de dichos procesos.
3. **Representatividad de los actores:**
Criterios de atribución de representatividad de los actores. Legitimidad de criterios y atribuciones.
4. **Capacidad de los actores:**
Capacidades que se ponen en juego para discutir y proponer alternativas genuinas que representen los intereses de la ciudadanía. Asimetrías, cooperación, cooptación, transferencia y distribución de saberes y poder en los procesos participativos en salud.
5. **Vínculo entre actores:**
Reconocimiento del conflicto, de la puja y tensión entre intereses contrapuestos. Distribución de poder real y simbólico. Asimetrías en un contexto de producción de relaciones de colaboración y/o cooperación y/o de asociación.
6. **Niveles de intensidad:**
Oportunidad o instancias del proceso en las que se involucra a los interesados
7. **Modalidades operativas:**
Modo en que las estructuras o espacios operativos son coherentes / pertinentes con el sentido y propósitos de la participación. Modalidades que mejor se adaptan o conducen a la profundización de dichos procesos.
8. **Efectos transformadores:**
Transformaciones posibles y esperables de los procesos participativos: Cuáles son los factores que contribuyen. Cuáles son los factores que obstaculizan.
9. **Democratización:**
Capacidad de las prácticas participativas de difundir, transmitir e instalar espacios de democratización, y de influir e incidir en la orientación y toma de decisiones sobre las políticas de salud.
10. **Sustentabilidad:**
Condiciones favorables y desfavorables para la construcción de un marco de sustentabilidad de las experiencias participativas. Condiciones necesarias y suficientes para que un proceso apueste a la sustentabilidad en el tiempo.

3.4 Unidades de análisis y elegibilidad

Para llevar adelante la indagación sobre participación ciudadana en salud, en el 1° Encuentro Regional, los equipos de investigación acordaron seleccionar una muestra intencional que no superara los seis programas y /o experiencias por país como unidades de análisis; se ajustaron los instrumentos metodológicos y se consensuaron los criterios de elegibilidad de las unidades para su selección. A continuación se presenta el **Cuadro 1** que detalla los programas y/o experiencias seleccionados por país:

Cuadro 1 – Unidades de análisis seleccionadas por país

	ARGENTINA	BOLIVIA	PARAGUAY	URUGUAY
UNIDADES DE ANÁLISIS	<ul style="list-style-type: none"> • Lucha contra los RH Sida y ETS 	<ul style="list-style-type: none"> • La Gestión Municipal en Salud y la Participación Ciudadana 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunidades Indígenas 	<ul style="list-style-type: none"> • APS en Tacuarembó
	<ul style="list-style-type: none"> • Remediar 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesas de Diálogo y Participación Ciudadana en Salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Consejos Locales de Salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Policlínicas Comunitarias
	<ul style="list-style-type: none"> • Salud en Movimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Procesos de Capacitación en Salud y Participación Ciudadana 	<ul style="list-style-type: none"> • Farmacias Sociales 	<ul style="list-style-type: none"> • Comisiones de Salud
	<ul style="list-style-type: none"> • Salud Sexual y Procreación Responsable 	<ul style="list-style-type: none"> • Sindicatos Agrarios y Participación Ciudadana en el PAI 	<ul style="list-style-type: none"> • Juntas de Saneamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Programa APEX – Cerro (U. de la R.)
	<ul style="list-style-type: none"> • Salud de los Pueblos Originarios 	<ul style="list-style-type: none"> • Participación Comunitaria en el Programa de Nutrición – Cochabamba 	<ul style="list-style-type: none"> • Municipios Saludables 	<ul style="list-style-type: none"> • Red Nacional de Trabajadores Comunitarios
	<ul style="list-style-type: none"> • Red Nacional de Municipios y Comunidades Saludables 	<ul style="list-style-type: none"> • Experiencias de Municipios que impulsan Procesos de Gestión en Salud – Manzaneras de El Alto 	<ul style="list-style-type: none"> • Programa Nacional contra el Tabaquismo 	<ul style="list-style-type: none"> • Movimiento Nacional de Usuarios de Salud
			<ul style="list-style-type: none"> • Promotores de Salud de la Pastoral Social 	

3.5 Criterios de elegibilidad

Los **criterios** propuestos para la selección de las unidades de análisis contemplan los siguientes aspectos:

a) Diseño

En el que se verifique la intencionalidad de involucramiento comunitario y que implique una diversidad de formas organizativas comunitarias y de las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) en procesos de información y/o consulta, y /o decisiones. (Consejos locales, Consejos Consultivos, Redes, Comités, entre otros). Este aspecto deberá ser identificado en la estrategia de difusión masiva del programa o en las entrevistas preliminares con sus referentes.

b) Amplitud

El componente de participación del programa descrito debe contar con amplitud razonable. Debe contemplar los tipos de participación en cada uno de los niveles de gestión, la cantidad y calidad de los actores, modalidades de participación y las modalidades de gestión. Esta descripción debe constar en los documentos programáticos y manuales.

c) Estrategias de comunicación

Debe contemplar una comunicación accesible a la población general, con explicitación de la perspectiva participativa del programa través de medios masivos de comunicación.

d) Tiempo en ejecución

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

Se podrá hacer una excepción y tomar un programa con menos tiempo de ejecución, siempre y cuando el mismo acepte trabajar con la estrategia de “mapeo de alcances”. En este caso deberá dejar constancia verificable de esta decisión.

e) Legitimación político-técnica

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

4. Trabajo de Campo

4.1 Etapa cualitativa

Se utilizaron dos instrumentos:

- Entrevistas en profundidad: semiestructuradas combinando preguntas cerradas y abiertas;
- Grupos focales: grupos de discusión sobre el tema de participación en salud, coordinados por un moderador externo a partir de una guía de preguntas.

Se elaboraron las guías para ambos instrumentos, en forma colectiva y consensuada con los equipos, y luego se realizaron pruebas piloto para ajustar el lenguaje en cada país a los entrevistados y a los participantes de los grupos focales. En el caso de Paraguay, el guión de este último instrumento fue traducido al idioma guaraní para facilitar su comprensión.

Las entrevistas en profundidad y los grupos focales fueron realizados y coordinados por integrantes de los equipos de investigadores de cada país, a excepción de Argentina, en donde estas tareas fueron contratadas con una empresa especializada.

La información relevada con ambos instrumentos fue desgrabada y codificada manualmente, a excepción de Paraguay donde se utilizó el software Ethnograf.

Esta etapa se llevó adelante entre los meses de octubre de 2006 y marzo de 2007. La **Tabla 2** muestra su distribución por países:

Tabla 2 – Cantidad de entrevistas y grupos focales realizados por país

Instrumento	Argentina	Bolivia	Paraguay	Uruguay
Entrevista en profundidad	52	45	29	42
Grupo Focal	10	13	9	12

Con relación a las entrevistas, en Argentina participaron coordinadores de programas y/o experiencias; directivos, técnicos, promotores y representantes de organizaciones no gubernamentales - ONG's. En Bolivia: autoridades de salud, representantes de organizaciones de la sociedad civil, personal de salud, facilitadores y promotores del área rural. En Paraguay se seleccionaron personas que por su cargo, función o referencia socio comunitaria podrían discutir aspectos fundamentales de la participación en las respectivas experiencias. En Uruguay participaron técnicos, vecinos, trabajadores comunitarios, usuarios y miembros de Comisiones de Salud, incluyendo legisladores y al viceministro de salud de la nacional.

Para los grupos focales en Argentina participaron promotores, técnicos y miembros de ONG's. En Bolivia, agentes comunitarios y promotores en salud; extensionistas, dirigentes comunitarios y personal de salud de los programas y o experiencias seleccionados. En los casos de Paraguay y Uruguay la participación en grupos focales, siguió los mismos lineamientos que los empleados para las entrevistas en profundidad, exceptuando en el segundo caso a legisladores y miembros del poder ejecutivo.

4.2 Etapa cuantitativa

Tal como estaba previsto en el diseño de la investigación el instrumento utilizado para esta etapa fue la encuesta. Durante el 2° Encuentro Regional, se acordaron los criterios de la encuesta a realizar en los cuatro países. En este sentido, se seleccionaron hasta seis experiencias y programas en cada país con el objeto de realizar alrededor de 100 encuestas por programa.

Las experiencias y programas seleccionados debían contar con listados de beneficiarios que constituían el marco muestral desde el cual seleccionar muestras aleatorias. En el caso de experiencias y programas que no disponían de listados de beneficiarios se seleccionó una muestra intencional realizada por expertos (Argentina).

El cuestionario de la encuesta, común para los cuatro países, contenía los atributos y variables de participación según los resultados de las entrevistas en profundidad y los grupos focales. Asimismo, debió adaptarse en cada país a la cultura y el lenguaje locales. En este sentido, el procedimiento adoptado tomó como base el cuestionario desarrollado en Argentina que se fue mejorando con los aportes de todos los países con el objeto de adaptarlo a las realidades locales. En los casos específicos de Bolivia y Paraguay, los cuestionarios fueron traducidos los idiomas quechua y guaraní, respectivamente; y en este último caso se elaboró un manual para los encuestadores.

El cuestionario de la encuesta se organizó en tres partes:

- 1ª Parte: preguntas cerradas destinadas a describir a los encuestados y su grupo familiar.
- 2ª Parte: preguntas cerradas y algunas abiertas sobre participación en general y en salud, y sobre la valoración del encuestado de esa participación.
- 3ª Parte: preguntas cerradas y abiertas para aquellos que declaraban que participaban efectivamente en salud.

A partir de la información obtenida de los grupos focales, se generaron una serie de conceptos, algunos de ellos valorativos, con la idea de tratar de ver en que medida esos conceptos eran compartidos por los encuestados. De este modo se

confeccionaron dos grillas, una con 15 conceptos que se consideraron podían informar respecto de su importancia, y, otra con 24 conceptos respecto de los cuales los encuestados informarían su acuerdo.

Esta etapa se desarrolló entre los meses de diciembre de 2006 y marzo de 2007, período en que los distintos países llevaron adelante la toma de información. En la **Tabla 3** se presentan la cantidad de encuestas realizadas por país:

Tabla 3 – Cantidad de encuestas realizadas por país

Instrumento	Argentina	Bolivia	Paraguay	Uruguay
Encuesta	300	402 ²	402	508

A continuación se detallan las características más relevantes del diseño e implementación de la encuesta en los cuatro países.

En **Argentina**, como no se pudo disponer del listado de beneficiarios del Programa Remediar³ debido a una cláusula de confidencialidad, se utilizó a los Centros de Atención Primaria de la Salud - CAPS como medio para seleccionar a los encuestados.

Se ordenaron separadamente los CAPS de la Ciudad de Buenos Aires y del conurbano (GBA)⁴ de acuerdo a la cantidad de recetas elaboradas durante el último año. De esos listados ordenados se seleccionaron sistemáticamente, con dos arranques aleatorios, 20 CAPS de la Ciudad de Buenos Aires y 40 CAPS del GBA.

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

En **Bolivia** se realizaron encuestas en todos los programas y experiencias seleccionados. En las experiencias “La gestión municipal en salud y la participación ciudadana”, “Los sindicatos agrarios y la participación ciudadana”, y en el caso del “Programa Ampliado de Inmunizaciones”, se diseñaron muestras probabilísticas por conglomerados.

² Este número corresponde a las encuestas realizadas exclusivamente a beneficiarios, ya que en este país también se realizaron encuestas que involucraron actores diferentes a los beneficiarios.

³ Programa destinado a fortalecer la red de centros de atención primaria de la salud (CAPS); provee gratuitamente de medicamentos a los consultantes de esos centros distribuidos principalmente en las áreas de menores recursos.

⁴ GBA: Gran Buenos Aires. Primer cinturón / Provincia de Buenos Aires.

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

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

En Paraguay se realizaron encuestas en los siguientes programas: Consejos Locales de Salud, Farmacias Sociales, Junta de Saneamiento y Agentes comunitarios de Salud.

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

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

En **Uruguay** se realizaron 402 encuestas, 269 en Montevideo y 133 en Tacuarembó, en los programas Policlínicas Populares Privadas, Tacuarembó y el Programa APEX- Cerro.

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

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

5. Resultados preliminares

A continuación se presentan resultados muy generales que surgen de la aplicación de los instrumentos definidos en el diseño metodológico de la investigación en los cuatro países. Las inevitables comparaciones de este documento deben ser consideradas teniendo en cuenta la diversidad de los programas, proyectos y experiencias relevados y la variedad de enfoques adoptados en los cuatro países para el diseño de la muestra, la definición y selección de los entrevistados, de los participantes de los grupos focales y los encuestados. Cabe aclarar también, que estos resultados deben ser considerados desde un criterio descriptivo más que inferencial y existe correspondencia entre la información relevada mediante los instrumentos cualitativos y cuantitativos.

5.1 Aspectos cualitativos

Con respecto al concepto de participación, resulta evidente en el estudio que este no presenta un sentido unívoco y está estrechamente relacionado con los niveles macro, meso y micro, donde los actores sociales llevan adelante experiencias participativas, influenciados por las condiciones históricas, políticas, sociales y culturales donde estos procesos se desarrollan.

En Argentina, la participación aparece vinculada a: 1) procesos de “control” (distribución de medicamentos), 2) la aprobación de las actividades de los programas; 3) la “consulta” para la toma de decisiones; y 4) la participación como acceso a los programas.

Al igual que los niveles de decisión, los equipos técnicos vinculan la participación con la promoción de la salud, y aparece asociada a procesos comunitarios y a las facilitaciones metodológicas que los condicionan.

En el caso de Bolivia el interés está definido por aspectos básicos de atención médica al daño como parte del derecho ciudadano. Se visualiza la participación como una instancia de intermediación y de representatividad para resolver y mejorar problemas de salud.

A diferencia de otros países, en Paraguay, la participación tiene una fuerte impronta relacionada con la descentralización iniciada desde el nivel local, pero con escaso apoyo a nivel central. La identificación de estas experiencias exitosas a influenciado a los decisores políticos.

En Uruguay, en pleno proceso de discusión sobre el modelo de atención en salud, la participación surge como una línea estratégica de fortalecimiento de la ciudadanía, generada desde el Estado.

En todos los países existen promotores de salud, agentes de salud, que son integrantes de la comunidad, que a partir de actividades de capacitación se integran al sistema de salud en el primer nivel de atención, facilitando el acceso al sistema.

En este nivel se percibe una diversidad de percepciones y motivaciones acerca de los procesos participativos vinculados con: 1) la militancia política y cambio social, 2) la autoestima, 3) las motivaciones personales, ayuda al otro, solidaridad, experiencias vitales); y 4) el ejercicio de ciudadanía.

La viabilidad de los procesos participativos se sustentan en la decisión política de implementarlos y en una estructura jurídica que los garantice.

En Bolivia está presente la Ley de Participación popular Nro. 1551/94 y la Ley del Diálogo 2000; en Paraguay la Ley nro. 1.032/96 y en Uruguay la Ley ASSE/ 2007. En todos los casos existen planes estratégicos con menciones de los procesos participativos en salud.

Los modos de gestión política relacionados con el valor de la democracia, la transparencia, la información y la asignación de recursos aparecen como requisitos básicos indispensables para la viabilidad de la participación. El actor político en los niveles locales es quien tiene la posibilidad de viabilizar o frenar los procesos participativos.

Las organizaciones de la sociedad civil aparecen como condición de posibilidad para generar incidencia y viabilidad. Se destacan las condiciones de liderazgo vinculados con la posibilidad de escuchar, resolver situaciones concretas y el involucramiento de las autoridades en las actividades de salud. Se señala como un factor importante la existencia de organizaciones con experiencia y continuidad como elementos de la viabilidad de la participación a nivel local y comunitario.

Independientemente del instrumento aplicado para la recolección de datos, la intromisión político partidaria y los procesos de manipulación son dos obstáculos mencionados por los participantes de la investigación. La escasez de recursos, la falta de tiempo, las experiencias frustrantes, el temor a la sanción social, las actitudes de los profesionales de la salud, la falta de formación y habilidades para trabajar en procesos participativos, la ineficacia de los servicios, los tiempos en la obtención de resultados, la fragmentación del sistema de salud y la complejidad del trabajo intersectorial y el desconocimiento de los derechos ciudadanos por parte de la población son los obstáculos mencionados con mayor frecuencia.

La representatividad, la legitimidad y los roles que desempeñan los diversos actores están dados básicamente por la confianza que la población deposita en sus autoridades. También coexisten procesos de representatividad institucional mediante procedimientos legales (designación en estructuras jerárquicas), elecciones democráticas de representantes a nivel local en el caso de Bolivia (Comité de Vigilancia), o los Consejos Locales en Paraguay y en las Comisiones Barriales de Salud en Uruguay.

Vinculado a lo anterior, existen una diversidad de formas organizativas de la Sociedad Civil tales como: Iglesias, Cruz Roja, Cáritas, Comisiones asesoras Intersectoriales, Consejos de Salud, Sindicatos, Red de Municipios, Consejos consultivos, que se integran desde procesos de control de actividades, en espacios de consultas para la toma de decisiones, planificación, seguimiento y colaboración.

Las capacidades de los diversos actores para influir en los procesos participativos, surge de dos fuentes: 1) la experiencia como sujeto en el marco del aprendizaje social y en la trayectoria histórica de cada uno de los países estudiados; y 2) la capacitación formal e informal que se manifiesta como elemento privilegiado en los resultados de la investigación. Los promotores de salud, agentes comunitarios, trabajadores comunitarios, son representativos de este segundo aspecto, quienes han recibido formación para desempeñarse como colaboradores del sistema de salud. En el caso de la población originaria la relación con el sistema de salud es formal y a nivel de acceso al sistema (Argentina) y mediatizada por promotores de pertenecientes a la Pastoral Social (Paraguay).

En el mismo sentido, existen dos orientaciones sobre la capacitación dada a la comunidad: a) una se dirige a la necesidad de transferir herramientas a la comunidad (capacidad de negociación, resolución de conflictos, liderazgo democrático, análisis de la realidad), y b) a fortalecerla en el ejercicio de la ciudadanía.

Por otra parte, se mencionan las principales fuentes de conflicto que se vinculan con el perfil de los profesionales del sistema de salud y el poder del conocimiento, las barreras comunicacionales, el manejo de la información y las diferencias culturales.

Vinculado con la construcción de ciudadanía, esta aparece como una relación asimétrica de poder que se expresa a nivel local dado que la participación puede constituir una amenaza por las demandas que puede generar.

Otras dificultades que se señalan se refieren a la relación entre la comunidad y los servicios de salud, dado que el sistema está fuertemente orientado a la solución de la enfermedad cuando ya se ha manifestado, en detrimento de conductas anticipatorias o promocionales para la calidad de vida.

A nivel local el caudillismo y el “punterismo político” son señalados, como otra de las fuentes de conflictividad.

En cuanto a los compromisos relacionados con la intensidad e involucramiento en los procesos, esta varía según la unidad de análisis estudiada, las relaciones de poder que se establecen entre actores, la situación particular del país y sus múltiples formas organizativas que sostienen tales procesos.

Desde la perspectiva de género, es observable una presencia mayoritaria de mujeres en los procesos de participación en salud, en muchos casos en niveles de micro gestión en tareas de voluntariado, espacios en los que se asocia a las mujeres con el cuidado de la salud. Este nivel de compromiso también es mayor en relación a los agentes sanitarios y promotores por sobre los médicos.

En Argentina, los responsables de programas identifican a la participación en el acceso a la información, la consulta y la toma de decisiones, pero condicionada a la voluntad de las autoridades políticas. En esta dirección, el Monitoreo Social es implementado en dos Programas como modo de cogestión entre el Estado y las ONG's. En unos de los casos es una propuesta del propio Programa (Remediar) y

el otro nace de una propuesta de un conjunto de OSC (CONDERS⁵) en el Programa de Salud Sexual y Reproductiva.

Por su parte, el programa Salud en Movimiento asocia el compromiso con acciones orientadas a la información de la población, a la capacitación y organización barrial. Asimismo, en los niveles regionales y locales prima la información, la consulta y la toma de decisiones en algunas acciones y se observa en menor medida influencia en la agenda pública, tal es el caso del Programa de Municipios Saludables (Argentina y Paraguay).

En el caso de Bolivia la participación ha sido promovida desde el Estado; en algunos casos mediante acciones de fortalecimiento de actividades asistenciales (voluntarios de salud), como así también con mecanismos para la toma de decisiones (Ley del diálogo o del Seguro Universal Materno Infantil S.U.M.I.).

La participación de la Sociedad Civil se establece a través del Directorios Locales de Salud –DILOS. Pese a estos intentos, la participación aún es débil y las expectativas en el ámbito de las comunidades está vinculada a mejorar los mecanismos de atención médica (puestos de salud, equipamiento, medicamentos) y el logro de mejoras, desdibujándose los objetivos de la participación ciudadana.

En Paraguay los Consejos Locales de Salud - CLS, tienen incidencia en el sistema de Salud. En una de las experiencias investigadas (FRAM) se contemplan modalidades que oscilan entre el acceso a la información y la incidencia en la agenda pública. Los CLS inciden a nivel micro, meso y macro.

Otro de los modelos analizados, las Juntas de Saneamiento, incluye un su modelo la elección de sus integrantes mediante un sistema de Asamblea. También se destaca el programa de Prevención del Tabaquismo, donde además de los tres niveles existe un fuerte compromiso internacional, un trabajo de lobby significativo, frente a la industria del tabaco. Pese a todos los ejemplos enunciados, los resultados no son generalizables a todos los Municipios de Paraguay.

En Uruguay la experiencia macro del Movimiento Nacional de Usuarios es reciente y recoge la experiencia previa de sus dirigentes en otras organizaciones. Se encuentran integrantes de Consejos Vecinales⁶, ediles locales, integrantes de Comisiones de Salud y redes barriales que reúnen distintos tipos de organizaciones (policlínicas, Comisiones Vecinales), abordando la problemática de la salud desde una perspectiva más amplia. Son las policlínicas los establecimientos donde participan los agentes sanitarios y promotores de salud. En este espacio se encuentran una diversidad de expresiones participativas, que van desde el acceso a la salud, la cooperación esporádica en acciones puntuales (recaudaciones benéficas), otras de carácter permanente (cobranza, reparto de volantes, tareas de mantenimiento), actividades en la Gestión (comisión electoral, comisión administradora, comisión directiva).

En los programas que contemplan la figura de los promotores, la influencia se expresa a nivel micro y por lo general están en la discusión de procesos informativos

⁵ Consorcio Nacional de Monitoreo Derechos Reproductivos y Sexuales.

⁶ Organismos de Gobierno Local que forman parte de la descentralización del gobierno departamental

y de la oferta de servicios puntuales que responden a necesidades de salud en el nivel primario de atención.

En lo que respecta a los efectos transformadores de la participación en salud, en Argentina las experiencias de Monitoreo Social como el CONDERS en las políticas de Salud Sexual y Reproductiva, o las ONGs que articulan con el Programa de VIH SIDA, representan expresiones de incidencia, control y transparencia.

Los promotores consultados señalan la existencia de tres aspectos relacionados entre sí: uno refiere a que no hay una cultura de participación en defensa de los derechos; otro indica el desconocimiento de los mecanismos y canales de participación; y el tercero al tema legislativo desde tres perspectivas diferenciadas: 1) los que consideran insuficiente la existencia de legislación sobre el tema; 2) aquellos que manifiestan la falta de claridad y contradicciones en las que entra la existente; y 3) los que refieren a la falta de aplicabilidad de la existente.

Sumado a ello, señalan las discontinuidades e interrupciones por cambios de gestión política, que condicionan la continuidad y sostenimiento de los procesos participativos.

Respecto al tema de influencia, en Bolivia los aspectos más sobresalientes se relacionan con el aumento de la cobertura de salud (acceso) y la valorización de las transformaciones personales (autoestima, conocimientos) a partir de los procesos de aprendizaje colectivo.

En Paraguay se destaca el involucramiento de los Municipios, mediante la promulgación de ordenanzas, la articulación con el sistema de salud local y la relación con las estructuras de la organización comunitaria. Se identifica al Programa de Seguro Comunitario de Salud, como una experiencia positiva que ha logrado coordinar acuerdos y contrapartidas; por ejemplo una condición para acceder al seguro de salud, es el compromiso de la personas para tomar medidas preventivas (practicar un examen ginecológico o mantener las viviendas libres de mosquitos).

Coincidiendo con datos de los otros países, quienes han tenido experiencias de participación expresan la oportunidad de un crecimiento personal, un incremento en la autoestima y el fortalecimiento grupal e individual de los involucrados. Las transformaciones políticas hacen prematuro contar con información sobre las transformaciones a nivel macro.

Los efectos democratizadores se observan a nivel de las experiencias de Municipios Saludables en la cual se verifican ordenanzas respondiendo a demandas ciudadanas. En el estudio realizado hay coincidencia en que la participación está asociada a intervenciones en ámbitos locales.

En todos los casos, se hace referencia a la importancia que adquiere el “poder político” para generar espacios que aporten a la participación. En este sentido, en todos los países se señala la influencia de los procesos dictatoriales, que en muchos casos frenaron o impidieron el desarrollo de experiencias participativas, situación que hace de la participación ciudadana en salud un proceso incipiente .

Por otra parte, la información obtenida revela que la decisión política para la creación de espacios de participación, asociados a dar respuestas a las necesidades sentidas de la población, son las condiciones básicas para garantizar la continuidad de los procesos. La existencia de organizaciones con experiencia previa sostenida en el tiempo y la existencia de reglamentaciones, se indican como otro de los aspectos que facilitan la sustentabilidad de los mismos.

5.2 Aspectos cuantitativos

En relación a los indicadores sociodemográficos que definen la calidad de vida de los hogares encuestados, tales como educación, el trabajo y la vivienda, puede observarse que, en general, los programas relevados tienen sus beneficiarios entre población de bajos recursos que no alcanza niveles de indigencia.

Con respecto a la desocupación, esta impacta más entre los argentinos; el bajo nivel educacional entre los paraguayos y los bolivianos; y la adecuación de la vivienda entre estos últimos. También se observa que el promedio de edad de los encuestados es de alrededor de 40 años y todos atienden su salud en el sector público.

La comparación entre los países de la secuencia de los tres tipos de participación indagados: general, en salud y actual en salud, en la siguiente tabla, muestra una baja percepción acerca de la participación como proceso.

Tabla 4 . Participación: en general, en salud y actualmente en salud

Participación				
	Argentina	Bolivia	Paraguay	Uruguay
En general	44%	72%	74%	29%
En salud	19%	18%	75%	19%
En salud (actualmente)	2%	6%	31%	11%

Los porcentajes consignados en la **Tabla 5**, corresponden a las respuestas de los encuestados (primera mención espontánea) que participan en salud. Es observable que un alto porcentaje menciona al Centro de Salud o al Hospital como el espacio de participación.

La participación en salud mencionada por los encuestados se puede ordenar entre los países de acuerdo a las siguientes modalidades: utilización de servicios; colaboración en actividades de salud; actividades de apoyo y enlace; y asistencia reuniones.

En cuanto a las motivaciones de la participación en salud, estas no son uniformes para los países estudiados y muestran una mayor aproximación a las cuestiones individuales (Argentina y Bolivia), y en Paraguay y Uruguay una mayor aproximación a las cuestiones colectivas.

Tabla 5. Espacios, modalidades y motivación de la participación en salud.

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

En la **Tabla 6** – Participación en Salud - se destacan las respuestas relacionadas con los actividades en la cuales se participa; los beneficios de la misma y los obstáculos.

La descripción nos muestra que la actividades se centran en el acceso a los servicios y a la búsqueda de información; los beneficios se relacionan con la protección de los propios derechos, la información y la capacitación; y los obstáculos son visualizados en el campo de la falta de insumos, recursos y en la no planificación de las actividades.

Tabla 6 - Participación en salud, tareas, beneficios y obstáculos

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

El grado de satisfacción de los encuestados en relación a su experiencia de participación en salud y la satisfacción de las necesidades fue medida en una escala de 1 a 10, cuyos valores se expresan en la siguiente tabla:

Tabla 7 - Participación y satisfacción de necesidades.

Puntaje de esta experiencia de participación en salud, en relación con la satisfacción de sus necesidades y en cuanto a la participación (P38)				
	Argentina	Bolivia	Paraguay	Uruguay
Promedio	8,0	6,6	7,5	8,5

Los datos suministrados por la aplicación de la **escala** de los atributos sobre la **importancia de la participación** y tomando los seis de mayor puntaje -con excepción de Bolivia-, nos arrojaron la siguiente información:

En Argentina:

- que se rindan cuentas de ingresos y gastos públicamente,
- que el estado participe y se comprometa con las actividades,
- un presupuesto adecuado y recursos,
- que se de información clara sobre los programas,
- que los beneficios sean iguales para todos, y
- que se resuelvan los problemas concretos.

En Bolivia:

- que el representante de los vecinos sea honesto y transparente,
- que se rindan cuentas de ingresos y gastos públicamente, y
- que los beneficios por la participación sean iguales para todos

En Paraguay:

- que los beneficios sean iguales para todos,
- que el Estado participe,
- que se resuelvan los problemas concretos,
- que el representante sea honesto,
- un presupuesto adecuado y recursos, y
- que se rindan cuentas de ingresos y gastos públicamente.

En Uruguay se pudieron definir 2 grupos:

- relacionado con la gestión:
 - líderes de programas con capacidad,
 - presupuesto adecuado y recursos, y
 - que se resuelvan los problemas;
- relacionado con las Interacciones de la participación:
 - leyes que faciliten la participación,
 - asambleas y consultas permanentes, y
 - líderes representativos.

El **acuerdo** con los atributos por parte de la población y tomando los seis de mayor puntaje –a excepción de Bolivia - la información obtenida es:

En Argentina:

- que no se discrimine a nadie en el barrio,
- debe haber democracia,
- la gente debe reclamar y luchar por sus derechos a un acceso digno a la salud,
- servicios básicos de buena calidad;
- la participación es solidaridad, vocación de servicio, amor al prójimo,
- la gente debe estar movilizada y organizada para resolver sus problemas

En Bolivia:

- que servicios básicos de buena calidad -médicos / odontólogos / psicólogos - en los centros de salud son la base para que la comunidad participe activamente de sus temas de salud;
- que la participación ciudadana en salud debe tener como finalidad que no se discrimine a nadie en el barrio, que se atienda a linyeras, indígenas, extranjeros, a todo aquel que lo necesite, y
- que la gente debe reclamar y luchar por sus derechos, hacerse cargo de tener un acceso digno a la salud.

En Paraguay:

- que la gente debe reclamar y luchar por sus derechos a un acceso digno a la salud,
- que no se discrimine a nadie en el barrio,
- la participación es solidaridad, vocación de servicio, amor al prójimo,
- servicios básicos de buena calidad,
- la gente debe estar movilizada y organizada para resolver sus problemas,
- los beneficios en la salud de la comunidad se logran con la participación ciudadana.

En Uruguay se pudieron armar dos conglomerados de atributos:

- uno que acordó con:
 - servicios básicos de buena calidad,
 - tener como finalidad no discriminar a nadie en el barrio,
 - reuniones periódicas con los vecinos y grupos de promotores; y
- el otro con:
 - servicios básicos de buena calidad, y
 - que en los centros se ocupen de problemas de violencia, adolescencia, desnutrición y drogas, y se ocupen de ancianos y discapacitados.

Comparando los resultados de las respuestas a los atributos de “importancia y acuerdo” entre los cuatro países y desde el punto de vista descriptivo los conceptos con mayores promedios en cada país encontramos:

Importancia:

“Que los beneficios de la participación sean iguales para todos”
“Presupuesto adecuado , que haya recursos”

Acuerdo:

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

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

Las respuestas a los atributos de “importancia y acuerdo” son coincidentes a los modos de comprender la participación como sentido de “equidad, “igualdad, “no discriminación” correspondientes al valor de “acceso universal a la salud”.

6. Algunas conclusiones iniciales

La contribución o incidencia de la participación ciudadana para mejorar el sistema y políticas públicas en salud⁷ es claramente verificable en:

- En Uruguay, la estrategia de la política en salud al institucionalizar el “Movimiento Nacional de Usuarios” como actor en los organismos de planificación y dirección del Sistema Nacional Integrado de Salud –SNIS.
- En Argentina el CONDESA, compuesto por más de 500 organizaciones en todo el país que supervisan la aplicación de la políticas públicas en salud sexual y reproductivos en hospitales, centros de salud y otros ámbitos públicos.
- En Paraguay los Consejos regionales y Locales de Salud logran la modificación de la Ley nro. 1.031/96, a partir de divulgar las experiencias exitosas de descentralización y experiencias comunitarias en salud.

La investigación ha permitido identificar y caracterizar un sinnúmero de factores que facilitan o obstaculizan la participación ciudadana en Salud.

Condiciones que facilitan la participación ciudadana:

- La existencia de marcos jurídicos;
- la asignación de recursos que acompañen a procesos de descentralización;
- la planificación, la evaluación y la decisión política para implementar tales procesos;
- la existencia de necesidades y problemas sentidos por la población;
- el involucramiento de las autoridades en los procesos comunitarios;
- la existencia de organizaciones con experiencia a nivel comunitario; liderazgos democráticos.

⁷ Ver Pag. 3. Objetivos

Los obstáculos se vinculan con:

- La intencionalidad con la cual se generan estos procesos;
- la carencia de cultura de participación y el desconocimiento de los derechos por parte de la población;
- la complejidad del sistema de salud que se refleja con intereses contrapuestos, el modelo basado en la medicalización y la formación de los recursos humanos

En el análisis de los discursos de los actores institucionales, aparece la participación como incidencia en la toma de decisiones; distribución del poder; y control ciudadano. En cambio, la comunidad valoriza como participación el acceso al sistema de salud, que se resuelvan problemas concretos y que no se discrimine. La persistencia del denominado “Modelo Médico Hegemónico”, dificulta pensar y valorizar a la participación en términos que superen las meras formas asistenciales. El único aspecto en que ambos discursos coinciden es el referido a la transparencia de las cuentas públicas.

La investigación ha contribuido a identificar y desarrollar criterios de elegibilidad para seleccionar programas, proyectos y/o experiencias de salud que incluyen la perspectiva participativa: a) diseño; b) amplitud; c) Estrategias de comunicación; d) Tiempo de ejecución; y e) Legitimidad político – técnica.

Se adecuaron los instrumentos metodológicos cuali-cuantitativos para el relevamiento de la información pertinente, prevista en las dimensiones de análisis, dentro de la complejidad de un estudio multicéntrico, multiactorial y multidimensional.

Generación y sistematización de una base de datos que contiene la información relevada en todos los países y una base bibliográfica especializada en el tema de participación en salud.

7. Propuestas

Las propuesta que a continuación se presentan, han surgido del intercambio y conclusiones de los equipos de trabajo en el marco del último encuentro regional. Desde la perspectiva multicéntrica, la realización de este estudio deja constituido un equipo de trabajo integrado por una red de investigadores pertenecientes a cuatro centros de estudio con inserción en cuatro países del MERCOSUR Ampliado, todos ellos con vínculos con otros actores relacionados con la participación ciudadana en salud.

El carácter exploratorio de este estudio ha permitido arribar a un diagnóstico sobre la participación ciudadana en salud que brinda herramientas para profundizar la indagación.

En este sentido, aparece como uno de los posibles objetivos de investigación para dar continuidad al estudio:

- Profundizar el desarrollo de una metodología de evaluación continua de la participación en salud -a partir de la generación/aplicación de indicadores- que permita:
 - Identificar los de efectos transformadores y sustentabilidad de la participación ciudadana en salud.
 - Contribuir a la neutralización de obstáculos y al fortalecimiento de facilitadores.
 - Viabilizar la integración de contenidos de participación en la formación de capacidades académicas; técnicas y políticas, incorporando contenidos curriculares para el desarrollo de capacidades para la gestión de procesos de participación ciudadana en el sistema de salud.
 - Promover y profundizar el trabajo interdisciplinario.

Con tal fin se propone:

- Seleccionar experiencias por países que de acuerdo a sus características, que parezcan especialmente relevantes por su vinculación con la participación en salud para la construcción de ciudadanía, y permitan observar “in situ” el desarrollo e implementación de estos procesos.
- Trabajar con la metodología de Investigación Acción Participativa I-A-P, ya que las propias organizaciones sociales tendrían incidencia desde su inicio , e incorporando la perspectiva del mapeo de alcances.