

FORO SOBRE EXPERIENCIAS PARTICIPATIVAS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Diciembre 2005

FORO SOBRE EXPERIENCIAS PARTICIPATIVAS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

El 29 de noviembre de 2005 se llevó cabo el Primer Foro de Experiencias Participativas en Atención Primaria de la Salud, en el Auditorio de la Fundación CIPPEC. La organización de este primer foro estuvo a cargo del equipo de Políticas de Salud de la Fundación CIPPEC: Daniel Maceira, Cintia Cejas, Sofía Olaviaga, Pedro Kremer y Nicolás Dallorso.

PARTICIPANTES

María Gabriela Pombo (Mujeres al Oeste), Ciudad de Buenos Aires:

Fortalecimiento de espacios intragénero, empoderamiento y construcción de salud. Construcción participativa de un circuito de protección integral de los procesos salud-enfermedad-atención de las mujeres en situación de migración.

Eduardo Lorenzini y Norma Mora (Fundación Quillahue), Pcia. de Rio Negro:

Creación de redes Interinstitucionales que actúan como agentes de prevención y promoción de la Salud Sexual y Reproductiva. Consolidación de procesos efectivos de participación comunitaria a través de la inserción de referentes como protagonistas para la prevención de conductas de riesgo.



Gladis Fattore (Mundo Sano), Pcia. de Misiones:

Para continuar con las tareas de lucha contra el Dengue en la Ciudad de Puerto Iguazú, se realizan en la localidad, talleres de vigilancia con participación de la comunidad. Se intenta que la comunidad ejerza en forma directa, las tareas de vigilancia, de modo que a mediano y largo plazo, la continuidad de esta estrategia garantizará óptimos resultados.

Graciela Mocca y Hebe Obligado (Municipalidad de Bragado), Pcia. de Buenos Aires:

Fomento del desarrollo de la comunidad a través de la participación activa de ésta en la transformación de su propia realidad. El objetivo es que todos los niños puedan comer en sus casas los fines de semana y cerrar el Comedor Comunitario. Los padres participaron de muchos talleres: huertas, criaron pollos, cursos de albañilería. La Municipalidad aportó los elementos necesarios para re-unir al grupo familiar alrededor de una mesa.

Paula Goltzman (Intercambios), Ciudad de Buenos Aires:

Desarrollo de acciones comunitarias de prevención de VIH y otras enfermedades de transmisión sexual y reducción de riesgos en usuarios de drogas con la participación de adolescentes y jóvenes en barrios pobres del partido de Avellaneda (Buenos Aires).

Adriana Slaifstein (Equipo de Salud Comunitaria Hospitales Borda – Argerich), Ciudad de Buenos Aires:

Prevención y promoción de la salud llevadas adelante por un equipo de profesionales de la salud de ambos hospitales junto a vecinos desocupados entrenados en promoción de la salud, en los conventillos de la Vuelta de Rocha (Ciudad de Buenos Aires).

Carolina González SanMartín, Marisa Mujica y Rosana Ragno (FUNDAMIND), Ciudad de Buenos Aires:

Talleres de promoción de la salud a padres de niños de un jardín de infantes de una población en situación de migración y pobreza. Reconocimiento y fortalecimiento de liderazgos comunitarios.

María del Carmen González, Mirta Cachorro y Virginia Colombo (Municipalidad de La Plata), Pcia. de Buenos Aires:

El programa PROGRESA tiene como objetivo el armado de redes entre familias vulnerables y la infraestructura socio-sanitaria, teniendo como mediadores a los promotores de salud y bienestar comunitario y las ONGs que desarrollan sus actividades en cada uno de los barrios de La Plata.

Perla Kot, Andrea Saccomanno, Sandra Bueno, Verónica Curcio Morán (Postgrado Médicos Comunitarios CESAC 13), Ciudad de Buenos Aires:

Son integrantes del postgrado de medicina social y comunitaria del Ministerio de Salud de la Nación. La currícula del Postgrado contempla, además del trabajo asistencial, la asignación de horas protegidas para el desarrollo de actividades en la comunidad.

Luisa Camaño y Verónica González (Municipalidad de San Fernando del Valle de Catamarca), Pcia. de Catamarca:

A partir de la incorporación de San Fernando del Valle de Catamarca en la Red de Municipios y Comunidades Saludables se están desarrollando distintos talleres de Diagnóstico Participativo que juntamente con las asambleas barriales en el marco de los programas de Presupuesto Participativo convocan a los vecinos a definir las obras prioritarias.

Daniel Accorinti, Pcia. de Buenos Aires:

Promovió y coordinó la creación de consejos consultivos de salud en distintos Centros de Atención Primaria de la Salud en la Municipalidad de Pilar.

Bibiana Pignolino, Vilda Discacciati, Nancy Giraudo, Claudia Dreyer y Rodolfo Di Paolo (Hospital Italiano), Pcia. de Buenos Aires:

Este proyecto se implementó en el Centro de Salud de Medicina Familiar “San Pantaleón” con el propósito de educar y difundir prácticas saludables en la comunidad, a través de actividades que favorecen la prevención y la promoción de la salud. Se propuso formar agentes comunitarios de salud (promotores) y realizar talleres sobre salud sexual y reproductiva.

Jorge Irazola, Cristina Ventura Arias y Joanna Foster (Médicos del Mundo), Ciudad de Buenos Aires:

La institución lleva adelante distintas experiencias de participación comunitaria en el área de salud: Farmacia comunitaria en Goya (Corrientes); el fortalecimiento de centros de salud a partir del empoderamiento de la comunidad en Lanús (Buenos Aires); y proyectos de formación de agentes sanitarios y de espacios de participación en Abra Pampa (Jujuy).

Alejandro Puchet (Programa Salud en el Barrio, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires)

El Programa Salud en el Barrio propone mejorar la accesibilidad de los vecinos de la Ciudad a la información sobre servicios, programas y acciones de salud en cada barrio, promover la participación comunitaria en salud a partir de la articulación con instituciones y organizaciones barriales, propiciar la articulación entre representantes barriales y equipos de salud y desarrollar actividades con la comunidad de acuerdo con las prioridades locales.

Felicitas Orezza (Cruz Roja Argentina), Ciudad de Buenos Aires

El Proyecto de Salud Comunitaria para el Litoral Sur busca mejorar la atención de enfermedades prevalentes, sensibilizar, movilizar socialmente a las comunidades para el abordaje de los problemas de salud y desarrollar conductas que influyen positivamente en el cuidado de su salud. Entre sus objetivos se encuentra el apoyo al fortalecimiento comunitario.

Roberto González Táboas (CESAV Barrio Parque Avellaneda), Ciudad de Buenos Aires

Proceso de recuperación, apropiación, planificación y gestión del Parque Avellaneda como espacio público "nuestro de todos". Y la replicar dicho proceso en el Centro de Salud y Acción Comunitaria N°13 dependiente del Hospital P. Piñero del GCBA que está ubicado dentro mismo del parque. Se concretó el proceso de planificación participativa involucrando a vecinos, instituciones, profesionales y funcionarios del nivel central y del área programática del hospital.

Walter Morroni (organización de usuarios de servicios de salud, Montevideo), Uruguay

Proceso socio territorial de cambio en el modelo de salud, a partir de la comisión de salud del consejo vecinal del zonal 17 del Departamento de Montevideo. El proyecto focaliza en la necesidad de un cambio de paradigma en la concepción de salud y en un involucramiento de todos/as los actores (profesionales de la salud, vecinos y autoridad).

PRESENTACIÓN

La presentación y apertura del Foro estuvo a cargo del Dr. Pedro Kremer quién realizó una breve introducción a los objetivos del encuentro: “ *La idea de esta tarde es que tengamos un espacio en el cual compartir, discutir, debatir y sacar algunas conclusiones sobre cuáles son los principales problemas, obstáculos y éxitos que tienen las experiencias participativas en el área de la salud, para que todos podamos llevarnos algún aprendizaje. Nuestro equipo está desarrollando una experiencia participativa en*



Tucumán así como cada uno de ustedes está llevando adelante una experiencia en la Argentina”.

A continuación se introdujo a los expositores y se explicó la metodología de trabajo una vez concluidas las ponencias: *“A posteriori de las exposiciones nos vamos a dividir en dos grupos para discutir en el taller a partir de unos ejes propuestos. Luego, para finalizar, tendremos una instancia plenaria para hacer una puesta en común de las principales conclusiones que pudieran haber surgido en lo trabajado en ambos grupos “.*

PONENCIAS

Daniel Maceira, PhD: Dr. en Economía, está especializado en Economía de la Salud y organización industrial, además es investigador titular del CEDES y del CONICET y director del Área de Salud de CIPPEC.

“Gracias por venir. Primero quiero presentarles al CIPPEC. CIPPEC es el centro de implementación de políticas públicas para la equidad y el crecimiento. Es una ONG sin fines de lucro que trabaja desde hace cinco años en temas de implementación de políticas. Entre las áreas de trabajo se encuentran las áreas de Justicia, Educación, Transparencia, Fiscal, Gestión Pública y Salud. Dentro de esta área estamos trabajando en un proyecto con la Interamerican Foundation sobre Atención Primaria de la Salud y participación comunitaria Alderetes, Tucumán. A continuación voy a hablarles sobre el sistema de salud argentino desde la perspectiva financiera y la descentralización, y el impacto de esa estructura sobre la equidad, desde mi visión de economista y a partir de eso, cómo se estructura la estrategia del área de Políticas de Salud de CIPPEC.

Como ustedes saben el sistema de salud argentino es extremadamente fragmentado y segmentado. Segmentado, en términos de la naturaleza federal del país, lo que hace que cada provincia tenga capacidad de gestionar y tenga el control financiero de los recursos del sistema de salud de cada uno de las jurisdicciones. Esto establece una división de tareas y ciertas limitaciones desde el ministerio nacional para poder articular políticas públicas a nivel nacional y encontrar espacios de cooperación, discusión y debate sobre políticas globales. Paralelamente, existe una estructura de aseguramiento social que está relacionada con obras sociales nacionales, cuyo gerenciamiento está a cargo de los sindicatos, y de 24 obras sociales provinciales, que reúnen aproximadamente el 14% de la cobertura formal del país. Estos dos grupo de instituciones junto con el PAMI y los ministerios de salud son los que establecen algún mecanismo de aseguramiento social claramente fragmentado en términos de mecanismos de transferencia de riesgos y fondos entre gente relativamente más sana y relativamente más enferma, entre gente relativamente más rica y gente relativamente más pobre. Los patrones de consumo de las familias, a partir de esto, están asociados con la capacidad que tiene este mecanismo de aseguramiento social de financiar las necesidades de salud de su población y, por otra parte, de la capacidad de bolsillo que tienen las familias de financiar directamente parte de ese gasto. La idea es hacerles un resumen de la información disponible sobre este tema.

En términos generales, lo que uno puede ver del sistema son los mecanismos financieros de obtención de recursos ya sea del tesoro nacional (impuestos directos e indirectos) o de los tesoros provinciales (impuestos directos e indirectos). Por el otro lado, lo que la AFIP hace es concentrar las retenciones salariales y aportes patronales de los empleados en trabajo formal que alimentan el ANSES que, después de obtener un porcentaje para el Fondo Solidario de Redistribución y para el Fondo de Enfermedades Catastróficas, redistribuye ese dinero entre las obras sociales nacionales que aproximadamente tienen el 30% de los beneficiarios formales del país. Estas instituciones en general no tienen prestadores propios, sino que contratan prestadores privados para la prestación de servicios. Por el otro lado, el sector público, a través de los ministerios de salud de las provincias, financia a las instituciones propias que son los hospitales que a través de trabajadores de planta prestan

integralmente servicios de salud a la población. El PAMI se alimenta del tesoro nacional, tesoros provinciales, aportes de los trabajadores y un porcentaje de las mismas pensiones para alimentar un fondo que, salvo excepciones, también opera contratando al sector privado. Esto genera una desintegración vertical, en términos de quién está financiando y quién está proveyendo los servicios. Claramente en la seguridad social, el sistema de obra sociales está generando un financiamiento solidario, al menos en diseño, y una prestación a través de estructuras privadas con mecanismos de pagos asociados con cápitas o pagos por prestación. Este es el patrón de gastos en el año 1998, que es la última encuesta de hogares con carácter nacional y representación regional que se hizo en la Argentina, la única base posterior a ésta es la Encuesta de Utilización y Gastos de los Hogares del 2003 que hizo el Ministerio de Salud con una muestra mucho más pequeña. Esta base con origen en el cien, está mostrando en el eje horizontal es los quintiles de ingresos en términos de cada uno de los ingresos de las familias; y en el eje vertical, el gasto, cuántos pesos por familia por año se gasta en salud. Lo que uno ve es que a medida que las familias son más ricas, el nivel de gasto en salud es mayor. En salud y en cualquier otra cosa. La descomposición de este gasto total se descompone en servicios y seguros de salud y en gastos en medicamentos. Lo que uno ve, como dato llamativo, es que se necesita llegar al promedio del tercer quintil para que el gasto en medicamentos sea superado por el gasto en servicios y seguros de salud. Esto está asociado con tres fenómenos: fenómeno uno, las familias del cuarto quintil están pagando servicios privados de salud lo que no está sucediendo en los primeros dos quintiles; segundo, que el sistema de salud hace que las familias permitan recibir servicios de salud en el sistema público sin pagar o pagando muy poco, esas son las buenas noticias. Las malas noticias es que esta gente normalmente no tiene empleo formal y por tanto tienen que pagar el 100% de bolsillo los gastos en medicamentos, mientras que los trabajadores formales que están en el tercero, cuarto y quinto quintil tienen un descuento de farmacia de aproximadamente un 40% de descuento. Esto es lo que hizo disparar políticas de medicamentos como el programa de emergencia REMEDIAR, entre otras iniciativas de que uno puede pensar en términos de políticas públicas.

Ahora bien, si uno lo mira del lado del ingreso la relación es regresiva: cuanto más pobre es la familia mayor es el porcentaje total de ingreso que se destina en salud. Esta es una medida de regresividad: una familia pobre promedio del primer quintil gasta un promedio de 7,5% de sus ingresos de bolsillo en salud, de los cuales 4% es gasto en medicamentos. Mientras que las familias más ricas tienen un gasto de 5% de sus ingresos en salud, es decir, las familias más pobres están desplazando otros gastos, otros consumos para tener acceso a los servicios de salud. La pregunta entonces es qué hace el sector público para poder alivianar esta carga. Entonces lo que uno ve es que a nivel provincial hay brechas de desigualdad. El mecanismo de asignación de fondos provinciales se realiza en base a la oferta y no en las necesidades; las transferencias nacionales a las provincias son limitadas, y el gasto no es focalizado. Para el año 1993-2003 la cantidad de dinero que se invierte en salud por persona y por provincia: lo que se ve aquí es que la brecha es muy grande entre provincias como Neuquen y Santa Cruz con entre \$200 y \$240 por año y provincias como Corrientes y Misiones con un tercio de esa inversión. Esto uno lo ve en el año 1993 y en el 2003. La última columna lo que está mostrando es la variación porcentual de ese gasto entre provincias. Acá hay algunas provincias que el gasto o la inversión provincial en salud está subestimado que son las provincias de Santa Fe, Córdoba y Buenos Aires que son aquellas provincias en que el gasto no sólo está descentralizado a nivel provincial sino que también a nivel municipal. El gasto a nivel municipal aquí no aparece. El paradigma de la hiperdescentralización es Córdoba que la inversión en salud es compartida prácticamente en partes iguales (mitad y mitad) entre el gasto municipal y el gasto provincial. Ahora, la pregunta es por qué esta diferencia, si es una cuestión asociada a ingresos o es una cuestión asociada con necesidades. ¿Gasto menos porque tengo menos para gastar o gasto menos porque necesito menos? Este cuadro lo que muestra es que si uno saca una tasa de correlación simple entre gasto promedio en salud pública de las provincias y los compara con una serie de indicadores de necesidades y una serie de indicadores de

oferta, tomando como indicadores de necesidad, la población con necesidades básicas insatisfechas, la tasa mortalidad infantil y un indicador de perfil epidemiológico haciendo una tasa entre años potencialmente perdidos por enfermedades infecciosas versus tumores, lo que uno encuentra es que la correlación entre ambos es muy pequeña. Sin embargo, si uno ve la correlación entre el gasto y los indicadores de la oferta (tomando como oferta número de médicos, número de camas y número de instituciones) la correlación es altísima y supera el 80%, lo cual quiere decir que el gasto de las provincias en salud se dirige a mantener la infraestructura y esa infraestructura no está necesariamente correlacionada con las necesidades en salud de la población. ¿Qué hace el gobierno nacional? ¿Logra “bachear” es decir cubrir las necesidades de la población? Acá lo que se ve para el año 2002 y 2004 la cantidad de dinero en millones de pesos y el porcentaje del gasto provincial asociado con transferencias directas del gobierno de la nación. Lo que se ve es que, salvo en el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y en la Provincia de Buenos Aires, los valores no son significativos, no alcanzando el 2% incluso en jurisdicciones pobres como Chaco. Si uno ve el gasto no monetarias, es decir, las transferencias en vacunas, medicamentos, preservativos, anti-retrovirales y sangre, lo que uno encuentra es que la asociación entre pobreza y transferencia sí es relativamente alta, es decir, provincias más pobres reciben en recursos no monetarios más que provincias relativamente más ricas. Finalmente esto lo que está mostrando es para tres años 1996, 2000 y 2004 la cantidad de dinero que el gobierno nacional invierte nacional. Hacia la mitad de la tabla encontramos el rubro “Iniciativas específicas” que son aquellas iniciativas asociadas con grupos prioritarios en términos de asignación de inversión ya sea Materno infantil, SIDA, Emergencias, discapacidad, etc. eso para los tres años no supera el 5%. Para ver a dónde va el grueso del gasto hay que ir en 1996 a “Hospitales e instituciones prestadoras” que es alta y a “Presidencia y Ministerios” en el año 2000 y 2004, ese número corresponde 75% del gasto y eso es PAMI. O sea que el 75% del gasto nacional en salud se dirige al financiamiento del PAMI. Si uno considera que el PAMI es un grupo especial a ser focalizado, el 80% del gasto de salud de nación (el 75% más el 5%) se focaliza, sino sólo el 5% está destinado a necesidades específicas.

Si uno mira la relación entre cobertura y producto bruto geográfico de las obras sociales provinciales, lo que uno encuentra es una correlación notable entre nivel de pobreza, cobertura y gasto. Lo que quiere decir obras sociales relativamente más pobres se encuentran en provincias relativamente más pobres y tienen una cobertura formal relativamente más amplia porque estas provincias tienen un porcentaje de población con empleo público relativamente más alto. En el caso extremo superior Catamarca tiene 43% de su población como afiliado directo o familiar de un empleado público, mientras que en la provincia de Buenos Aires, el IOMA sólo tiene 8% de su población. Con respecto con las obras sociales nacionales lo que uno encuentra es que la diferencia en términos de ingresos y de número de beneficiarios hace que el mosaico sea muy amplio. Acá lo que armamos es cuatro grupos en términos de población: minúsculas, pequeñas, intermedias y grandes; y cuatro grupos en términos de ingreso promedio de la obra social. En cada una de las celdas encontramos cuántas obras sociales se ubican, cuál es el número de beneficiarios total de esa celda, cuál es el salario promedio y cuál es la diferencia con un PMO de \$40. En el margen superior izquierdo lo que uno ve es las obras sociales minúsculas de ingreso bajo que le falta casi \$23 para llegar a un PMO de \$40. Mientras que en el otro extremo, hay dos obras sociales a las que les sobran \$127 para llegar eso. Las celdas sombreadas son aquellas que en teoría están subsidiadas por las otras para poder cubrir un paquete mínimo de \$40. Lo que eso nos está mostrando es cuál es el nivel de fragmentación del sistema y cuál son los desafíos de la perspectiva de política para coordinar el financiamiento y dirigirlo a la cobertura de necesidad de población a un paquete único.

Finalmente, este cuadro está mostrando tomando los censos de los años 1991 y 2001 cuál es la brecha entre cobertura formal por provincia. Está ordenada por la última columna que es variación porcentual. La provincia de Chaco que es la provincia más pobre del país y con el perfil epidemiológico

medido por años perdidos por infecciones y tumores tienen la peor caída que es casi del 28% de cobertura formal. En el otro extremo se encuentra Tierra del Fuego que es la única provincia del país que logró aumentar la cobertura formal en los dos años censales.

A partir de eso el gobierno nacional articuló una serie de programas entre ellos el Materno Infantil, el programa Remediar que son las dos herramientas que se están utilizando para poder atacar estos problemas.

La estrategia de CIPPEC se dirige en dos direcciones; una de ellas busca fortalecer la atención primaria salud a través de mejorar el acceso y la calidad de los centros de atención primaria, la idea es acompañar el diagnóstico locales y participativos apoyar y promover la participación comunitaria en los CAPS y brindar asistencia técnica en la gestión, asignación de recursos y establecimiento de prioridades. Eso es básicamente uno de los ejes de nuestra estrategia institucional en el área de salud y cuyo correlato es el programa que nos convoca. La segunda es tratar de utilizar la “debilidad” del sistema segmentado como una fortaleza en el apoyo de políticas públicas. Es decir sabiendo que distintas provincias tienen distintas capacidades de financiamiento y distintas capacidades de gestión de sus recursos dirigirse a cada una de estas provincias y brindar apoyo a través de mejora de los procesos de toma de decisiones, formulación e implementación de políticas, reforzar capacidades de gestión y desarrollar estrategias de comunicación. Muchas gracias”.

Dr. Hugo Spinelli: Doctor en Salud Colectiva, es profesor investigador titular de la Universidad Nacional de Lanús, dirige la maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de la misma Universidad, dirige la carrera de especialización en Gestión y Salud, entre otras cosas.

“ Buenas tardes, agradezco la invitación a CIPPEC. Quiero tratar con Ustedes reflexionando dos temas complejos: participación popular en salud y atención primaria. Quisiera empezar esto comenzando a recuperar históricamente estas cuestiones porque tal vez sirva para contextualizar qué se discute y cómo se discute. Desde lo que representa para mí el espacio de militancia y trabajo en esta área se remonta al inicio de la democracia. Fueron dos palabras muy fuertes, en el sentido que casi actuaban como contraseña de identificación y/o algo que estaba bien: “atención primaria” y “participación”. Lo cual me parece que correspondía a un momento histórico, ya se venía con una discusión en ese momento en el énfasis de la recuperación de la vida democrática. Me parece que ahora ya es altura de poner en cuestión algunas cosas. El tema de la participación, para mí, es un tema complejo, no es un tema de alta afinidad per se ya que muchas veces se confunde el tema de la participación en términos de medios y fines, y mientras tanto que la participación sea un fin en sí mismo, para mí, no me garantiza nada, en el sentido que yo puedo adherir a cuestiones participativas o entiendo la participación como un medio para un fin que debe estar explicitado. Si la participación es en sí mismo un fin, quisiera discutir otras cuestiones. Creo que hay un excesivo uso del término participación, como lo hubo de “atención primaria” y entonces dentro de estos conceptos entró todo o cualquier cosa. Me parece que también hay que diferenciar los porqué y los para qué de la participación. También en el desarrollo y la evolución de la democracia creo que el tema de la participación no puede estar desprendido de otro concepto que, para mí es más importante, que es el concepto de ciudadanía. Creo que lo que realmente me importa a mí es la construcción de ciudadanía. Y si quisiera avanzar un poco más avanzaría en lo que Rosanvallon plantea como ciudadanía social. Es decir no me interesa, y en esto asumo la parte ideológica que me corresponde, una ciudadanía centrada sobre sí misma de carácter individual, sino una ciudadanía de carácter solidario. Es decir, pretendo un sujeto de derechos que hace valer sus derechos. ¿Y por qué hago esta aclaración? Porque hubo mucho y hay de la participación como una forma de mano de obra barata o como una forma de utilización, y esto remite a una discusión que está planteada desde los orígenes de la atención primaria de la salud, discusión no resuelta que se planteó en

si la atención primaria de la salud iba a ser una estrategia tal como había sido planteada en Alma Ata, si la atención primaria se circunscribía al primer nivel de atención o si la atención primaria de la salud era medicina para pobres o atención primaria primitiva como señalaba en algún texto Mario Testa. Tres conceptos totalmente distintos. Si uno lee el documento de Alma Ata encuentra que Alma Ata planteaba un nuevo orden económico internacional, planteaba el desarme mundial, es decir, planteaba cuestiones que indudablemente no fue hacia donde fue marchando el mundo después. Uno podría atribuirle eso al vodka que estuvo circulando esa noche en Rusia, podría ser. Pero indudablemente que los contenidos del documento y la realidad tienen poco que ver. Y como suele suceder en las declaraciones grandilocuentes de los organismos internacionales termina con que uno debe observar las prácticas. Yo creo que a esta altura diferenciar también discursos, prácticas e impacto de las prácticas. Y si yo hoy voy a observar hoy el impacto de las prácticas debo reconocer, a pesar de que no me causa ningún placer, que la atención primaria se instaló en una mezcla de primer nivel de atención y atención para pobres. Y eso debe ser discutido si esto está bien que sea así o no. Y también ese recupero histórico no quiero dejar de mencionar que esto fue parte de una discusión al interior de los organismos internacionales en los momentos de implementación entre OPS y UNICEF entre atención primaria integral o atención primaria selectiva. Claramente UNICEF que lo de Alma Ata era muy lindo pero era para el documento, que era imposible. Y al poco tiempo del documento la OMS emite un paper en el cual señala que el único país que iba alcanzar la meta de salud para todos el año 2000 era Suecia. Indudablemente que hacer semejante lío y financiamiento internacional para llegar a esa conclusión no era muy estimulante para la tecno-burocracia sanitaria internacional. Entonces lo que uno debe pensar es esa tensión que hace UNICEF es vayamos a atención primaria selectiva, es decir, señalando cuatro o cinco acciones que tengan que ver con control del embarazo, crecimiento y desarrollo, inmunizaciones, lactancia y escaparse de las otras cuestiones que eran la declaración inicial que traían una reformulación muy interesante a los sistemas de salud, tratando quizás, de cubrir alguna de estas cuestiones que señalaba Daniel que son constitutivas del sistema de salud argentino. Pero para eso era necesario la construcción de actores sociales que la sociedad nuestra, por ejemplo, no tenía, o que el tema no era relevante para los actores que había. Me parece que esta cuestión que después se expresó claramente en los noventa, en la polémica universalización-focalización, es interesante observar cómo estos dos conceptos de “participación” y “atención primaria” se mantienen, casi de una manera neutra, como si fuesen como el yogur: no hacen nada. Es decir, pueden pasteurizadamente recorrer cualquier momento histórico o cualquier discurso. Me parece que esto no es bueno; creo que debemos discutir estos conceptos, debemos redefinirlos; creo que se utilizan de manera muy muy diferentes estos términos, es decir, no siempre la participación está implicando un empoderamiento de los actores, sino que muchas veces está actuando como un verdadero mecanismo de control social, es decir, asumir que cierta población que puede llegar a cierto nivel de salud porque la distribución de ingreso da para que consuman ciertas medicinas y ahí, entonces, tenemos que meter participación popular... yo con eso no quiero tener nada que ver. Ahora sí me hablan de mecanismos en los cuales haya una toma de decisión que implique, inclusive, poner los límites a los procesos de medicalización, que signifique que los mismos grupos sociales comiencen a preguntarse por qué se enferman y de qué se enferman... porque si uno hace un mapeo epidemiológico ve que las enfermedades se distribuyen con ciertas características que harían suponer que tendría que ver algo el medio ambiente o situaciones de pobreza... en esas cuestiones yo ahí sí creo que la participación tiene algún sentido, pero siempre y cuando el camino de la participación –y esto me parece sustancial– la necesidad de construcción de ciudadanía.

El tema de atención primaria creo debe ser reformulado, creo que ya es una contraseña desgastada, no entiendo bien a qué se refiere, todo el mundo ha concluido en esa cuestión desde el Banco Mundial hasta cualquier propuesta, está políticamente correcto hablar de atención primaria. A esta altura yo quiero reformular de qué se está hablando con atención primaria de la salud y creo que para esto hay bibliografía interesante, hay un texto muy interesante si alguien quisiera profundizar sobre el

tema de la participación popular que es un texto de Antonio Ugalde que se llama “Las corrientes ideológicas de la participación popular en América de Latina” que está publicado por Cuadernos Médicos Sociales de Rosario, que habla de los distintos usos y apropiaciones del concepto de participación en los distintos momentos históricos. Antonio Ugalde es un español, profesor de la Universidad de Texas, EEUU. Y sobre atención primaria está el texto ya clásico de Mario Testa “¿Atención primaria o atención primitiva?”. Me parece que son dos textos, que si el objetivo es discutir estos conceptos, le van a permitir profundizar ampliamente.

Me parece que la participación debemos discutirla también si la participación la vamos a hacer en el diseño de las políticas, si la participación la vamos a hacer al nivel de las comunidades, o también vamos a discutir la participación que hay al interior de los grupos domésticos o unidades familiares donde debemos reconocer –como claramente lo señala Eduardo Menéndez– se da el mayor nivel de participación y donde es la mujer la que toma la mayor parte de las decisiones que se hacen que se consulte o no se consulte al sistema formal de salud. Es decir la mayoría de las consultas al sector de salud se definen por mecanismos de participación –que no necesariamente quiere decir que sean democráticos– al interior de grupo doméstico o unidad familiar. Entonces, esa participación que estamos hablando es en el diseño de las políticas, en las políticas, en la implementación de las políticas o es al interior del grupo doméstico donde indudablemente la mujer tiene un rol muy importante. Me parece que esto nos lleva a distintas discusiones de lo que es la participación y entender que hay una fuerte cesión entre la ideología lo que es el discurso de la participación y lo que observamos en las prácticas. Es decir, que mientras en el discurso de la participación nos llenamos la boca de hablar de democracia, bla, bla, bla y cuando vamos a observar las prácticas no siempre observa que esto pueda trasladarse mecánicamente, y muchas veces esos procesos participativos son altamente verticalizados, altamente medicalizante y muchas veces no cumplen con lo señalado anteriormente o, por lo menos, en las declaraciones. Esto no quita que la participación sea una solución eficiente para determinados problemas. Especialmente cuando estemos enfrentando problemas simples y esto era, creo, el señalamiento que hacía UNICEF en el momento histórico cuando se juega por la atención primaria selectiva. Y, esto nos guste o no, la participación popular es efectiva ante problemas simples de fácil estructuración con medidas puntuales tiene alto impacto. Entonces lo que nos falta responder es queremos que la gente participe para qué, ante qué tipos de problemas y en qué niveles de decisión de los problemas y, enmarcando esto en –lo que para mí es necesario y fundamental para asegurar los procesos democráticos– la construcción de ciudadanía, que permita el fortalecimiento institucional e indirectamente el fortalecimiento de la democracia que sigue siendo un déficit a nivel de nuestras instituciones de salud. Si así como en 1983 conseguimos una democracia a nivel macroinstitucional, que yo celebré profundamente, creo que tenemos un déficit muy fuerte que nuestras instituciones se comporten verdaderamente de manera democrática, por lo tanto para los trabajadores de salud creo que también nos queda la cuestión de reflexionar, ya no de la participación hacia fuera, sino de la participación hacia dentro de nuestras instituciones que no están exentas de un cierto tinte autoritario, verticalista propio de otros tiempos culturales y científicos. Les agradezco el tiempo que me han brindado”.

Lic. Cintia Cejas: Licenciada en Ciencias Políticas, coordinadora del proyecto “Espacios de Participación en Salud”, área de salud de CIPPEC

“ Buenas tardes, el propósito de mi presentación es profundizar sobre una experiencia que estamos llevando a cabo en un municipio de Tucumán desde agosto del año pasado. El objetivo de nuestro proyecto es fortalecer la atención primaria de la salud a través de mecanismos participativos para mejorar el acceso a la salud y la calidad de vida de la población socioeconómicamente más vulnerable de Alderetes. ¿Cómo? A través de lo que nosotros denominamos espacios de participación en

salud. Básicamente estos espacios consisten en grupos de personas que trabajan por la salud de su barrio, de su comunidad. Estos grupos están formados por autoridades municipales, por equipos de salud, es decir, médicos agentes sanitarios y enfermeras y gente de la comunidad, organizada o no, es decir, ONGs y vecinos. Esta experiencia se está desarrollando en cuatro Centros de Atención Primaria que se llaman Rosario, Alderetes, Leloir y Silvestre, dentro de este municipio. Alderetes es un municipio que tiene una población de 60.000 habitantes y tiene una característica particular y es que tiene sólo cuenta con 6 CAPS para una población de 60.000 habitantes. De esos seis CAPS, uno sólo trabaja las 24 horas, el resto tiene 12 horas de atención solamente. Alderetes se encuentra a 10 kilómetros de San Miguel de Tucumán, con lo cual las cuestiones de urgencias terminan siendo derivadas siempre a los hospitales de la capital. La duración del proyecto comenzó en agosto del año pasado y tiene una duración aproximada hasta agosto del año que viene y es financiado por la Interamerican Foundation, la característica de esta fundación es el financiamiento de proyectos de organizaciones de bases. Como estrategia metodológica nosotros decidimos trabajar con lo que se llama planificación local participativa porque favorece la participación de los actores involucrados en cada tema, permite el diseño conjunto de acciones integrales con mayor impacto sobre la problemática local, estimula el protagonismo ciudadano y permite fortalecer el tejido social creando nuevos lazos y compromisos.

Grabación interrumpida. Consultar por la presentación en ppt a ccejas@cippec.org

A continuación se leyó una carta enviada por Lic. María Dolores González de Ganem, quien coordina el proyecto de CIPPEC en Tucumán y no pudo estar presente en el Foro

S. M. De Tucumán, 29.11.05

A los participantes del Foro de experiencias comunitarias:

Mucho me hubiera gustado estar en este Foro con ustedes, para aprender cómo supieron resolver los obstáculos que plantea el acompañamiento de la gente para que asuma su protagonismo ciudadano.

Este proceso –que implica la participación comunitaria como estrategia- es arduo y lleno de escollos.

El significado originario de la palabra participación en latín era el de “tomar parte en un reparto” y también, “comunicar algo” “dar parte en algo”. Estos significados tienen aún vigencia en nuestro contexto, aunque su ejercicio se vea cada vez más restringido por la pobreza reinante, quedando vigente sólo la participación como usuarios -en tanto consumidores- para un grupo cada vez menor de ciudadanos.

Participación es hoy un término con muchos significados. Es más conveniente hablar de “una idea de participación”, pues tiene la ventaja de sugerir que el concepto esta en construcción aún, como el proceso mismo de su instrumentación.

Por empezar *la participación no es un estado estable*, es más bien *un proceso que se va constituyendo en varios momentos, durante los cuales los participantes involucrados se forman y forman a otros en el manejo de conocimientos y destrezas que dependen de la naturaleza de la experiencia participativa*.

Como observamos en la presentación, hubo distintos momentos en este proceso participativo: el diagnóstico participativo, la planificación conjunta y la ejecución de las actividades. Si observamos la asistencia a las reuniones plenarias por ejemplo, fueron decayendo en función de la vivencia interior de que cada vez más había que comprometerse en la resolución de los problemas que ellos mismos habían acordado enfrentar.

Estamos acostumbrados a la discontinuidad y el oportunismo, y lo que hace que los participantes vuelvan es la sospecha de continuidad del proyecto, para abrazar una esperanza de un futuro mejor. Es por ello que la participación es también, *un acto voluntario*.

Al difundirse las experiencias de formación, entre unos y otros, algunos vuelven, otros quedan sin integrarse activamente, pero son “aliados” a la distancia para resolver problemas, se va entretejiendo redes que continuamente hay que sustentar aún.

Se está de acuerdo entre los investigadores que la participación *tiene fines que la orientan, esto es, el logro de metas sobre las cuales el grupo establece acuerdos sobre la base de la importancia que tienen para satisfacer intereses vitales*. En este sentido, cada grupo –doce al comienzo- decidió autónomamente las prioridades en salud que los movilizan, vislumbrando cada cual que la desinserción de ciertos grupos muy vulnerabilizados por la pobreza había arrasado con valores colectivos saludables y necesarios para la convivencia, eligiendo como estrategia para enfrentar la inexistencia de valores en salud, la educación.

Además, dada la tensión existente entre las necesidades y valores de los ciudadanos y el control de los recursos para su satisfacción por parte del Estado –que aplica su propia valoración demagógica para resolver aquellas-, aspiramos crear nuevas instituciones –los Espacios de participación- para que *influyan en la toma de decisiones*.

Es sólo esta vivencia de protagonismo –al reclamar y lograr gradualmente políticas más saludables y equitativas- la que permitirá ir dejando de lado una democracia caracterizada por lo delegativo y patriarcal, para volverse más representativa de los intereses ciudadanos.

Mientras este proceso de participación se va construyendo entre todos, hacemos parte de nuestros conocimientos en las reuniones plenarias. Se los capacitó en formas democráticas de organización en equipo y toma de decisiones, Promoción de salud, trabajo en redes, avanzamos ahora en el conocimiento de sus propios derechos y en la formulación y ejecución de proyectos participativos. Para el año próximo también abordaremos temas como el liderazgo.

Estos tópicos no agotan la agenda, que se va decidiendo colectivamente en función de necesidades de fortalecimiento en los grupos.

Numerosos son los obstáculos que vamos soslayando en este proceso, pero uno en particular me interroga con fuerza:

La mayoría de las organizaciones comunitarias participantes son muy pobres y subsisten por el “favor” político de la dádiva. Es decir que no son autónomas, ven precarizada su vida institucional por el paternalismo imperante, construido históricamente como único modo válido de reparto de los recursos públicos a cambio de votos.

Es muy probable que el crecimiento de estos grupos este siendo vivenciado como amenazante por el poder político de turno. ¿Cómo avanzar entonces en las políticas públicas para que incluyan estas nuevas formas institucionales –los Espacios de participación- sin que sean destruidos una vez finalizada la financiación de este Proyecto?

Es muy importante vuestra presencia y experiencia, espero que puedan compartir una tarde enriquecedora y provechosa.

Cordialmente,

Lic. Ma. Dolores González de Ganem

Coordinadora Local

Plan estratégico de Salud - Alderetes

TRABAJO EN TALLERES

Los ejes de discusión que se propusieron para trabajar en forma de taller fueron los siguientes:

Sustentabilidad

Este eje plantea las temáticas relacionadas a los recursos (humanos y materiales) necesarios para los proyectos; las diferentes formas de organización; la distribución de tareas y funciones entre los participantes; y el grado de institucionalización que los espacios participativos requieren. Asimismo, se relacionan con la autonomía y continuidad de la experiencia una vez que los primeros impulsores se retiran.

Articulación con actores

En este eje proponemos analizar las oportunidades y dificultades del trabajo conjunto con equipos de salud, funcionarios de los gobiernos locales y con organizaciones de la sociedad civil y referentes comunitarios.



Involucramiento de la comunidad

Consiste en profundizar sobre el origen y desarrollo de la iniciativa: cómo se realizó la convocatoria inicial; qué medidas fueron necesarias para sostener la participación a lo largo del desarrollo de la experiencia y qué acciones resultan efectivas para convocar nuevos participantes y mantener a los que ya están involucrados.

Evaluación y Resultados

El análisis de este eje permitirá conocer cuáles son los resultados que se alcanzan con el involucramiento de la comunidad, cómo se hacen las evaluaciones de impacto de las experiencias: su metodología, sistematización, publicación y/o difusión de los resultados obtenidos.

CONCLUSIONES EXPUESTAS EN EL PLENARIO:

Grupo 1

Sustentabilidad

- La cuestión de la sustentabilidad no sólo hace referencia a los recursos sino también a la consistencia del proyecto.
- Es muy importante para darle sustentabilidad al proyecto que haya conciencia ciudadana, una identidad colectiva.
- En general, hay un manejo clientelístico de los recursos y son malos antecedentes que dificultan los procesos de construcción de proyectos.
- Las practicas sociales son efectivas pero chocan con la falta de apoyo político.
- El personalismo opera debilitando los procesos participativos al igual que las actitudes paternalistas.



- Conflictos y problemas entre los tiempos de la comunidad y los tiempos del financiador.
- Hay experiencias que han desistido trabajar con financiadores.
- Se dijo también que el sistema clientelístico incluye también a ciertos financiadores.
- Aparece como alternativas o diseñar un proyecto asistencialista (resolver problemas con beneficiarios) o una valoración de la comunidad y sus recursos (generando autonomía).

Involucramiento de la comunidad

- La vulnerabilidad dificulta, conspira los procesos de construcción social.
- Sin embargo se aportó que la participación no está en relación directa con el bienestar. Los países de más bienestar no son los de más participación.
- La necesidad de generar un proceso de apropiación de los problemas sociales y su resolución vinculados con la temática salud-enfermedad.
- La participación es un objetivo de salud.
- Es necesario construir un “nosotros” con raíces y sueños. Memoria y futuro. Y la necesidad de construir un relato que sea motivador, que sea significativo, que congregue y genere este “nosotros”.
- Los colectivos sociales tienen que tener un “mapeo de la realidad”: saber en dónde está pisando, con las puntualizaciones de los actores sociales, los lugares conflictivos, los vacíos, lo que no se sabe.
- La metodología en red se impone frente a las organizaciones más estructuradas y formalizadas.
- Una novedad es que en algunas experiencias en esta red o redes aparece el Estado. El Estado en la horizontalidad aun con toda sus atribuciones. El Estado es uno en la mesa de trabajo incluso cuando sigue siendo el responsable de cuestiones que le son propias por ley.
- El concepto de “público” como “nuestro de todos” y no como del Estado.
- Necesidad de transformar los “problemas” en “problemáticas”.
- Gestión asociada. Involucramiento de la comunidad en el espacio decisorio.
- Se resalta como importante las experiencias de presupuestos participativos.

Articulación con los actores

- Los equipos de salud tienen más horas de salida a la comunidad.

- Surge la necesidad de saber cuántas horas de centro de salud pueden tener los vecinos. Es decir la necesidad de apropiación de los centros de salud por la comunidad y su involucramiento en la toma de decisiones del centro de salud.
- A veces por cuestiones gremiales hay reticencias.
- El plantel de profesionales tiene reticencias a salir a la comunidad.
- Tendencia al individualismo, actitud autoritarias de los médicos. Lo que los hace actores difíciles de involucrar en proyectos participativos.

Evaluación y documentación

- Los mecanismos de evaluación tienen que poder estar disponibles para el conjunto de los actores involucrados
- Los mecanismos de evaluación no tienen que ser tan sofisticados o técnicos para facilitar el acceso y comunicación.
- Sólo se evalúa lo que se planifica.
- Prever procesos de evaluación que incluyan mecanismos apropiados para que se pueda saber hasta dónde se avanza.
- Solamente puede evaluar el que trabajo en el proceso de evaluación.
- La evaluación es parte del proceso de aprendizaje
- La evaluación permite interpelar a las prácticas.
- Un resultado de las buenas prácticas es el cuidado que la comunidad presta a los agentes de salud.

Grupo 2

Involucramiento de la comunidad

- Una experiencia: Barrido de reconocimiento de instituciones interesadas en la comunidad
- Otra experiencia: Convocatoria de vecino por vecino. (pancartas, megáfonos, etc.)
- Una estrategia: Formación y reconocimiento de líderes comunitarios. (intermediarios entre la institución ejecutora y el resto de la comunidad)
- Hay que diferenciar entre participación como coyuntura o como proceso.
- Tener en cuenta al “otro” y no proyectar sobre él/ella lo nos falta a nosotros.
- Tener en cuenta en qué proceso histórico y político nos encontramos para contextualizar el proyecto.
- Metas a distintos plazos. Para evitar la frustración de quienes participan tener también objetivos a corto plazo.
- La necesidad de pensar la participación como motor de cambio social.

- Identifican cierta violencia en el desembarco de los proyectos de participación, que no dialogan y parten del supuesto que la participación le conviene a esa comunidad y que la comunidad “debe querer” participar.
- Pensar a la institución ejecutora como “facilitadora” y no como “poseedora del saber”.
- El proceso de implementación de los proyectos evidencian cuotas distintas de poder entre los actores, que es necesario asumir y que muchas veces generan violencia en la comunidad.

Articulación con los actores

- En algunas experiencias se logra articular un buen trabajo conjunto con las autoridades municipales pero no con los equipos de salud locales. (profesionales como reticentes a la apertura).
- Trabajo en redes implica acompañar el protagonismo de los actores que participan en esa red. La generación de la red permite una mejor articulación entre los diferentes actores de la comunidad, aun en los casos en que se presentan enemistades o diferencias previas.
- Es necesario aclarar qué se entiende por participación a los profesionales de salud.
- Desmitificar dos prejuicios: la participación ciudadana como amenaza de los funcionarios y la imagen deteriorada de los funcionarios que avalan la participación.
- Es necesario capacitar a los agentes de salud entendiendo a salud como un proceso interactivo en formación.
- Es necesario salir del modelo en el cual el enfermo es culpable de su problema, ya que en ese marco, quien no participa “no colabora” con su salud, convirtiendo la participación en una carga forzada.
- Un interrogante que se impone para distinguir las experiencias es el de si la participación es con la comunidad o en la comunidad.
- En la articulación con los actores es importante diferenciar los niveles micro y macro.
- Revalorizar el diálogo como instrumento esencial en la articulación de actores.
- Re pensar en la articulación de actores al conflicto como movilizador del cambio.

Sustentabilidad

- La capacitación de la comunidad es esencial para la sustentabilidad del proyecto cuando los primeros gestores salen.
- El grupo promotor de la experiencia tiene que hacerse innecesario lo antes posible.
- Otra forma de vehiculizar la experiencia y la salida del grupo promotor es asociarse con las áreas educativas.
- La planificación estratégica no siempre puede aplicarse. Es un modelo asumidos como único desde los 90 y en muchos casos quizás debería dar lugar a otro tipo de planificación. Es necesario pensar, profundizar en nuevas estrategias y metodologías

y no entenderlas como neutras. Asumir un solo tipo de planificación como válida puede llevar a errores profundos en el diseño de la intervención, incluido el diagnóstico.