



**Trabajo Final de
Licenciatura en Ciencias Ambientales
Departamento de Ciencias Ambientales y Turismo**

**La concepción de la participación comunitaria en la planificación de los
programas de prevención del dengue.
El caso de la Municipalidad de Avellaneda, Buenos Aires, Argentina.
Período 2009-2016.**

**Estudiante: Beatriz Estela Lopez (Legajo N 52)
(estebealopez@hotmail.com)**

**Directora: Dra. Marina Gabriela Zunino
(ga.zunino@gmail.com)**

**Co-Director: Dr. Marcelo Amable
(maramable@undav.edu.ar)**

23/04/2019

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	3
Palabras clave.	4
1. INTRODUCCIÓN	5
1.1. Justificación	7
1.2. Problema/Pregunta	8
1.3. Objeto de investigación	10
1.4. Hipótesis	10
1.5. Objetivo	10
2. MARCO TEÓRICO	10
2.1. El nivel local de las políticas preventivas	11
2.2. Participación comunitaria en salud: una perspectiva multidimensional	15
2.2.1. Dimensión de la extensión	16
2.2.2. Dimensión de la/s etapas o áreas de la participación	17
2.2.3. Dimensión económica	17
2.2.4. Dimensión del empoderamiento	18
2.2.5. Dimensión de la capacitación	18
2.2.6. Dimensión del Modelo Médico	19
2.2.7. Dimensión de los espacios sociales/soportes legales que avalan la participación comunitaria	19
2.2.8. Dimensión intersectorial	20
2.2.9. Dimensión de la equidad. Impacto vinculado con el logro de las metas en salud y con la construcción de ciudadanía y comunidad	20
2.2.10. Dimensión de información, la comunicación y la difusión	21
2.2.11. Dimensión de la sostenibilidad	21
2.3. Modalidades de la participación comunitaria	22
2.3.1. Participación autogestionada	22
2.3.2. Participación cogestionada	23
2.3.3. Participación colaborativa	23
2.4. Matriz conceptual para la clasificación de las modalidades de participación	24
Cuadro 1: Matriz conceptual para la caracterización multidimensional de la participación comunitaria.	25

3. METODOLOGIA.....	26
3.1. La entrevista como instrumento de recolección de datos	27
3.2. Análisis contextual y de discurso	28
4. RESULTADOS	29
4.1. El contexto de las entrevista.....	29
4.2. El discurso de los entrevistados	31
4.3. La participación comunitaria multidimensional.....	34
4.3.1. <i>Dimensión de la extensión</i>	35
4.3.2. <i>Dimensión del momento de participación de los actores</i>	35
4.3.3. <i>Dimensión económica</i>	36
4.3.4. <i>Dimensión del empoderamiento</i>	37
4.3.5. <i>Dimensión de la capacitación</i>	38
4.3.6. <i>Dimensión del Modelo Médico</i>	39
4.3.7. <i>Dimensión de los espacios sociales/soportes legales que avalan la participación comunitaria</i>	40
4.3.8. <i>Dimensión de la intersectorialidad</i>	41
4.3.9. <i>Dimensión de la equidad -Impacto vinculado con el logro de metas en salud</i>	43
4.3.10. <i>Dimensión de la información, la información y la difusión</i>	44
4.3.11. <i>Dimensión de la sostenibilidad</i>	45
Cuadro 2: <i>Caracterización multidimensional de la participación comunitaria según la concepción de los entrevistados</i>	47
5. DISCUSIÓN	49
5.1. Contornos y límites de las concepciones de participación comunitaria en los gestores en salud	49
5.2. Modalidades de participación comunitaria en los gestores en salud	55
6. CONCLUSIONES.....	56
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
AGRADECIMIENTOS	63
ANEXO I. Guía de entrevista dirigida a profesionales de la salud	64

RESUMEN

Desde la Conferencia de Alma Ata, se hizo cada vez más fuerte la idea de que el progreso en el campo de la salud no era sólo el resultado de avances biomédicos y tecnológicos, sino de que en la complejidad del campo de la salud, la participación de la comunidad en las políticas sanitarias tendría un peso sustantivo. Así, la participación ha sido identificada como un factor clave en la prevención de enfermedades y en particular de aquellas transmitidas por vectores, como el dengue, donde es fundamental el papel de la población en la detección y eliminación de criaderos del mosquito *Aedes aegypti*.

La presente investigación realizada en la localidad de Avellaneda, Provincia de Buenos Aires, Argentina, entre los años 2009 y 2016, centró su análisis en el rol de la participación comunitaria para la prevención del dengue, durante un período que abarcó dos de los brotes más importantes de esta enfermedad en el país en las últimas décadas.

Al ser el dengue una realidad en el perfil epidemiológico de la provincia en general y del conurbano en particular -en un territorio con alta densidad poblacional-, el riesgo de expansión de esta enfermedad vectorial y sus posibles consecuencias de agravamiento requiere del sostenimiento de programas de prevención a través del indispensable involucramiento de la comunidad.

Dicha participación, sin embargo, no es concebida de igual forma y con igual importancia por todos los decisores y ejecutores de las políticas sanitarias, tanto de los ámbitos nacionales como locales.

A lo largo del presente trabajo se ha elaborado y desarrollado una matriz conceptual que permitió valorar las distintas formas de participación comunitaria puestas en juego por los gestores en salud consultados: a partir de entrevistas semiestructuradas a informantes clave, realizamos un análisis del concepto de participación comunitaria a través de once dimensiones, pudiendo distinguir, en base a las concepciones atribuidas por estos actores, tres tipos de participación que denominamos: autogestionada, cogestionada y colaborativa.

Si bien el presente trabajo arrojó numerosos hallazgos nos concentramos, en esta instancia, en responder a la pregunta inicial que le diera origen *¿Cuál fue el rol que se le asignó a la participación comunitaria para la prevención del dengue en el Municipio de Avellaneda, Buenos Aires, Argentina- durante el período 2009-2016?* Concluimos que, a nivel local, la participación comunitaria, aunque se sitúa en la centralidad de la planificación como participación autogestionada, se desplaza hacia una participación colaborativa, a medida que los programas alcanzan un grado mayor de ejecución; siendo claro que el desarrollo de estos programas en contextos institucionales, sociales y económicos inestables quedan

supeditados a ajustes permanentes, determinando el tipo de participación comunitaria que se pueda alcanzar.

Finalmente, y a pesar de que las diferentes concepciones sobre participación dificultarían la implementación de acciones que darían lugar a formas de participación más abarcadoras o de tipo autogestionada, está pendiente el desafío de promover actividades con mayores grados de involucramiento de la comunidad, posibilitando el desarrollo de renovadas experiencias, no sólo en el ámbito de la salud, sino en otras áreas como la educación y el trabajo, imprescindibles para alcanzar una mejor y más deseable calidad de vida.

Palabras clave: participación comunitaria; educación para la salud; gestión local de la salud; dengue; prevención de enfermedades.

1. INTRODUCCIÓN

En el año 2009 se inicia en Argentina, una epidemia de dengue que no tendría antecedentes en los últimos cincuenta años. La población reaccionó con particular sensibilidad ante las notificaciones de casos en zonas geográficas consideradas como no endémicas. Sin embargo, aquél era el segundo brote epidémico de la enfermedad transmitida por el mosquito *Aedes aegypti* (*A. aegypti*) tras su erradicación en 1956, ya que el primero se había detectado en 1998 tras la reintroducción del virus en el país. Más aun, al brote del 2009, le seguiría un tercero hacia fines de 2015 e inicios de 2016, donde se vuelve a observar cierta perplejidad en algunos sectores de la población que habitaban en zonas, donde tradicionalmente, no se desarrollaba la enfermedad.

Según datos del Boletín Epidemiológico, (Boletín Integrado de Vigilancia, 2016), hasta la semana número 25 de 2016 (del 19 de Junio al 1 de Julio de 2016) se registraron brotes de dengue en 15 jurisdicciones del país con un total acumulado de 41.207 casos autóctonos confirmados (por nexo epidemiológico o laboratorio) o probables. A partir de la semana 26 de ese mismo año, ya no se registra circulación activa (brotes identificados) de virus dengue u otros arbovirus. No obstante, se identificaron dos casos confirmados de DEN1 (Dengue cepa 1) en Misiones, y un caso en Córdoba, en la SE 46. Ninguno de estos casos confirmados y probables tenía antecedentes de viaje fuera del país. Además se registró un caso importado de DEN1 en la provincia de Buenos Aires y cuatro probables -Buenos Aires, CABA, Córdoba y Chaco- (Boletín Integrado de Vigilancia, 2016).

La primera estimación del impacto que tuvo el brote de 2016, revela que hubo un 53% más de casos autóctonos que en el año 2009, y que se duplicó la mortalidad con respecto a la ola de aquel año, registrándose a agosto de 2016 once fallecimientos contra cinco del 2009.

Las vacunas aparecen, desde principios de siglo XIX, como una herramienta eficaz contra las enfermedades infecciosas, pero la ausencia de cobertura de inmunización para prevenir el dengue hasta hace muy poco tiempo (la primera vacuna fue aprobada en Abril de 2016 y recién en Setiembre de 2017 autorizada por Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica –ANMAT- pero sin decisión de aplicación por el momento), impulsó, que a lo largo de las últimas cuatro décadas, se pusieran en práctica diferentes sistemas de control del vector y prevención de la enfermedad, basados o teniendo como elemento destacado, la participación comunitaria, logrando dispares niveles de efectividad.

Los programas de prevención del dengue, así como de otras enfermedades transmitidas por el mosquito *Aedes* o de otro tipo, deben tener por objetivos centrales la información y la educación de la salud como forma de fortalecer a la comunidad a enfrentar esta amenaza. De esa forma, sería de esperar que la población lentamente asuma la condición de vivir en

una zona endémica, sin temores ni sorpresas, y que adopte hábitos cotidianos de protección y promoción de la salud. La mejor manera de alcanzar ese objetivo es a través de la participación comunitaria en los programas de prevención del dengue.

En la Carta Panamericana sobre Salud y Ambiente en el Desarrollo Humano Sostenible, acordada en la Conferencia Panamericana sobre Salud y Ambiente en el Desarrollo Humano Sostenible (COPASADHS) de 1995, se establecía al fijar los principios de política y estrategia que: “la participación de los individuos y las comunidades en mantener y mejorar sus ambientes de vida debe promoverse y apoyarse. La participación comunitaria debe plasmarse en estrategias para el desarrollo sostenible, incluida la atención primaria del ambiente, la atención primaria de la salud y la educación de los niños y adultos”.

Dos años más tarde, durante la XXXIX reunión del consejo directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se dictó la resolución CD39.R11, que ordenaba la elaboración de un plan continental de ampliación del combate y erradicación del *A.aegypti* en las Américas (Panamerican Health Organization, 1997). El ambicioso plan de la OPS, también enunciaba entre otras condiciones necesarias para su implementación, la participación comunitaria en los procesos de prevención, la que tendría como objetivo principal, la destrucción de los criaderos de mosquitos existentes en las casas e inmediaciones y la eliminación de las condiciones para la formación de nuevos.

Tras los continuados brotes epidémicos ocurridos a partir de 1998 tanto en Argentina como en otros países de la región, se intentó poner en marcha, no sin limitaciones, un sistema preventivo más horizontal, en el cual la participación comunitaria era esencial. Schweigmann et al. (2009) pone en relevancia la importancia de la apropiación del conocimiento por parte de la comunidad, siendo un factor decisivo en este proceso, la producción y difusión de información adecuada. La información, el conocimiento y la percepción han sido consideradas como partes de un sistema continuo que tiende a integrarlas conceptualmente en un proceso de modelación de prácticas, hábitos y conductas a escala colectiva, en pos de lograr un empoderamiento comunitario de saberes tendientes a afirmar las acciones de promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

Sin embargo, al momento, la participación de la comunidad en acciones de prevención, parecería no haber sido eficiente para evitar los brotes de dengue. Siguen siendo escasas las experiencias exitosas que muestren el papel que juega la participación en la búsqueda de la salud de las poblaciones (Restrepo, 2003).

1.1. Justificación

El *A.aegypti*, vector de esta enfermedad, es un mosquito que ha encontrado condiciones favorables para su propagación. Entre ellas, los cambios en el clima, con la modificación de los regímenes de lluvia, pero también, mayores índices de pobreza, rápida urbanización con servicios deficientes de saneamiento básico y eliminación de residuos, debilitamiento de los sistemas sanitarios y hábitos culturales asociados a la acumulación de recipientes descartables (Liborio et al, 2004).

Sin embargo, el brote de dengue de 2009 tomó por sorpresa a la salud pública; años de empobrecimiento de las campañas de prevención (como resultado del profundo cambio en políticas públicas no sólo a nivel local sino también regional) y la decisión de centrar el control del vector en el combate químico, podrían pensarse como escasas y deficientes intervenciones de las políticas en la materia.

De esta forma, al igual que en otros lugares de América Latina, la enfermedad reapareció en nuestro país durante la década de los ochenta. Después de algo más de 30 años de la certificación de su erradicación, se encontró al vector en la provincia de Misiones en 1986, luego en la provincia de Buenos Aires y finalmente, en 1995, en la ciudad de Buenos Aires (Schweigmann et al., 2009).

En este escenario y ante la necesidad de profundizar las medidas de control de la enfermedad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso en 1995 una estrategia global de prevención y control del dengue y la fiebre hemorrágica (OMS; 1995). La misma se basó en el control selectivo integral del vector, siendo la participación comunitaria un elemento fundamental de la estrategia.

Por otra parte, desde inicios de la década de los noventa, casi todos los países de América Latina y el Caribe habían iniciado reformas en el sistema de salud. Argentina había comenzado en 2001, el proceso de descentralización del sistema, implementándose programas de promoción de la salud a escala local, desarrollados bajo el concepto de "Municipios Saludables" en distintas provincias. El eje de este programa era la toma de decisiones mediante la participación comunitaria.

En otras experiencias latinoamericanas, como las de México y Colombia, los procesos de descentralización de los sistemas de salud, no habían tenido los resultados anunciados. Por el contrario, lejos de lograr la eficiencia y la calidad de los servicios sanitarios, han provocado mayor desigualdad, incluso en algunos casos, con transferencia de dinero de los sectores más pobres a la clase media (Ugalde et al., 2008). En el caso de Argentina, los gobiernos provinciales también sufrieron los efectos de la crisis económica y, siguiendo el

ejemplo del nivel central, descentralizaron la responsabilidad del financiamiento de los servicios sociales a las municipalidades (Ase, 2006).

Para autores como Liborio, en Argentina, la salida de la convertibilidad en el 2001 y la profunda crisis social y económica, trajo aparejada la interrupción de la vigilancia entomológica y con ella, las acciones antivectoriales, de modo que “en el año 2000, el *A.aegypti*, se encontraba presente en 17 de las 24 provincias, infectando en mayor o menor grado a 589 municipios (Liborio et al., 2004).

Entre 1998-2008 se registraron casos autóctonos de dengue en cinco provincias; para Junio de 2009 la circulación de la transmisión viral local abarcaba un total de catorce, para finalmente alcanzar la distribución geográfica a las 24 provincias del país, la epidemia de 2015-2016 con afectados (sin antecedentes de viaje al exterior) en 15 jurisdicciones (Boletín Integrado Epidemiológico, Mayo 2009; Boletín Integrado N 315, Junio 2016).

Al inicio de 2016 el riesgo de una epidemia de dengue se había propagado en la provincia de Buenos Aires. Se registraron casos, entre confirmados y probables, en los partidos de Gral. San Martín, José C Paz, Pilar, San Isidro, San Miguel, Tigre, Vicente López, Berazategui, Esteban Echeverría, Florencio Varela, Lanús, Lomas de Zamora, Quilmes, Hurlingham, Ituzaingó, Merlo, Moreno, Morón, Tres de Febrero, La Matanza, La Plata y Ensenada. El principal serotipo circulante es DEN1 aunque se registraron también casos aislados de DEN4 (Dengue cepa 4) en Tres de Febrero y Merlo (Boletín Integrado Epidemiológico, 2016).

En resumen, el dengue ya es una realidad en el perfil epidemiológico de la provincia de Buenos Aires en general y del conurbano en particular, por lo que la población no debería desconocer esta situación. El riesgo de expansión de esta enfermedad vectorial y sus posibles consecuencias de agravamiento, en un territorio con la densidad poblacional del conurbano, requiere del sostenimiento de los programas de prevención a través del involucramiento indispensable de la comunidad. Quienes planifiquen y gestionen las políticas y programas de promoción de la salud y prevención del dengue, deberán incorporar un concepto de participación comunitaria acorde a dicha necesidad. Es decir, deberán tener un concepto de democratización de los recursos que busque el fortalecimiento y amplíe las capacidades de autogestión comunitaria.

1.2. Problema/Pregunta

Una estrategia para la protección del medio ambiente de la comunidad deber estar estrechamente vinculada con la salud de quienes la integran. Si bien se trata de un problema con múltiples dimensiones (social, ambiental, económica, etc.) entendemos desde

el presente trabajo, que la participación comunitaria es una línea de acción clave orientada al control y erradicación de esta enfermedad vectorial. La construcción de espacios de diálogo y trabajo conjunto generan acciones participativas y empoderamiento por lo que constituyen elementos indispensables para la promoción de la salud y prevención del dengue, como así también, de todas aquellas enfermedades que afectan a la salud de gran parte de la población. Esto es así, porque por un lado, los criaderos de mosquitos se encuentran en las casas y en sus inmediaciones, y por otro, porque es esencial para el sostenimiento de todo programa de prevención.

Sin embargo, planificar la participación comunitaria desde la centralidad de la gestión pública ¿no es una contradicción? ¿No implica definir los límites y alcances con anterioridad a la efectiva participación?

Entendiendo que las respuestas deben ser contextuales y situadas, es que esta tesina posee una pregunta central:

¿Cuál fue el rol que se le asignó a la participación comunitaria para la prevención del dengue en el Municipio de Avellaneda -Buenos Aires, Argentina-, durante el período 2009-2016?

La elección del Municipio de Avellaneda viene precedida por dos aspectos: por un lado, su especial posición geográfica (forma junto a cuatro comunas de la Ciudad de Buenos Aires un corredor de alto riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas¹) y, por otro, por ser el territorio donde se ubica la Universidad Nacional de Avellaneda- que tiene como misión la generación de futuros profesionales con conductas solidarias y compromiso social- donde se enmarca la presente tesina y que, cobra para nosotros especial interés el análisis de esta temática con una mirada local.

Este trabajo pretende contribuir al conocimiento de las distintas concepciones de participación comunitaria subyacentes en los gestores de salud, que influirán decididamente en la planificación de programas de prevención del dengue, como una herramienta efectiva para la mejora del medio ambiente y la salud colectiva.

¹Avellaneda, junto 4 comunas de la Ciudad de Buenos Aires forman un corredor de alto riesgo de transmisión por parte del mosquito *Aedes aegypti*. La franja que va desde Recoleta y Retiro hacia el sur pasando por los barrios de Nueva Pompeya, Barracas y La Boca hacia la provincia de Buenos Aires, atravesando Dock Sud, Sarandí, Dominico, Wilde y el partido de Quilmes, constituyeron en las últimas décadas, una zona de alto riesgo de transmisión de la enfermedad.

1.3. Objeto de investigación

El discurso de los gestores de programas locales de prevención de dengue, en su concepción y formulación del componente de participación comunitaria.

1.4. Hipótesis

Los gestores de los programas de prevención de dengue en el Municipio de Avellaneda conciben a la participación comunitaria bajo la modalidad de tipo colaborativa.

1.5. Objetivo

Identificar y describir el rol que se le asignó a la participación comunitaria en el marco de programas de prevención de dengue implementados por los organismos locales responsables en la materia.

2. MARCO TEÓRICO

En la década del setenta, estudios realizados en el campo de la salud, ya habían establecido una estrecha relación entre las formas de vida, los ambientes urbanos y los problemas sanitarios, dando especial importancia a la ciudad como escenario de las acciones de salud pública, donde adquiriría un rol fundamental el involucramiento de sus habitantes.

Desde el presente trabajo, consideramos que los procesos salud enfermedad se encuentran íntimamente relacionados con determinantes sociales, económicos, históricos y culturales, lo que nos convoca a trabajar en la construcción conjunta de una percepción de la salud ligada a lo social y a lo colectivo. Esto también implica poner en cuestión la idea de la responsabilidad individual frente a los problemas de salud, instalada tanto en la sociedad como también en los mismos equipos sanitarios. Pensar la dimensión colectiva de los problemas nos habilita a realizar una apuesta en pos de la construcción de un sujeto colectivo que tome en sus manos la lucha por mejores condiciones de vida.

Es así que nos planteamos el análisis de la participación comunitaria en la prevención del dengue, con particular interés en las intervenciones de los gobiernos locales. El nivel local constituye el estrato de observación de esta tesina porque en él se configura la realidad de la efectiva participación social. Pero este nivel resulta el depositario de las expectativas sociales, sanitarias y políticas del cumplimiento de los objetivos en salud, como

consecuencia de años de descentralización de las políticas públicas, con escasa asignación de recursos. Por lo tanto, es un nivel crítico de ejecución y es necesario contextualizarlo.

Finalmente, un producto de esta tesina ha sido la elaboración y desarrollo una matriz conceptual que permita valorar las distintas formas de participación comunitaria. En el próximo punto, presentamos las antecedentes conceptuales de la misma, y la elaboración personal del esquema de observación. El mismo tiene por objeto facilitar la clasificación de los datos sobre las distintas concepciones de participación de los gestores de salud –semejanzas y diferencias-, en el marco de las políticas implementadas en el municipio de Avellaneda durante el período 2009-2016.

2.1. El nivel local de las políticas preventivas

Para 1992, el documento Agenda 21 aprobado por los gobiernos participantes en la Cumbre de la Tierra de Rio de Janeiro, ponía el acento en la necesidad de implicar a todos los sectores sociales y a los ciudadanos en la promoción del desarrollo sostenible, haciendo el Capítulo 28 especial hincapié en el establecimiento de procesos consultivos y de consenso, con el fin de adoptar una Agenda 21 Local (A21L) que fortaleciera los gobiernos locales y permitiera una mayor participación social en el proceso de toma de decisiones (PNUMA,1992).

Sin embargo, los mecanismos de participación se redujeron, en muchos casos, a brindar información a la población sobre diferentes temas, e incluso, a la consulta, teniendo lugar rara vez la toma de decisiones por parte de los grupos involucrados. Como señala Menéndez, "...las decisiones tomadas por los grupos domésticos y comunitarios respecto de determinados procesos de salud/enfermedad/atención, están condicionados por la estructuración social de la realidad, y por las decisiones que toman un pequeño grupo de actores que están "fuera "no sólo de control económico/políticos sino del saber de los grupos locales" (Menéndez, 2006: 12).

En nuestro país, se había promovido la descentralización a través de las dependencias de los Ministerios de Salud o de otras instituciones del sector, mediante la implementación de los Sistemas Locales de Salud (SILOS). El desarrollo de los SILOS, constituye la respuesta del sector de la salud a la necesidad de acelerar la aplicación de la estrategia de atención primaria para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000 con equidad, calidad,

eficiencia y una mayor participación social. La condición fundamental es la participación consciente de toda la comunidad y del personal del equipo de salud (OPS, 1993).

Según esta concepción se pretendía establecer un nuevo modelo de atención que promoviera la descentralización del manejo de recursos humanos, materiales y financieros en los diferentes niveles; la agrupación de la planificación, ejecución y control de los programas de salud a nivel local; la atención integral equitativa, eficiente y eficaz a la población; la salud materno infantil, el saneamiento ambiental básico y la educación sanitaria como actividades prioritarias; y la coordinación interinstitucional, la cooperación intersectorial y la participación comunitaria.

A partir de la descentralización, cobró importancia el ámbito local, espacio donde confluyen los individuos, las familias, las comunidades y las instituciones en pos del desarrollo local y donde se evidencia de manera cotidiana, según el caso, la participación social, la acción intersectorial, la cogestión de los recursos y el uso de tecnologías sanitarias apropiadas. El nivel local es el punto de encuentro natural entre la descentralización y la participación social (OPS1990b).

Desde esta perspectiva, la descentralización en salud favorecería el acercamiento de las instituciones a la población y crearía un marco propicio para la promoción de la participación comunitaria y social. Específicamente, en el ámbito sanitario, la descentralización se plantea varios objetivos, como son aumentar las capacidades de las instancias locales para resolver sus problemas, trasladar el poder de decisión a las instituciones locales y a la comunidad, facilitar la distribución equitativa de los recursos, extender la cobertura con eficiencia, mejorar la organización de los servicios de salud (Villalva, 2006).

Pero es preciso asentar, que a nivel provincial y municipal no se desarrollaron programas de consolidación de los SILOS, que se presentaban como un medio para modificar algunos de los obstáculos a los procesos participativos, principalmente incorporando a “la comunidad” en la toma de decisiones (Ministerio de Salud de la Nación, 2006)

Hacia el 2003 y en un nuevo contexto, Argentina adhirió al programa Municipios y Comunidades Saludables como una forma de profundizar el compromiso con el desarrollo de políticas públicas saludables a través de proyectos locales participativos de promoción de la salud (Alessandro, 2003). Consecuentemente, mediante la Resolución 246/03, crea la Coordinación Operativa de la Red Argentina de Municipios y Comunidades Saludables por lo cual el municipio o ciudad interesada en participar del programa, deberá cumplir los requisitos de las diferentes fases para alcanzar los diferentes rangos (Municipio Adherente,

Titular, Responsable hasta finalmente adquirir el rango de Saludable). Al momento de la redacción del presente trabajo, Avellaneda alcanzó la fase II del programa, adquiriendo la categoría de Municipio Titular (Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, 2019).

Esta descentralización, enfrenta, no sin obstáculos, el desafío de profundizar los procesos en el nivel local, fortaleciendo el desarrollo de capacidades institucionales en los municipios. Según Basile, hay una gran heterogeneidad y segmentación en las capacidades públicas, políticas y de inversión estatal por habitante en Salud, dependiendo de la provincia, municipio o barrio donde se reside (Basile et al, 2016).

En palabras de Tobar (2012) la descentralización permanece en el tiempo como resultados de la confluencia de dos grandes discursos ideológicos, el neoliberal y el de la reforma progresista que se despliega en los sistemas de salud bajo la consigna de incorporar un modelo de Welfare State (Estado de Bienestar)².

En 2007, con el documento sobre la Renovación de la Atención Primaria de la Salud (APS) en las Américas (OPS/OMS, 2007) se comenzó a discutir el derecho a la salud, enmarcado en los derechos humanos. En él, la salud se definió como un derecho humano y se apeló a la necesidad de afrontar los determinantes sociales y políticos de la salud, por lo que debe darse en un contexto tendiente a la igualdad y la inclusión social.

La renovación de la APS pasados 40 años de Alma-Ata, determinó un sistema de salud que requiere un marco legal sólido, institucional y organizativo, además de recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles. Emplea prácticas óptimas de organización y gestión en todos los niveles del sistema para lograr calidad, eficiencia y efectividad, y desarrolla mecanismos activos con el fin de maximizar la participación individual y colectiva en materia de salud (OPS/OMS, 2007).

Los programas en salud desarrollados a nivel nacional, provincial y municipal estuvieron determinados por una tendencia de acciones en salud hacia el desarrollo y consolidación de la atención primaria en general y la participación comunitaria en particular, encontrando en cada uno particularidades.

A nivel nacional, el Plan Federal de Salud 2004-2007 (Ministerio de Salud, 2004) coincidiendo con algunos señalamientos presentes en los documentos de OPS/OMS

² Según este autor las etapas o las fases de la evolución del sector salud argentino son: La policía médica, el Estado de Bienestar, el Modelo desarrollista y el Modelo Neoliberal.

mencionados, promovió algunas reformas. Este nuevo modelo sanitario basado en la construcción de redes de atención, reconoció su base primordial en la estrategia de atención primaria. De esta forma, la estrategia era asegurar la cobertura efectiva en este nivel de atención para la población de cada territorio, propiciando su participación responsable y comprometida, entendiendo a la salud como un derecho ciudadano.

Por su parte, el programa de Médicos Comunitarios (2004) - hoy Programa de Equipos Comunitarios- apuntó a la conformación de equipos integrados por recursos humanos capacitados que consolidaran los sistemas locales de salud en el nivel primario de salud. Por otra parte, el programa de Promoción Comunitaria en Salud (2013) vigente a la fecha, trabaja para fortalecer a las organizaciones sociales y comunitarias, y capacitar a los referentes territoriales en temas de salud. Sus estrategias apuntan a contribuir con la Atención Primaria de la Salud a partir de la formación de Promotores comunitarios y agentes sanitarios. (Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, 2019)

A nivel provincial, se desarrolló el Programa de Capacitación de Promotores Comunitarios y el Programa Salud en Movimiento. En él, los promotores comunitarios se construían como actores que captaban y dirigían a las personas hacia el sistema de salud pero siempre en una relación de subordinación respecto del equipo médico. La revisión de los lineamientos de la política provincial en APS no hacían mención a mecanismos participativos para que la comunidad interviniera en la gestión y la toma de decisiones en torno a las políticas en salud. Lo que efectivamente se había reforzado era el número de efectores y se había promovido la formación de recursos humanos que facilitarían el acceso a esos establecimientos y desarrollarían actividades de educación para la salud.

Finalmente, a nivel municipal, entre 2008 y 2015, se propuso un abordaje integrador de la salud con políticas de inclusión a través de la participación comunitaria y se presentó la estrategia de “Formación de Promotores” (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2007).

Las funciones que se asignaron a los promotores de salud, superaba el ámbito de la educación en salud de la instancia provincial, haciendo eco en el Plan Federal de Salud, al contemplar la gestión de espacios de participación comunitaria. Sin embargo, siguiendo los lineamientos del Modelo Médico Hegemónico (MMH)³, los equipos técnicos aparecían como

³ Se conoce como modelo médico hegemónico a aquel que está orientado principalmente hacia acciones de tipo curativas, operando sobre la enfermedad y no desarrollando acciones de tipo

portadores de un saber diferente o superior al que podía aportar la propia comunidad, brindando un tipo de capacitación “en cascada”.

La reducción de inversión o el desvío de los recursos para otros fines, como así también, la disminución de recursos humanos necesarios en cantidad y calidad han afectado la efectividad de los programas de prevención de enfermedades, dando como resultado, procesos participativos disímiles entre los distintos centros de salud, tanto en la prevención de enfermedades no transmisibles como transmisibles.

Las campañas de prevención del dengue no han sido ajenas a este escenario. Las mismas requieren, además, estrategias sostenidas de vigilancia, las que deben basarse en la integración de la vigilancia entomológica, epidemiológica, clínica, de laboratorio y ambiental. Los programas de prevención han incorporado, al momento, escasa información, conocimientos y acción de índole ambiental en sus contenidos, siendo este abordaje esencial para lograr con efectividad su objetivo. Schweigmann (2009) considera, que, independientemente de las inversiones destinadas a los sistemas de prevención, es posible lograr el control del vector de manera eficiente, mediante el ordenamiento ambiental e incorporando a la comunicación, conceptos biológicos-ambientales básicos, como parte de un entorno saludable.

2.2. Participación comunitaria en salud: una perspectiva multidimensional

El concepto de participación social ha tenido diferentes acepciones y definiciones a lo largo de estas últimas décadas, las que evidencian tendencias y modelos predominantes.

En la Conferencia Internacional sobre APS que se llevó a efecto en Alma-Ata, (URSS) se formalizó la definición de la Participación de la Comunidad como:

"El proceso en virtud del cual los individuos y la familia asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y los de la colectividad y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y comunitario. Llegan a conocer mejor su propia situación y a encontrar incentivo para resolver sus problemas comunes. Esto les permite ser agentes de su propio desarrollo" (OMS. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria

preventivas, donde además existe una marcada preminencia del saber médico y científico por sobre otros saberes.

de Salud, Ginebra: OMS, 1978 (Alma-Ata, URSS, 6-12 de Septiembre de 1978. Serie Salud para Todos, No. 1).

Según la OPS, la participación social es el derecho y la capacidad de la población para participar de forma efectiva y responsable en las decisiones sobre la atención en salud y su implementación. La participación social en salud es una faceta de la participación civil, una condición inherente al ejercicio de la libertad, la democracia, el control social sobre la acción pública y la equidad (OPS, 2008).

De acuerdo al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) los elementos esenciales que describen diferentes experiencias en el campo de la salud son: una estructura de acción comunitaria que esté en funcionamiento; normas socioculturales imperantes orientadas positivamente hacia la participación; disponibilidad de recursos; experiencias pasadas de participación que hayan sido exitosas; líderes motivados de promover la participación y capacidad gerencial (UNICEF, 1995).

A partir de estos antecedentes, en la presente tesina comenzamos a plantearnos la necesidad de entender la participación comunitaria como un concepto multidimensional. Las dimensiones propuestas por la UNICEF son relevantes y configuraron los primeros componentes de la multidimensionalidad. No obstante, la revisión de bibliografía y otras fuentes nos permitió ampliar los componentes de la participación con el objeto de observar las concepciones en los gestores locales. A tales efectos desarrollaremos once dimensiones que otorgan las características que consideramos centrales al momento de describir la participación comunitaria.

2.2.1. Dimensión de la extensión

Entendemos esta dimensión como la amplitud de actores de una comunidad (Reyes Álvarez et al, 1996) que, formando parte o no de organizaciones sociales, se reúnen para llevar a cabo acciones colectivas, en lugar de actuar como individuos aislados. Hace referencia tanto a quienes participan como a los que no lo hacen, contemplando los motivos que originan este comportamiento. En las acciones de esfera *colectiva*, donde adquieren importancia los procesos de empoderamiento comunitario mediante la participación en órganos regulados como consejos y foros de salud.

Las acciones a las que clasificaremos como mixtas, como aquellas que pueden darse únicamente por intermedio de un promotor por la comunidad. Y finalmente, clasificaremos

como netamente individuales aquellas que se lleven adelante por el responsable del proyecto o por algún promotor de salud que haya sido designado impuesto por el mismo.

2.2.2. Dimensión de la/s etapas o áreas de la participación

La participación puede darse en las diferentes etapas del desarrollo de los proyectos en salud. A las mismas las podemos clasificar de la siguiente manera (Cohen et al, 2004):

Planificación: es la etapa centrada en el diseño de las alternativas del proyecto, es decir, las opciones técnicamente viables para alcanzar los objetivos de impacto perseguidos o, complementariamente, para solucionar el problema que le dio origen.

Evaluación: permite tomar decisiones a través de la medición de la eficacia y eficiencia de los programas o proyectos. La evaluación, sirve de marco de referencia para la formulación de un programa o proyecto, permitiendo medir los costos y el impacto (o los beneficios) del mismo, así como las relaciones existentes entre ambos.

Monitoreo: se relaciona directamente con la gestión administrativa y consiste en un examen continuo o periódico que se efectúa durante la implementación del proyecto, en las etapas de inversión y/u operación. El monitoreo se desarrolla en distintos niveles de la gestión, con el objeto de conocer sobre los insumos, actividades, procesos y productos, cuyos principales indicadores se relacionan con el tiempo, la cantidad, la calidad y el costo que tiene cada uno.

Por lo tanto, un proyecto es participativo, cuando su población objetivo es un actor central en la elaboración del diagnóstico, la priorización de las necesidades que se van a satisfacer, el análisis de las opciones técnicamente viables para lograr los objetivos de impacto perseguidos, el monitoreo, el control de gestión y la evaluación ex-post.

2.2.3. Dimensión económica

La dimensión económica, que implica recursos financieros como humanos, es decisoria en la promoción de los programas de participación.

Para que la participación comunitaria se pueda materializar, se necesitará dotarla de los recursos financieros, administrativos y técnicos necesarios. Ello permitirá ejercer mejor el liderazgo de la comunidad de modo se pueda garantizar la necesaria coordinación del trabajo conjunto.

Sin embargo, a lo largo de las décadas, no ha sido poco común que personas subocupadas o desocupadas presten algún tipo de servicio de tipo administrativo dentro de programas de salud, relacionando más este tipo de participación a una de índole instrumental o cooperativa. Por otra parte, no en pocas oportunidades se ha denunciado la utilización de la población como fuerza de trabajo extraída de las comunidades (Ugalde, 2008:40), de esta manera asignando las administraciones centrales y locales, escasos recursos para el desarrollo de la estrategia de APS y la participación comunitaria.

El concepto de participación comunitaria fue deliberadamente limitado al compartir los gastos (i.e. la imposición de cuotas para usuarios) y a la co-responsabilidad de la organización de la entrega de servicios de salud (De Vos et al, 2009) o subvencionando de algún modo el sistema de salud de los sectores más acomodados (Ugalde, 2008).

2.2.4. Dimensión del empoderamiento

El empoderamiento vinculado con la participación comunitaria cobró especial énfasis en la conferencia Mundial de Promoción de la Salud de Jakarta: “ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo. La promoción de la salud es realizada por y con la gente, sin que se le imponga ni se le dé. Amplía la capacidad de la persona para obrar y la de los grupos, organizaciones o comunidades para influir en los factores determinantes de la salud” (Declaración de Jakarta, 1997).

Coincidiendo con el debate de De Vos, consideraremos también al empoderamiento como una manera de lograr la redistribución de recursos y del poder en el proceso político y de la habilidad incrementada de las comunidades marginadas para controlar procesos clave que influyen sus vidas (De Vos et al 2009). La cantidad y nivel de control que ejerzan los grupos sobre los recursos, será un factor en pos del empoderamiento de las comunidades con una mayor capacidad de participación en las políticas de salud.

2.2.5. Dimensión de la capacitación

El trabajo participativo propone un método dialógico de apropiación y generación de conocimiento (Frankel, 1988). Por tal motivo, uno de los aspectos que nos interesa subrayar en esta línea temática, es la necesidad de la capacitación de todos los actores que son parte de acciones en salud, sin desestimar los saberes de la propia comunidad.

A pesar de ello, existe una marcada tendencia a la organización de capacitaciones de tipo operativa para profesionales médicos y no médicos del ámbito de la salud (como las organizaciones de la sociedad civil), para luego incorporar o hacer “una bajada” a la población en general. De este modo, los conocimientos dados por los capacitadores están asociados a cuestiones puntuales tendientes a la ejecución de alguna parte de los

proyectos, y no, con la información y los recursos necesarios para la construcción de un proyecto de salud propio.

2.2.6. Dimensión del Modelo Médico

El modelo médico tradicional, como ámbito que opera sobre la enfermedad y con servicios de salud orientados hacia lo curativo, no tiende al desarrollo de acciones de tipo preventivas que contribuyan a disminuir la ocurrencia de enfermedades y los recursos destinados al tratamiento de las mismas.

La APS traspasa la visión biomédica tradicional que concibe a la salud como la “atención a la enfermedad” y asume el concepto vinculándolo a acciones de promoción y prevención de la salud, más allá del sistema de atención -respuesta. En este contexto es donde la participación comunitaria se erige como pilar esencial para cualquier estrategia sanitaria, centrada en la comunidad y en el reconocimiento de sus necesidades y problemas de salud,

En palabras de Menéndez, “por Modelo Médico Hegemónico, entiendo el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado” (Menéndez,1988).

“El saber biomédico tiende a excluir a la participación social (PS), y en particular, la autogestión por razones de tipo técnico e ideológico (Menéndez 1978, 1983,1990c, 2006).

2.2.7. Dimensión de los espacios sociales/soportes legales que avalan la participación comunitaria

Sanabria Ramos (2004) menciona que ya en la década del 60 hubo diferentes antecedentes de espacios que permitieron la participación de la población en los programas de salud. *Las Compañías Patriotas* de la URSS, *las Campañas Patrióticas* chinas, hasta las *leyes de participación ciudadana* incorporados en los programas federales de los Estados Unidos, son algunas expresiones registradas. Experiencias centroamericanas como las *Comisiones de Salud del Pueblo* de Cuba y las sudamericanas de Colombia, con los *Comités de Salud*; integrados por vecinos representantes de cada manzana en un territorio, también son otro

claros ejemplos de cómo la participación comunitaria se vio respaldada por los estados con la creación de nuevas estructuras sociales.

La participación comunitaria se solventa así en la necesidad de atravesar la salud desde una perspectiva social y comunitaria, centrándose en la acción participativa de actores no exclusivos del ámbito meramente técnico y profesional de la tradicional práctica médica. Cobra relieve la generación de espacios de recuperación de experiencias, diálogo y debate de la comunidad de las propias necesidades y prioridades en salud, con apropiación y construcción del conocimiento. Ya más cercano en el tiempo, se establecen en nuestro país, *Mesas de Gestión Comunitaria*, que desde la planificación participativa, generan interacción de los actores sociales, tienden a la toma de decisiones y producción de transformaciones de las situaciones generadoras de enfermedad para esa comunidad.

2.2.8. Dimensión intersectorial

Las acciones con mayor potencial de impacto en la salud de la población, no son específicas del sector sino que recaen sobre diversas áreas de intervención con capacidad de incidir sobre los determinantes sociales de la salud⁴. Involucran principalmente las condiciones de trabajo y los riesgos ambientales, lo cual lleva a la necesidad de incluir a otros actores sociales, criterios normativos y construir políticas que excedan lo sectorial.

Por otra parte, las condiciones de salud de la población no dependen sólo del sector ni del nivel en el que se desarrolla, sino de la manera de articular las propuestas de los diferentes programas de las distintas carteras y de los diferentes niveles.

El concepto de intersectorialidad implica diseñar dispositivos de encuentro que permitan el diálogo y acción permanentes entre el sector salud, los gobiernos locales y regionales, el sector educación, las organizaciones intermedias locales y la comunidad en su totalidad (Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, 2002).

2.2.9. Dimensión de la equidad. Impacto vinculado con el logro de las metas en salud y con la construcción de ciudadanía y comunidad

La provisión universal de servicios públicos como la sanidad y la educación es indispensable para reducir la brecha tanto entre ricos y pobres como entre mujeres y hombres. Una

⁴Se denominan determinantes de la salud al conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones. Se pueden dividir a estos determinantes de la salud en dos grandes grupos: los multisectoriales que corresponden al Estado y los vinculados al sector salud propiamente dicho.

tributación más justa de las rentas más altas puede contribuir a financiar estos servicios (Oxfam, 2019).

Los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción a nivel nacional que aseguren contextos de desarrollo e inclusión social. Sin embargo, la dinámica de la estructura y el funcionamiento del sistema económico a escala mundial pueden ir en pos de la ampliación de las inequidades sociales.

En palabras de Menéndez, la enfermedad y la atención de ésta ,constituyen hechos estructurales en toda sociedad; expresan no sólo fenómenos de tipo epidemiológico y clínico sino que también expresan las condiciones sociales, económicas y culturales que toda sociedad inevitablemente procesa a través de sus formas de enfermar, curar y morir (Menéndez, 2005).

2.2.10. Dimensión de información, la comunicación y la difusión

“Las ideologías hegemónicas consideran la comunicación como un proceso lineal y unidireccional, en el cual los mensajes son producidos por expertos –investigadores de la medicina, epidemiólogos, etc.–; puestos en circulación por especialistas en educación para la salud y periodistas; y recibidas o interpretadas por “el público” (Briggs,2005:101)

Puede decirse que uno de los pilares que garantizan la participación y la sostenibilidad de los proyectos, es la información -como conocimiento necesario para el acceso al poder-y las comunicación-como herramienta de construcción conjunta de programas, planes y acciones tendientes a la resolución de los problemas en salud- , la que debe tener claridad, cobertura y continuidad en el tiempo.

Desde nuestra perspectiva es relevante destacar que los contenidos de los materiales se piensen en situación, desde y con la comunidad, y que no sean producto de áreas de prensa a nivel central, libradas únicamente al asesoramiento y a las recomendaciones de profesionales de la comunicación. Este proceso debe involucrar al resto de los actores de la comunidad.

Finalmente es fundamental evaluar si las comunicaciones masivas transmitidas por los medios de comunicación tradicional y las redes sociales- que muchas veces generen temor y falsas alarmas.- provocan efectos inesperados que desvían la atención de las verdaderas medidas de prevención de las enfermedades.

2.2.11. Dimensión de la sostenibilidad

Relacionamos esta característica con la continuidad de los procesos participativos, no de acciones puntuales que den respuesta a tensiones coyunturales, sino a problemas de salud a lo largo en el tiempo y con evaluación de sus resultados. En programas organizados y/o

financiados por grupos privados es muy importante evaluar la continuidad y el nivel de resultado alcanzado con los mismos una vez que el apoyo externo haya terminado, por lo que consideramos de relevancia significativa, volver sobre lo realizado, una vez transcurrido cierto período. Podemos tener en cuenta, entre los factores que aseguren la continuidad de las acciones, las formas organizativas, la existencia y tipo de financiamiento y el papel de los asesores, dado que tienen la mayor capacidad de gestión y las vinculaciones con las financiadoras, así como la experiencia técnica de PS (Menéndez, 2006).

Todas las dimensiones de la participación comunitaria anteriormente desarrolladas no permiten arribar a una clasificación de participación que privilegia o pone de relieve alguna/s de las mismas, dando como resultado tres tipos de participación, que desarrollaremos a continuación, habiéndonos apoyado para su descripción conceptual, en bibliografía adicional de diferentes autores y organizaciones.

2.3. Modalidades de la participación comunitaria

Coincidentemente con lo considerado por Reyes Álvarez et al., (1996), Aguilar Idáñez (2001) y Rifkin (1996), consideramos en el presente trabajo, y a modo de síntesis, las siguientes modalidades de participación comunitaria:

2.3.1. Participación autogestionada

Si bien este concepto ha sido utilizado de manera generalizada en una amplia gama de actividades (autoayuda, autocuidado, manejo de recursos), desde el presente trabajo, coincidentemente con Menéndez, la concepción autogestionada de participación comunitaria estará centrada en la toma de decisiones no sólo respecto de la salud, sino también de las condiciones económico-ocupacionales en términos de autonomía, pero también en términos de lucha para hacer efectiva la toma de decisiones (Menéndez, 2006).

Implica la intervención de la comunidad en la adopción de decisiones dándose la participación en la planificación, administración y ejecución de actividades y programas de salud. Según Menéndez este tipo de participación estaría ligada a la noción de “participación poder” y Ugalde (2008) como una forma de incrementar el poder de las comunidades (*empowerment*). En este modelo de intervención, tiene un rol fundamental el empoderamiento de los sectores más vulnerables (muchas veces utilizados como recurso) con una injerencia del Estado acotada, lo que permite la construcción de procesos

participativos de mayor autonomía por parte de la comunidad. El desarrollo de espacios pluriactorales contribuye a mejorar el vínculo entre el equipo de salud y la comunidad. De los mismos participan vecinos y representantes de organizaciones de la comunidad y del equipo de salud, planificándose actividades que surgen del debate y trabajo conjunto.

Este tipo de participación constituye un instrumento que logra superar del cumplimiento de objetivos específicos, ya que potencia el desarrollo de experiencias y capacidades organizativas de la comunidad.

2.3.2. Participación cogestionada

Para Aguilar Idáñez (2001) en esta forma de participación se establecen mecanismos de codecisión y de colegialidad por los cuales la participación se transforma en algo institucionalizado y compartido.

En nuestro país, en la última década, se propuso un abordaje de la salud que se presentaba como integrador y articulado con políticas de inclusión. Se crearon espacios colectivos de participación barrial, donde se incorporaron nuevos actores pero siempre guiados por promotores técnicos.

En este enfoque emergía el concepto de participación comunitaria asociada la estrategia de formación de promotores, pero continuaba ligado al predicamento del saber médico, el que ejerce históricamente, un rol protagónico.

A nuestro criterio esta forma de participación puede derivar en otra llamada por varios autores como “por delegación” en la que se delega responsabilidades a las personas involucradas dentro de un programa que, en ciertos ámbitos o actividades, pueden tomar decisiones autónomamente.

2.3.3. Participación colaborativa

Este tipo de participación está vinculada a lo que la OPS ha dado en llamar “cooperación” en iniciativas de salud, planteadas por algún organismo o institución “externa” la cual puede incluir no sólo trabajo, fondos o materiales aprobados, sino también asistencia para llevar a cabo planes y programas (OPS; 1999).

La cooperación se puede dar en todas o en alguna de las actividades del proceso administrativo; programación, implementación, supervisión, vigilancia o evaluación, produciéndose generalmente en las primeras etapas de un programa o proyecto.

En numerosos programas se utiliza a la comunidad como mano de obra “voluntaria” para reducir costos en la aplicación de actividades curativas y/o preventivas. Tal es el caso, del trabajo de tipo administrativo o auxiliar llevado a cabo por ciudadanos beneficiarios de

planes o programas sociales (Menéndez 2006; Ugalde 1987). En intervenciones de tipo colaborativa, los promotores comunitarios se constituyen como actores controladores de las actividades, asegurando la continuidad del servicio o de las prácticas médicas.

La comunidad así emerge como sujeto colectivo (pasivo), cuyos saberes no son valorados y que deben ser alfabetizados en materia de salud en pos de una mejora de la calidad de vida. Por otra parte, en este nivel de participación, aparece de manera frecuente, el sentimiento de responsabilidad individual de los padecimientos de la comunidad, al circunscribir las causas de sus problemas de salud a acciones o comportamientos de tipo personal.

2.4. Matriz conceptual para la clasificación de las modalidades de participación

Luego del proceso de elaboración de nuestro marco teórico, hemos alcanzado como resultado, una matriz conceptual que podría aplicarse, al menos de manera experimental, a la observación y evaluación de diversas políticas locales con el objeto de identificar una concepción de participación comunitaria.

De esta manera, hemos reunido las categorías altas de cada dimensión, y las hemos atribuido a la caracterización de la participación de tipo autogestionada; por otra parte, realizamos lo propio con las categorías medias y la asignamos a la participación de tipo cogestionada, para finalmente asociar todas las categorías bajas de cada dimensión a la participación de tipo colaborativa.

A continuación, presentamos el esquema de la matriz conceptual que hemos desarrollado (Cuadro 1):

Cuadro 1: Matriz conceptual para la caracterización multidimensional de la participación comunitaria.

Dimensiones de la participación	GRADOS		
	Alta	Media	Baja
1- De la Extensión	Colectiva/Todos los actores sociales	Mixta (la comunidad solo a través de sus referentes sociales)	Individual
2-Etapas de la participación de los actores sociales	Diagnostico/ planificación /ejecución/monitoreo/ evaluación	Planificación y ejecución	Ejecución
3-Económica	Suficientes	Escasos	Insuficientes
4- Empoderamiento	Alto	Medio	Bajo
5- Capacitación	Bidireccional	Operativa	Unidireccional
6- Modelo médico	Medicina social / salud colectiva	En transición / entre el modelo comunitario y el de salud colectiva	Tradicional/ Hegemónico
7-Espacios sociales de la participación comunitaria	Nuevos Espacios conformados , consolidados y apropiados	Espacios formados pero no consolidados ni apropiados	Sin espacios conformados / Espacios tradicionales.
8-Intersectorialidad	Alta	Deficiente	Sin intersectorialidad
9-Equidad. Impacto vinculado con el logro de metas en salud	Políticas de Estado implementadas manera eficiente	Políticas de Estado en diferentes áreas implementadas de manera ineficiente	Sin Políticas de Estado o Políticas implementadas de manera ineficiente
10- Información, comunicación y difusión	Comunicación generada desde y hacia la misma comunidad, con claridad cobertura y sostenibilidad en el tiempo.	Comunicación realizada desde equipos de prensa centrales	Comunicación escasa, fuera de tiempo , comunicada o generada desde la administración central
11- Sostenibilidad	Largo plazo/generación de conciencia	Mediano plazo	Corto plazo
Modalidad de participación	AUTOGESTIONADA	COGESTIONADA	COLABORATIVA

Fuente: Elaboración propia

3. METODOLOGIA

En el presente trabajo abordaremos las concepciones de participación comunitaria subyacente en los discursos de los gestores de salud del partido de Avellaneda a través de las dimensiones anteriormente desarrolladas.

A tal fin, se realizaron entrevistas de tipo cualitativa a decisores y técnicos del área de la salud, ya que consideramos que las entrevistas son el instrumento idóneo para recoger información sobre las representaciones de los actores involucrados en la construcción de acciones participativas en el marco de la atención primaria de la salud en el Municipio de Avellaneda.

Para la decisión muestral se tomó el criterio de accesibilidad (consideración de posibilidades concretas y recursos disponibles). No obstante, el objeto de esta tesina es caracterizar la modalidad de participación en quienes tienen la responsabilidad de planificar, ejecutar y evaluar los programas de prevención de dengue. En tal sentido, al considerar sólo el nivel local, siempre la cantidad de responsables o gestores será limitada. En el caso de este trabajo, consideramos que hemos abarcado a la totalidad de esos responsables. Se realizaron entrevistas, sin mencionar los cargos institucionales o alguna referencia, a gestores por poder de decisión en el tema, de modo de garantizar anonimato.

Dos de los entrevistados ejercían en el momento de la entrevista funciones ejecutivas en el ámbito del Municipio de Avellaneda y el tercero se desempeñaba en un equipo técnico del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Todos con responsabilidades en el programa de prevención del dengue.

Las entrevistas a los gestores y funcionarios del área de salud se realizaron entre los meses de agosto de 2017 y octubre del 2018.

El instrumento de recolección de datos (guía para la entrevista) se diseñó a lo largo del proceso de investigación, en función de los objetivos del trabajo, basados en definiciones del marco teórico y la revisión bibliográfica (ver ANEXO I).

La entrevista, como toda técnica cualitativa, tiene su potencial en la participación voluntaria del entrevistado y en la confianza que se genera con él. A los efectos de preservar la identidad de los entrevistados, los mismos no fueron nombrados y sólo sus apreciaciones identificadas como pertenecientes al entrevistado/a A (EA), al entrevistado/a B (EB) y al entrevistado/a C (EC). Por otro lado, hemos prescindido de publicar toda aquella información que en alguna medida develara detalles de su gestión de trabajo, sin por ello perder consistencia el relato ni los hallazgos de la investigación.

3.1. La entrevista como instrumento de recolección de datos

El empleo de la entrevista presupone que el objeto temático de la investigación, sea cual fuere, será analizado a través de la experiencia que de él poseen un cierto número de individuos que, a la vez, son parte y producto de la acción estudiada, ya que el análisis del narrador es parte de la historia que se narra (Alonso, 1998). Para los investigadores de ciencias sociales es una forma de obtener datos de las personas, de las instituciones y de las organizaciones sociales.

Las entrevistas realizadas a los funcionarios y técnicos responsables pretendieron contribuir a la comprensión de la concepción de participación subyacente y cómo la misma determina, en algún modo, el tipo de política que se lleva a cabo en las áreas correspondientes.

En el presente trabajo, el interés está orientado hacia la obtención de información de los actores que tienen como responsabilidad la implementación de políticas sociales y programas tendientes a la participación de la comunidad en temas sanitarios. Entre las distintas formas de entrevista, se eligió la semiestructurada ya que permite recoger información sobre aspectos diversos como motivaciones, pensamientos o ideas, significados de términos y símbolos, actitudes, recuerdos, intenciones y matices culturales.

Para las entrevistas se ha utilizado una guía o esquema de modo de identificar los eventos o hechos clave, tal que ningún tópico se pase por alto. También se han creado algunas preguntas organizadas en secuencias para consultar a cada actor de la salud su opinión sobre un mismo tema a los efectos de poder comparar y analizar los datos (Ver ANEXO I).

Por otra parte y simultáneamente, se analizaron una serie de factores que determinan a las entrevistas, lo que nos ayudó a aclarar, corroborar y refutar los hallazgos. Es así, que relevamos información del entorno mediante el uso de notas de campo, realizando un registro detallado de los siguientes factores:

- * La relación que se establece entre entrevistado y entrevistador,
- * El campo de la entrevista sobre el cual se va a trabajar y el/las área/s sobre las que se va a indagar,
- * El encuadre de la entrevista (las variables orientadoras de la indagación, la actitud técnica y el rol del entrevistador; los tiempos destinados a la entrevista; los espacios de realización de la misma y los objetivos y la intención del uso que se le dará a la información recogida).

Los entrevistados tienen un papel estratégico como informantes seleccionados; dos de ellos compartían un mismo ámbito de trabajo y en el mismo municipio y el tercero, se desempeñaba en el área de incumbencia pero a un nivel nacional, lo que nos permitió trabajar con semejanzas y diferencias de concepciones, acciones y proyecciones en torno a la problemática consultada según los diferentes niveles de gestión.

Sin embargo, nos hemos encontrado con la limitación de no contar con el tiempo necesario para extender las entrevistas a otros gestores del área de salud de la Nación, como la de Control de Vectores, lo que hubiera permitido ahondar en campañas específicas de prevención del dengue. Por otra parte, sumar algún otro referente de salud de la ciudad de Avellaneda nos hubiera permitido comparar miradas locales en relación al mismo tema.

3.2. Análisis contextual y de discurso

En relación al análisis de discurso, se puso foco en los relatos de los entrevistados por considerarse éste un campo metodológico fructífero para investigaciones en ciencias sociales, ya que las prácticas discursivas específicas en salud están determinadas por los diferentes contextos institucionales en las que tienen lugar y es de nuestro interés, ponerlas en relieve.

El análisis de las entrevistas, revela divergencias, apuntando a límites que deben ser considerados en la concepción misma de la promoción de la salud y la participación comunitaria como práctica efectiva. Una vez más, consideramos a la entrevista como técnica de recolección de datos que permite captar la información experimentada por el entrevistado, al tiempo que capturar discursos particulares que remiten a otros significados sociales.

El texto producido mediante la situación de entrevista, representa el universo social de referencia del entrevistado y nos permite captar mediante sucesivas lecturas y relecturas, los distintos elementos que componen su mundo significativo, la visión de sí mismos (*self*), la emergencia de discursos arquetípicos que relacionan al entrevistado con su/s grupos de referencia, la forma en que hace uso de etiquetas sociales y tipificaciones para referirse a los otros, etc. (Merlinski, 2006).

Aprovechando las posibilidades que nos brinda investigación narrativa, hemos utilizado en forma combinada diferentes técnicas de análisis que nos permiten distinguir no solo *el qué* (mediante análisis del discurso) sino también *el cómo* (análisis conversacional) de las entrevistas.

Phillips y Hardy (2002) definen primero el término discurso como el conjunto interrelacionado de textos (hablado, escrito, pictórico, simbólico, de artefactos) y las prácticas sociales de su producción, por lo que el análisis del discurso es un método para el estudio de los fenómenos sociales que busca las conexiones entre los discursos (conjunto interrelacionado de textos) y el contexto social en el que se crea.

Con respecto al análisis conversacional, es la línea de trabajo que propone Silverman para el análisis narrativo, buscando: a) identificar secuencias de la conversación, b) examinar cómo los hablantes asumen ciertos roles o identidades a lo largo del relato, c) centrarse en emergentes particulares del relato, d) trabajar en retrospectiva para trazar la trayectoria mediante la cual determinado emergente se produce (Silverman, 2003)

A continuación aplicaremos el modelo de análisis de discurso en algunos pasajes de entrevistas realizadas con motivo de nuestra investigación, apoyados en el enfoque conversacional propuesto anteriormente citado. Como si fuera un relato continuo, procuraremos levantar algunas significaciones, haciendo énfasis en los principales temas tratados como así también en los modos en que fueron dichos, intentando recuperar en el texto escrito la oralidad del entrevistado, sin perder de vista el objeto de estudio.

4. RESULTADOS

4.1. El contexto de las entrevista

Realizaremos una breve descripción de cómo han sido las condiciones previas y durante la situación de entrevista, para luego entrar el análisis del discurso propiamente dicho.

Relación con el entrevistado: La relación entre los entrevistados/as y el entrevistador/a se dio en líneas generales en un clima de cordialidad y distensión, La misma había sido acordada previamente en forma telefónica habiendo sido direccionada por otra colega del Municipio de Avellaneda, docente en la facultad de de dicha ciudad.

Campo de la entrevista: Desde la primera vez que se entró en contacto con los gestores se determinó sobre qué aspectos iba a tratar la entrevista. No se han observado por parte de los/as entrevistados/as ni desconfianzas ni temores sobre lo que se iba a consultar, sólo a excepción de uno/a de ellos.

En ese caso puntual, se observó por parte del entrevistado/a cierto tipo de desconfianza o curiosidad sobre lo que se iba a consultar, por lo que solicitó ver previamente las preguntas

del cuestionario. Una vez leídas (aclaró el motivo, a desarrollarse en otro apartado) permitió el inicio de la misma

Encuadre de la entrevista: La entrevistadora se presentó desde el primer momento ante los consultados como una estudiante avanzada de de la carrera de Ciencias Ambientales que investigaba en su tesis de grado sobre la participación comunitaria y la prevención de enfermedades transmitidas por mosquitos.

La entrevista fue planteada en las oficinas propias de cada gestor según día y horario convenido. Cabe destacar que nos encontramos con distintos tipos de espacios en las entrevistas realizadas a los funcionarios/as y gestores en salud. En el primero de los casos se trataba de oficinas abiertas, espacio compartido con su propio equipo de trabajo, que, al tratarse de boxes, se podía escuchar las charlas de otros sectores, En el segundo, las oficinas eran cerradas, sin ventanas al exterior. La entrevista tuvo lugar en un espacio no compartido, aparentemente de uso particular del funcionario/a. En el caso de la entrevista al técnico/a fue muy similar al primer caso.

En líneas generales, en todas las oportunidades se produjo diálogo y ninguna de las preguntas produjo rechazo o desconcierto en el entrevistado/a. Se utilizó, previa autorización del entrevistado/a y para garantizar la totalidad y la fidelidad de lo expresado, un grabador, sin transformarse en un elemento persecutorio para el entrevistado en la mayoría de los casos, pero cabe aclarar, que en varias ocasiones fue solicitado ser pausado por alguno de los/as entrevistados/as (tal vez por transformarse en un elemento de cierta preocupación por la persona consultada). Además se tomaron notas para que quede registro de algunos aspectos que la grabación de sonido como podía dar cuenta.

Los entornos donde se realizaron las entrevistas, fueron variados. En la mayoría de los casos se realizaron en espacios abiertos y compartidos (incluso resultando dificultosa la audición, debido a la interferencia de terceros, que si bien no formaban parte del equipo trabajaba en relación con el mismo). En uno de los casos, se realizó en el encuentro en una oficina separada, a puertas cerradas, donde no hubo intervención, aparición ni mención del equipo de trabajo.

La entrevistas no tenían plazo de duración pactado pero de común acuerdo no superaron los 90 minutos, no percibiéndose fatigas ni desinterés, pero si mayor comodidad a medida que la entrevista llegaba a su final.

Con respecto al uso de la información empírica recogida, ha sido establecido con claridad desde el primer contacto con todos los entrevistados/as.

Finalmente las entrevistas concluyeron en el momento oportuno y las mismas discurrieron sin prisa y de forma fluida, en un clima ameno (con lugar a bromas en algunos casos) en otros en un clima de mayor formalidad.

4.2. El discurso de los entrevistados

Hallamos de entrada entonces, en nuestro análisis de las relaciones entre el discurso y el poder, que el acceso a formas específicas de discurso, por ejemplo las de la política, los media o la ciencia, es en sí mismo, un recurso de poder (Van Dijk, 2009).

Para el análisis del discurso, pusimos foco en los relatos de los entrevistados por considerarse el estudio de los mismos, un campo metodológico fructífero para la investigación en ciencias sociales, dado que las prácticas discursivas en salud están determinadas por los diferentes contextos institucionales en las que tienen lugar, y es de nuestro interés, ponerlas de manifiesto.

De esta manera, se presenta nuevamente el análisis los relatos de los tres profesionales entrevistados, según las once dimensiones y sus respectivas categorías (alta-medio-baja) construidas para cada tipo de participación –autogestionada, cogestionada y colaborativa- desarrolladas en el marco teórico.

Si bien las tres entrevistas han tenido su propia dinámica en relación a las características del entrevistado/a (ámbito de formación, lugar y posición de trabajo, ideología, etc.), lugar y tiempo (dos de ellas fueron realizadas en el mismo año) y de la entrevistadora (grado de avance en la investigación situaciones personales, espacios, etc.) las mismas han recorrido los temas con distinto nivel.

Los tres entrevistados/as definen en sus relatos diferentes periodos de trabajo bien marcados correspondientes a diferentes gestiones políticas, como así también, a las diferentes etapas por las que ha pasado el sistema de salud en Argentina y el resto del continente.

En dos de ellos/as encontramos mayor afinidad en la mayoría de los temas consultados, mientras que la tercera persona evidenció a priori, concepciones ideológicas y teóricas muy contrastantes con respecto a los otros/as entrevistados/as evidenciando rasgos de adhesión al modelo médico hegemónico.

Con respecto a los del primer grupo uno de los entrevistados/as menciona su trabajo en 1987 “en época de Cafiero” para luego centrarse en detalle en la gestión que comienza en

2011 cuando asume como funcionario/a en el área de Salud Municipal, para finalmente referirse a las transformaciones producidas tras las elecciones nacionales de 2015. En relación a cada etapa, va comentado sobre el contenido del área de APS y los cambios organizativos y de recursos; la participación y el trabajo en equipo, como así también, sobre la actitud de la comunidad.

En relación a la primera etapa, comenta sobre su actividad durante más de 12 años en una “salita provincial” perteneciente al programa Salud con el Pueblo, prosiguiendo su relato acerca el periodo de descentralización de los 90 y la pérdida progresiva de la actividad y participación comunitaria.

El tercer período está dado por la gestión iniciada después de 2015 con el cambio de gobierno a nivel nacional y provincial (si bien se mantiene intendente y Secretario de Salud en el Municipio). Lo menciona a lo largo del discurso como un progresivo período de debilitamiento del trabajo realizado, del sistema de salud en general y de la participación comunitaria en particular.

Los dos profesionales consultados que marcan momentos importantes en su vida profesional. Por un lado la creación del modelo Centros de Integración Comunitaria (CIC) *“el más participativo que se creó durante la gestión anterior”*. De igual manera, pero ya en una gestión diferente, otro de los consultados valoró una experiencia realizada a nivel nacional (una articulación en una campaña antirrábica en una localidad del noroeste del país), considerándola como *“muy productiva, estimulante para el Municipio, para la Provincia y para nosotros”/ “me sentí muy satisfecho”*.

Las causas de esta pérdida de participación activa estarían asociadas a situaciones externas, principalmente relacionadas con el tipo de políticas llevadas adelante por la administración central en todas las áreas (salud, educación, etc), vinculada con el recorte, el ajuste y el achicamiento o desaparición de programas como el de Médicos Comunitarios *“Si bien este gobierno ha mantenido el programa, está en franco retroceso, y ya tiene una sentencia definitiva de clausura. Se dio de pasar al municipio de a 20 % año por año”*

Realizando un análisis de la concepción ideológica subyacente, podemos decir que dos de los entrevistados/as (profesional formado en las ciencias sociales, trabajando en el ámbito de la salud pública hace más de 30 años), se mostraron muy cerca de la concepción ligada a la APS y a la salud comunitaria.

Por otra parte, si bien las entrevistas se dieron en un contexto formal, los mismos emplearon siempre términos coloquiales y de fácil comprensión. Utilizaron en pocas ocasiones lenguaje autorreferencial” donde rara vez hubo marcas de un trabajo individual. Fueron comunes las

expresiones *“Éramos un grupo de profesionales”/“Nosotros escribimos el proyecto de mesas de gestión”*.

Por otra parte apareció durante las entrevistas, un marcado discurso entre iguales, con comentarios hacia el entrevistador *“estas en tema veo”, “está bueno el ejemplo” / “ah, buena acotación”*, sucediéndose con alternancia el juego de roles entre entrevistador y entrevistado.

Advertimos que surgieron temáticas no consultadas pero de interés por el/la entrevistado/a que tuvieron un lugar importante en el desarrollo de las entrevistas: la *“Salud de los trabajadores”* y la *“Revista Salud y Comunidad”*.

Por otra parte, en relación a la temática del dengue, no expresaron en términos alarmantes, sino en la necesidad de *“intervenir según las recomendaciones establecidas”* (promoción, conocimiento de los síntomas, etc.).

En cuanto a la capacitación a la comunidad, en particular uno de los entrevistados/as lo menciona como un proceso lúdico, de ida y vuelta, donde es fundamental unir teoría y práctica. De hecho la/el entrevistado/a no duda en emitir sonidos onomatopéyicos que simulan el zumbido de un mosquito para ejemplificar experiencias producidas en torno a la capacitación en las salas de espera de hospitales o centros de salud.

Por último, en la entrevista realizada durante 2018, está muy presente la cuestión de género, no solamente por el uso del lenguaje inclusivo. En más de una oportunidad apareció la diferenciación del género a través del uso del desdoblamiento (*las trabajadoras y los trabajadores*), sino también por permanentes alusiones al movimiento feminista y la reivindicación de derechos (*“licencia extendida por maternidad y lactancia”*) como así también por atributos otorgados a la mismas (*“a diferencia de las llevadas adelante por gestiones anteriores, la inclusión de mujeres ha mejorado la comunicación” / “las mujeres son más comunicativas”*).

En relación al/la gestor/a más cercana al MMH hemos podido identificar distintas marcas en su discurso que nos sugieren esta adhesión como por ejemplo el lenguaje utilizado. el Entrevistado/a empleó siempre términos académicos o empleados en publicaciones o literatura sobre el tema *“como las Américas”*, refiriéndose a países del continente americano, o niños (en lugar de chicos), no registrándose marcas de lenguaje inclusivo.

Utilizó un marcado lenguaje autorreferencial *“traje”, “hice” “realicé”* donde rara vez hubo marcas de un trabajo grupal, sin la utilización del pronombre *“nosotros”*.

Por otra parte, apareció en muchos momentos de la charla un marcado discurso de autoridad ya que el/la profesional consultado/a se refirió asimismo/a como *“uno de los pocos/as especialistas en dengue en el país”* / *“Me consultaron que había que hacer”*,

El entrevistado/a expresó una fuerte alineación con las políticas de OMS/OPS *“no tengo ninguna información de la OMS “Yo siempre me remito a lo que dice la OPS” (cuando se le consulta por la vacuna Dengvaxia declara que OMS no ha enviado ningún comunicado al respecto).*

Durante el transcurso de la entrevista el/la entrevistada, corrigió y a acotó al entrevistador la manera que debe mencionarse los procedimientos *“eso se llama control entomológico”/ “no sé si fui clara”*.

También, apareció el uso de lenguaje bélico para referirse a la presencia del vector transmisor del *dengue y las medidas de prevención “Para combatir al enemigo hay que conocerlo”*.

Ante preguntas puntuales, responde con vaguedad, sin precisión en las *respuestas “se conoce” / “se sabe” / “acá no tenemos esos problemas”* no permitiendo a priori el diálogo ni repreguntas.

Cuando el entrevistador consultó sobre las capacitaciones en las escuelas, mencionó a un prestigioso colegio privado de la zona *“Los chicos del María Auxiliadora no hacen preguntas así no más, saben lo que dicen.”*

La entrevistado/a se refería a los habitantes de la comunidad de Avellaneda como un actor pasivo y quejoso, que desconoce: *“el vecino siempre reclama” “el vecino pide fumigación pero no sabe”*. En relación a este último tema que figuraba en la guía de la entrevista (el/la funcionaria solicitó puntualmente expedirse *“ahí estaba el tema de la fumigación y no me consultaste.”*) considera que tiene un nivel muy bajo de efectividad.

4.3. La participación comunitaria multidimensional

Se presenta nuevamente la información obtenida de los relatos de los tres profesionales entrevistados, según las once dimensiones y sus respectivas categorías (alta-medio-baja) construidas para caracterizar la concepción de participación – autogestionada, cogestionada y colaborativa- implícitas en el discurso de los responsables de la gestión.

A continuación se desarrollan los resultados de las entrevistas para caracterizar las concepciones de participación y su síntesis se presenta en el Cuadro 2 (página 47).

4.3.1. Dimensión de la extensión

Grado alto – Colectiva:

En este tipo de participación, está caracterizada por la participación colectiva de la comunidad, que considera que la problemática de la salud no sólo de interés de los trabajadores del área, sino de la totalidad de los actores sociales de esa comunidad.

"Las comunidades participan a través de sus organizaciones, instituciones, vecinos sueltos"
"Todos los que se sientan convocados por la salud, preocupados por la salud crean un Consejo, problematizan situaciones que se dan en el barrio, ya sea de seguridad, de participación, de adolescentes". (EA)

Grado medio - Sólo a través de representantes sociales:

Las reglas de inclusión y exclusión de los actores sociales se encuentran condicionadas tanto por las entidades que financian los programas como también por el contexto económico, político e institucional en un momento determinado, quedando muchas veces, el juego cerrado a unos pocos actores y ubicándose los promotores de salud como figuras claves dentro del barrio.

"Las manzaneras hacían un trabajo de descacharrar junto con el barrio"(EC).

Grado bajo – Individual:

La corta tradición en participación- tras regímenes autoritarios- que interrumpieron las experiencias existentes -o neoliberales-que aumentaron la tasa de pobreza y el grado de exclusión social – como también la falta de una estructura social sólida que permita la conformación de redes sociales, determinan la escasa participación de los integrantes de la comunidad, lo que redundo en acciones individuales o llevadas adelante, sólo por aquellos relacionados con el área de salud.

"Hoy por hoy, hay una lógica instalada que cada familia atienda sus cosas, de vaciamiento de espacio colectivo."(EC).

4.3.2. Dimensión del momento de participación de los actores

Grado alto - Todas las etapas del proceso:

La participación se produce en todas las etapas de un proyecto social: diagnóstico, planificación, ejecución, monitoreo y evaluación. Interesa recalcar, que en lo concerniente a las mismas, el diagnóstico participativo tiene un papel destacado, ya que mediante él, se describen y se identifican los temas de interés de la comunidad, pudiéndose trazar una línea

de base sobre la que se programarán las actividades y se evaluarán los procesos y resultados, permitiendo a los participantes analizar su realidad desde su propio territorio.

Cuando la comunidad participa en el diagnóstico se socializan las problemáticas de los barrios como la solución a las mismas, a través de un debate productivo,

" en las mesas de gestión se identificaron focos de criaderos de mosquitos" (EA)

Ese diagnóstico conjunto puede dar lugar a los siguientes pasos del desarrollo del proyecto, que permitan dar solución a la problemática.

"... desde el área mía trabajamos en descacharrización casa por casa, focalizando o repartiendo folletos, a veces hemos tenido que trabajar en casos de bloqueo"(EA)

"los chicos monitoreaban sus propias casas (relativo a la acciones comunitarias en la prevención del dengue)"(EA)

Grado medio - Solo en parte del proceso:

Si bien desde la concepción se estimula a una participación a lo largo de todo el proceso, con mucha frecuencia no se produce, reduciéndose la participación a algunas etapas del mismo, en la .planificación o implementación (rara vez en evaluación o monitoreo) de una manera instrumental, realizando tareas que fueron diseñadas en forma externa al programa.

" ..se busca planificar acciones en conjunto" (EA)

Grado bajo – Ejecución:

En muchos casos, se recurre a la cooperación de la población para la gestión de diferentes tareas administrativas que exigen los programas implementados desde el poder central, por lo que la participación queda reducida a implementación del plan y es de tipo instrumental. Las planificación, el control y monitoreo, son procesos llevados adelante desde afuera, ya sea por la administración central o por organizaciones de la sociedad civil ajenas a la comunidad.

"Traje, implementé, el control de enfermedades zoonóticas" (EB)

4.3.3. Dimensión económica

Grado alto - Recursos Suficientes:

El control de los recursos tanto financieros como humanos aumenta la posibilidad de que la comunidad se empodere. Por tal motivo, entendemos que deben existir presupuestos

específicos para la aplicación de políticas públicas que avalen la participación comunitaria, asegurando, el Estado, los derechos esenciales de sus ciudadanos y no quedando condicionados a las exigencias de los organismos internacionales de financiación.

"En 2008/2009 cuando Massa estaba en la intendencia de Tigre y después durante la presidencia de Néstor Kirchner hubo mucho presupuesto para capacitación" (EC)

Grado medio - Recursos insuficientes o mal administrados:

Aun siendo los presupuestos destinados a la atención primaria, en líneas generales, inferiores a los que reciben en resto de los niveles de atención, puede suceder que sean con frecuencia mal administrados, por falta de intersectorialidad o de voluntad política.

"Por otra parte, en los equipos técnicos hay mucha movilidad. Por un lado, por el sistema de precarización, por otro, por el sistema de contratación (sueldos bajos o medios), hace a lo cotidiano del desarrollo profesional. "

"Siempre son escasos los recursos" /Siempre estás en la trinchera, no das abasto"

"En este momento hay una reducción de recursos"

Grado bajo - Recursos Insuficientes:

La subejecución de presupuestos de los institutos y de los diferentes programas precarizan el sistema de salud pública. Por otra parte, la mala gestión en la formación y o retención de los recursos humanos adecuados (capacitación, incentivos para mantener al personal en sus puestos y la generación de equipos multidisciplinarios), son moneda corriente en el sistema sanitario.

"...en los equipos técnicos hay mucha movilidad. Por un lado, por el sistema de precarización, por otro, por el sistema de contratación (sueldos bajos o medios), hace a lo cotidiano del desarrollo profesional "(EA)

"Hoy se redistribuyen recursos para otro lado" (EB)

4.3.4. Dimensión del empoderamiento

Grado alto:

Cuando existe determinación en el aumento de la capacidad de lucha para mejorar la calidad de vida de forma individual como colectiva, la comunidad se empodera y aumenta su grado de autonomía, creando espacios de participación autogestionada. Para tal fin, es

indispensable que los procesos de toma de decisiones sean inclusivos y que la información que reciba la comunidad no sea limitada.

"Las comunidades participan a través de sus organizaciones, instituciones, de sus vecinos sueltos, consultantes frecuentes. Generan un vínculo positivo, la sienten propia "(EA)

"Toda esa experiencia de trabajo queda para otras cuestiones" Toda esa experiencia queda como capital, suma, no lo van a perder"(EC)

"las unidades sanitarias 18 o 12 tienen apropiados el espacio"(EA)

Grado medio:

Considerar a los sectores vulnerables como grupos de actores que pueden cambiar su condición de vida sin el apoyo sostenido de políticas públicas, puede conducir a un empoderamiento débil que conlleva a modelos participativos de cogestión.

" Algunas salas tienen una autonomía relativa o importante, y en algunas necesitan que estemos ayudándolas para moderar la Asamblea" (EA)

Grado bajo:

En este sentido, al interior de los grupos sociales, existen relaciones que pueden entenderse como de dominación –las asociadas a lo institucional y a las jerarquías verticales del área de Salud– que implican la imposición de formas de actuar, y atentan contra el empoderamiento.

"el vecino reclama pero no sabe.."(EB)

Por tal motivo, un nivel de empoderamiento bajo por parte de la comunidad, se da como resultado, principalmente, por la toma de decisiones de manera no inclusiva por quienes detentan el poder y por la reducida circulación de información dentro de la comunidad, lo que finalmente redundará en políticas públicas poco sostenibles.

4.3.5. Dimensión de la capacitación

Grado alto – Bidireccional:

El desarrollo de las capacidades individuales y comunitarias favorecen los procesos participativos que permiten construir salud socialmente. Es así, que la capacitación tanto a profesionales médicos y no médicos del área de salud, como la centrada en la población, posee un carácter estratégico, reforzando la estrategia de APS, mejorando los mecanismos de acción y promoción de la sociedad civil y del Estado.

" ..la división Promoción tuvo mucha injerencia junto con la Atención Primaria en la elaboración de la cátedra de Médicos Comunitarios.." Se crean dos figuras, consultor y coordinador universitario" (EA)

Por otra parte, metodologías interactivas brindadas a los agentes de salud como a la comunidad generan una mayor proclividad al cambio de comportamientos y prácticas.

"La capacitación que se da a nivel lúdico es mucho mas vivencial...Hay que asociar teoría y práctica"(EC)

Grado medio - Operativa – Capacitación en cascada:

La capacitación de tipo operativa-que requiere de saberes técnicos que ubican a las corporaciones profesionales en un lugar de mayor cercanía con el cuerpo profesional y técnico en el nivel local- replica muchas veces la información hacia la comunidad con un efecto de capacitación en cascada, sin lugar a la construcción de un saber colectivo.

"Se becaron a 60 personas que capacité" (EB)

"Las capacitaciones las hemos hecho en los médicos, promotores" (EA)

Grado bajo - Unidireccional - Impartida de los centros de conocimiento a la población:

En este nivel de capacitación, la capacitación, a igual que la comunicación, se produce de una manera lineal, impartida por quienes han estudiado y recibida por quienes no tienen conocimiento por lo que los saberes de la comunidad y su experiencia no es tenida en cuenta.

" al principio la gente no entendía nada.."(EB)

"Trabajamos codo a codo enseñándole" (EB)

"La gente ya no dice tanto "el dengue", ya habla del mosquito" /La gente entiende .."(EB)

4.3.6. Dimensión del Modelo Médico

Grado alto - Medicina social / salud colectiva:

La participación de la ciudadanía, desde el nivel central (implementación de programas nacionales o subnacionales), como desde el nivel local (a través del trabajo con diferentes actores de la comunidad) es el motor del verdadero progreso en el campo de la salud, dejando atrás las concepciones biomédicas y los avances tecnológicos.

"Analizar democráticamente el problema con la comunidad, encontrar proyectos de intervención, ponderan un saber que implica una mirada de lo social muy importante" (EA)

"Villa Azul implicó desde la gestión, un desafío importante...es la primera que se llama Unidad de Cuidado Familiar y Comunitario" (EA).

Grado medio - en transición entre el modelo curativo y el preventivo:

Si bien se abandona lentamente la mirada curativa por una preventiva de la salud y se fomentan actividades de promoción y de educación, la relación de subordinación de los promotores de salud y del trabajador no médico respecto del equipo médico, repercute en las acciones concretas desarrolladas por estos actores, ya que la práctica médica continua teniendo un lugar sobresaliente.

"Todavía tenemos necesidad de cambiar la ley de la carrera sanitaria porque está estructurada para otro momento histórico, pone muchos límites a los lugares de jerarquía para los que venimos de las ciencias sociales" (EA).

Grado bajo –Tradicional/Hegemónico:

Los procesos participativos en salud, se dan en el marco de relaciones de poder entre los diferentes actores, los profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, asistentes sociales, médicos de cabecera) y la comunidad, Esta relación está signada por la asimetría entre técnicos y legos que se reproduce en todos los ámbitos de discusión sobre la salud-enfermedad-atención.

"Para algunos profesionales no hace falta escuchar a otro que no se preparo, que no estudió" (EC)

4.3.7. Dimensión de los espacios sociales/soportes legales que avalan la participación comunitaria

Grado alto - Espacios conformados, consolidados y apropiados:

Ante la necesidad de encontrar modalidades de articulación entre efectores locales de salud, organismos públicos y organizaciones comunitarias que trabajan y/o habitan el barrio, surgen nuevos espacios que hacen posible la intervención en las diferentes problemáticas concernientes a la salud y al ambiente.

" Pasé a coordinar un modelo de gestión sanitaria novedoso"(EA)

"El modelo CIC es el más participativo que se creó en la gestión anterior" (EA)

"Existen muchos espacios para trabajar con la comunidad" (EB)

"..Algo que avaló XXXXX son las Mesas de Gestión Comunitaria" (EA)

"... otro espacio que creamos es el espacio de Facilitadores del Trabajo Comunitario" (EA)

Grado medio - Espacios formados, pero no consolidados ni apropiados:

Los espacios generados desde el nivel político institucional, los que podemos llamar "desde arriba", son generalmente estructuras formales y tradicionales que no son apropiadas por la comunidad. En muchas ocasiones, la escuela y los centros de atención de la salud, pueden funcionar como espacios de difusión de información pero no de verdadera participación.

" la mesa de gestión es uno más, existen otros espacios, las escuelas y los referentes barriales" (EB)

Grado bajo –Sin espacios:

Sin la construcción de nuevos espacios para alentar a la comunidad a que participe de la gestión de salud de la zona de residencia o de trabajo, cualquier programa tiene altas probabilidades de ser utilizado solamente como un servicio sanitario.

"Hoy por hoy el proyecto de mesas de gestión está francamente en retroceso" (EA)

4.3.8. Dimensión de la intersectorialidad

Grado alto:

El enfoque integral de la salud requiere un abordaje multisectorial y la coordinación intersectorial de acciones en el campo sanitario,, donde cada sector reconozca la importancia del mismo, exista responsabilidad de participar de cada instancia, de modo de instalar una visión compartida de trabajo.

"Nació de una de gestión y paso a ser política pública municipal"(EA)

"(en esta nueva gestión) pudimos articular mejor con la Dirección de Epidemiología"(EC)

Creemos que las condiciones de salud de la población exceden el sector de salud (e involucran principalmente las condiciones de trabajo y los riesgos ambientales), lo cual lleva a la necesidad de incluir a otros actores sociales, criterios normativos y construir políticas que excedan lo sectorial y de esta manera, articular las propuestas de los diferentes programas de las distintas carteras y de los diferentes niveles.

"Tenemos que trabajar mucho en los límites (municipio).Hicimos una articulación muy productiva Nación, Provincia y Municipio" (EC)

Grado medio - Intersectorialidad Deficiente:

La acción intersectorial requiere del compromiso de una variedad de actores y partes interesadas en el esfuerzo por mejorar los resultados en la salud. La misma debería incluir una gama de programas, no estrictamente sanitarios, y sí interjurisdiccionales, que hicieran a la efectiva prevención y promoción de la salud.

Muchas veces los responsables de áreas o Direcciones de salud, no solo no trabajan vinculados con otros sectores de la sociedad, como el de la cultura, la educación o la extensión universitaria, sino tampoco con los de su propio del ámbito, restando recursos, superponiendo acciones y debilitando la posibilidad de experiencias participativas concretas.

"Yo hago las capacitaciones (en relación a otra área de trabajo dentro del Municipio), eso es lo interesante"(EB)

"Con fiebre amarilla si estamos articulando con el Programa de Vectores (referido a nivel nacional)" (EC)

La acción intersectorial requiere del compromiso de una variedad de actores y partes interesadas en el esfuerzo por mejorar los resultados en la salud. La misma debería incluir una gama de programas, no estrictamente sanitarios, y sí interjurisdiccionales, que hicieran a la efectiva prevención y promoción de la salud.

"Por más que la nueva gestión en la salud de la Provincia de Bs As haga una vigilancia en 40 cuadra, no es significativo para combatir el tema dengue"(EB)

"Tratamos de coordinar con los referentes provinciales" "Coordinamos con Municipios y Ciudades Saludables"(EC)

"No es tan fluido como otra época" /" La de Salvador Mazza fue la primera pudimos hacer un trabajo articulado" /""Hay menos interrelación para trabajar en territorio"

Grado bajo - Sin intersectorialidad:

Es fundamental que los programas de prevención y promoción incluyan la participación de las jurisdicciones vecinas y limítrofes, en particular en la prevención de enfermedades transmitidas por vectores,

"No estamos articulando" (EB)

Un plan de desarrollo social y los programas de salud deben incluir la participación de aquellos sectores estrechamente vinculados a los determinantes de la salud de todos los niveles, sumando esfuerzos y experiencias compartidas.

“ Hoy (desde la Nación) cuesta articular con el municipio en el territorio “ (EC)

La falta de coordinación y articulación entre los diferentes niveles (municipal, provincial y nacional), no sólo atenta contra el uso eficiente de los escasos recursos económicos, sino también al logro de niveles aceptables de equidad social.

4.3.9. Dimensión de la equidad -Impacto vinculado con el logro de metas en salud

Grado alto - Políticas de Estado que bajan los niveles de riesgo:

El abordaje de la salud desde la perspectiva de los determinantes sociales, va mas allá del sector salud, por lo cual se requieren políticas públicas integrales que trabajen no sólo sobre los procesos de atención, sino también sobre las condiciones de vida de las poblaciones, vinculado con el logro de metas en salud.

"Una buena política de saneamiento ambiental, una buena provisión de agua, una buena inclusión laboral es mucho más importante que la cantidad de salas" (EA)

Grado medio - Políticas de Estado llevadas delante de manera poco eficiente:

Las políticas económicas y sociales deben garantizar a la población el acceso al empleo, a la vivienda, a los alimentos, a la educación, el agua segura, al saneamiento (todo aquello que incida en los procesos salud- enfermedad) y fundamentalmente al acceso a servicios de atención. Sin embargo, un Estado ausente o que no cumpla con sus responsabilidades, conlleva a que la población deba procurar distintas formas de hacer frente a sus problemas cotidianos, en desmedro de la participación en actividades comunitarias de prevención de enfermedades, como las transmitidas por mosquitos.

"Trabajamos con la comunidad 100% por distintos niveles de alcances y logros"

"Las problemática de la familia es tan dinámica, tan vulnerable, el tema del control (del mosquito) no es prioritario" "Ahora tengo llevar a mi hijo al hospital pero no tengo turno..."(EC)

Grado bajo - Rol del Estado y la Comunidad:

Políticas públicas que fomentan las inequidades y dificultades para acceder a servicios de salud, la desaparición de las instancias nacionales de gestión de políticas sectoriales, y la reducción de presupuestos y personal, profundizan las desigualdades en salud.

"Hoy no es una prioridad la Salud Pública ni la Educación Pública" (EC)

"La sensación que te queda que estas girando en falso, es difícil cambiar las realidades cuando no hay políticas macro para terminar con la pobreza...". (EC)

"El impacto de las políticas neoliberales y desatención de lo público no son inmediatas, en 3, 5 años se van a notar, o antes."(EC)

4.3.10. Dimensión de la información, la información y la difusión

Grado alto:

Comunicación generada desde y hacia la misma comunidad, decidiendo los contenidos, modalidad y frecuencia de emisión de acuerdo a las necesidades de comunicación del grupo.

"La revista Salud y Comunidad difunde actividades de Promoción de la Salud y no de asistencia". (EA)

"Algunas salas diseñaron sus propios volantes, eso es la democratización de la salud" (EA)

"El contenido surge del encuentro de facilitadores, trabajadores de la salud, incluso puede escribir gente de la comunidad." (EA)

"Pudieron (la nueva gestión) sostener las campañas por un cambio en la Ley donde pudieron aplicar un fondo para campañas"(EC)

Grado medio - Diseñadas desde el nivel central:

Cuando las campañas de comunicación y difusión de los programas o acciones se diseñan desde el nivel central, no se reconocen las particularidades locales y no se recibe la información de la gente, finalmente se acaba sin responder a sus demandas, redundando en campañas altamente ineficientes.

"Estamos haciendo comunicados de prensa" (EB)

Grado bajo- Escasa- incorrecta o a destiempo:

Las campañas de difusión y comunicación deficitarias, con contenidos y medios no apropiados generan no sólo desconocimiento de la operatoria entre los profesionales de la salud, sino también del uso por parte de los usuarios del Programa.

Por otra parte, la comunicación de contenidos que requieran determinados saberes,, conocimientos científicos y técnicos, puede traducirse como una limitación de recursos para la participación.

"Nación y Provincia debería comunicar y no lo está haciendo" (EB)

*"Ya se sabía que estaba circulando desde hace unos meses atrás pero no se decía"/
"Esta gestión tuvo muchos inconvenientes"/"Presidencia no consultaba con idóneos" /"Se hace comunicación, hay un divorcio entre lo que se informa y la comunidad"(EC)*

4.3.11. Dimensión de la sostenibilidad

Grado alto - Largo plazo:

La única forma de alcanzar una buena calidad de vida, es mediante la generación de conciencia comunitaria, vigilando el cumplimiento de los objetivos trazados por el propio grupo y la continuidad de políticas públicas a lo largo de las diferentes gestiones.

En relación a esta dimensión, Kroeger et al (1992) distingue dos tipos de participación, una a la que denomina como prescripta o prescriptiva y otra, integral. La participación prescripta o prescriptiva, impuesta desde niveles superiores, requiere de la intervención de la comunidad sólo en determinadas actividades, (organización de reuniones, divulgación de información, etc.) sin que exista el poder de decisión. Las experiencias en este modelo indican que la colaboración que ofrece la comunidad es beneficiosa, sin embargo, tiene un carácter efímero, por cuanto las personas convocadas no están integradas totalmente al equipo de salud y realizan acciones previamente direccionadas por otros actores sociales.

Por el contrario, el modelo integral brinda oportunidades para que la población se involucre desde el inicio del proceso en el abordaje de cualquier situación, que de manera conjunta se haya determinado que amerita su tratamiento, asegurándose la sostenibilidad de los procesos.

"Comprendíamos que lo importante es hacer un cambio duradero, generar un modelo de trabajo con impacto" (EA)

"Hay que hacer campaña todo el año" "La necesidad que sea continuo y permanente"(EA)

Grado medio - Mediano plazo:

Recursos insuficientes, una intersectorialidad deficiente y una capacitación de tipo instrumental dan como resultado programas sin continuidad ni resultados en el largo plazo.

"Faltaría hacer un seguimiento de todas esas campañas y ver qué conceptos quedan en las personas" (EC).

Grado bajo - Corto plazo:

Recursos escasos, nivel bajo de intersectorialidad, bajo nivel de capacitación dan como resultado programas sin continuidad ni en resultados ni el tiempo.

" Si bien este gobierno ha mantenido el Programa (Médicos Comunitarios) está en franco retroceso, ya tiene sentencia definitiva de clausura" (EA)

"Van cambiando las gestiones y sigue el mismo problema" (EC)

"Ahora no se si cómo se sostendrá con la reducción de recursos"(EC)

A continuación presentamos la síntesis de la caracterización de las concepciones de participación en función de los resultados de las entrevistas (Cuadro 2):

Cuadro 2: Caracterización multidimensional de la participación comunitaria según la concepción de los entrevistados.

DIMENSIONES DE ANALISIS DE LA PARTICIPACION COMUNITARIA	GRADOS		
	ALTA	MEDIA	BAJA
1- De la extensión	Colectiva Todos los actores sociales	Mixta La comunidad solo a través de sus referentes sociales	Individual Solo aquellos relacionados con el área de salud
	" las comunidades participan a través de sus organizaciones, instituciones, vecinos sueltos" (EA) "Todos los que se sientan convocados por la salud, preocupados por la salud crean un consejo, problematizan situaciones que se dan en el barrio ya sea de seguridad, de participación de adolescentes " (EA)	"Las manzaneras hacían un trabajo de descacharrar junto con el barrio "(EC)	" Hoy por hoy, hay una lógica instalada que cada familia atiende sus cosas, de vaciamiento de espacio colectivo.. "(EA)
2-Etapas de la participación de todos los actores sociales	Diagnóstico/ planificación /ejecucion/monitoreo/ evaluacion	Planificación y ejecución	Ejecución
	" en las mesas de gestión se identificaron focos de criaderos de mosquitos"(E A) "los chicos monitoreaban sus propias casas" (E C)	" ... buscan planificar acciones en conjunto" /" Trabajamos con la comunidad 100% por distintos niveles de alcances y logros" (EA) "	" Traje, implemente, el control de enfermedades zoonóticas "(E B)
3- Económica	Suficientes	Escasos	Insuficientes
	"En 2008/2009 cuando Massa estaba en la intendencia de Tigre y después durante la presidencia de Néstor Kirchner hubo mucho presupuesto para capacitación" (EC)	"Por otra parte, en los equipos técnicos hay mucha movilidad. Por un lado, por el sistema de precarización, por otro, por el sistema de contratación (sueldos bajos o medios), hace a lo cotidiano del desarrollo profesional. "(EA) "Siempre son escasos los recursos " Siempre estas en la trinchera, no das a basto" "En este momento hay una reducción de recursos" (EC)	" Hoy se redistribuyen recursos para otro lado " "Hubo 5 6 meses de inactividad con el cambio de gobierno" (EC)
4- Empoderamiento	Alto	Medio	Bajo
	" Las comunidades participan a través de sus organizaciones, instituciones, de sus vecinos sueltos, consultantes frecuentes.Gereran un vínculo positivo, la sienten propia" (EA) "las unidades sanitarias 18 o 12 tienen apropiados el espacio" (EA)	"Algunas salas tienen una autonomía relativa o importante, y en algunas necesitan que estemos ayudándolas para moderar la Asamblea, (EA) "Toda esa experiencia de trabajo queda para otras cuestiones" Toda esa experiencia queda como capital, suma no lo van a perder. Por más que la nueva gestión en la salud de la Pcia de BsAs haga una vigilancia en 40 cuadras no es significativo para combatir el tema dengue" (EC) "Tratamos de coordinar con los referentes provinciales" "Coordinamos con Municipios y Ciudades Saludables" "No es tan fluido como otra época" " La de Salvador Mazza fue la primera pudimos hacer "(EC) "Hay menos interrelación para trabajar en territorio"(EC)"	"el vecino reclama pero no sabe.." (EB)
5- Capacitación	Conseensuada	Operativa	Unidireccional- impartida desde los centros de conocimiento a la población.
	" ..la division Promocion tuvo mucha injerencia junto con la atención primaria en la elaboración de la cátedra de Medicos Comunitarios.." Se crean 2 figuras consultor y coordinador universitario" (E A) "La capacitación que se da a nivel ludico es mucho mas vivencial...Hay que asociar teoría y practica "(EC)	"Se becaron a 60 personas que capacite. "Las capacitaciones las hemos hecho en los medicos, promotores" "Hay pocos profesionales capacitados en zoonosis"(EB)	" Trabajamos codo a codo enseñándole" (EB)
6- Modelo médico	Medicina social / salud colectiva	Entre el modelo tradicional y el de salud comunitaria "	Tradicional/Hegemónico
	" pase a coordinar un modelo de gestión sanitaria novedoso" / "El modelo CIC es el mas participativo que se creo en la gestión anterior" " Villa Azul implico desde la gestión un desafío importante...es la primera que se llama Unidad de Cuidado Familiar y Comunitario" (EA) "Hay que escuchar a la gente" " A veces queremos normatizar algo, pero las motivaciones son tan variadas y tan distintas..." "Es verdad uno no lo escucha del otro lado" (EC)	" Todavía tenemos necesidad de cambiar la ley de la carrera sanitaria porque está estructurada para otro momento histórico, pone muchos límites a los lugares de jerarquía para los que venimos de las ciencias sociales". (EA)	"Para algunos profesionales no hace falta escuchar a otro que no se preparo, que no estudió" (EA)
Modalidad de participación	AUTOGESTIONADA	COGESTIONADA	COLABORATIVA

(Continúa.....)

DIMENSIONES DE ANALISIS DE LA PARTICIPACION COMUNITARIA	GRADOS		
	ALTA	MEDIA	BAJA
7-Espacios sociales /soportes legales dentro de los que se enmarca la participacion comunitaria	Nuevos Espacios conformados , consolidados y apropiados	Espacios formados pero no consolidados ni apropiado	Sin espacios
	" existen muchos espacios para trabajar con la comunidad" (EB) Existencia y fomento "..algo que avalo el XXX son las Mesas de Gestion Comunitaria" EA "... otro espacio que creamos es el Espacio de Facilitadores del Trabajo Comunitario" EG " " El modelo CIC fue el mas participativo que se creo durante la gestion anterior" (EA) Trabajamos con las manzaneras y los agentes territoriales de Salud" EM " "En las escuelas tambien fue muy bueno" (EC)	" la mesa de gestion es uno mas, existen otros espacios las escuelas y los referentes barriales" "Aca trabajamos mucho con la comunidad" (EB)	"Hoy por hoy el proyecto de mesas de gestión está francamente en retroceso" (EA)
8-Intersectorialidad	Intersectorialidad alta	Intersectorialidad deficiente	Sin entersectorialidad
	" Nacio en una mesa de gestion y paso a ser politica publica municipal, "(EA) "Podimos articular mejor con la Direccion de Epidemiologia""Tenemos que trabajar mucho en los limites (municipio) Hicimos una articulacion muy productiva Nacion, Provincia y municipio" (EC)	"Yo hago las capacitaciones, eso es lo interesante" (EB) "Con fiebre amarilla si estamos articulando con el Programa de Vectores" (EC)	No estamos articulando (EB) "Hoy cuesta articular con el municipio en el territorio" (EC)
9-Equidad. Impacto vinculado con el logro de metas en salud	Políticas de Estado que bajan los niveles de riesgo (obras de agua y saneamiento/urbanizacion/ recoleccion de residuos)	Policas de Estado en diferentes areas llevadas de manera ineficiente	Sin Políticas de Estado o Políticas de ajuste
	" Una buena politica de saneamiento ambiental, una buena provision de agua, una buena inclusion laboral es mucho mas importante que la cantidad de salas" (EA) " Aca gracias a la gestion del Intendente Ferraresi no tenemos esos problemas"(EB)	"Las problemática de la familia es tan dinamica, tan vulnerable, el tema del control de no es prioritario"Ahora tengo llevar a mi hijo al hospital pero no tengo turno" (EC)	"Hoy no es una prioridad la Salud Publica ni la Educacion Publica" "La sensacion que te queda que estas girando en falso, es difícil cambiar la realidades cuando no hay politicas macro para terminar con la pobreza...". "El impacto de las politicas neoliberales y desatencion de lo publico no son inmediatas,3,5 años se van a notar, o antes"(EC)
10- Información, comunicación y difusión	Comunicación generada desde y hacia la misma comunidad, con claridad cobertura y sostenibilidad en el tiempo.	Comunicación realizada desde equipos de prensa centrales	Comunicación escasa, fuera de tiempo , comunitaria o generada desde la administración central
	" La revista Salud y Comunidad difunde actividades de Promocion de la Salud y no de asistencia.." " Algunas salas diseñaron sus propios volantes, eso es la democratizacion de la salud"" El contenido surge del encuentro de facilitadores, trabajadores de la salud, incluso puede escribir gente de la comunidad" (EA)	"Estamos haciendo comunicados de prensa" (EB)	"Nacion y Provincia deberia comunicar y no lo esta haciendo" (EB)" "Ya se sabia que estaba circulando desde hace unos meses atrás pero no se decia" "esta gestion tuvo muchos inconvenientes"Presidencia no consultaba con consultaba con idoneos" "Se hace comunicacion, hay un divorcio entre lo que se informa y la comunidad" (EC)
11- Sostenibilidad	Largo plazo / procedimientos correctos/ generacion de conciencia	Mediano plazo	Corto plazo
	" Comprendiamos que lo importante es hacer un cambio duradero, generar un modelo de trabajo con impacto" (EA)" "Hay que hacer campaña todo el año" EM" La necesidad que sea continuo y permanente " Pudieron sostener las campañas por un cambio en la Ley donde pudieron aplicar un fondo para campañas"(EC)	"Faltaria hacer un seguimiento de todas esas campañas y ver que conceptos quedo en las personas" (EC)	" Si bien este gobierno ha mantenido el Programa (Medicos Comunitarios) está en franco retroceso, ya tiene sentencia definitiva de clausura, EG "Van cambiando las gestiones y sigue el mismo problema" " Ahora no se si como se sostendrá con la reducción de recursos" (EC)
Modalidad de participacion	AUTOGESTIONADA	COGESTIONADA	COLABORATIVA

Fuente: Elaboración propia

*(EA): Entrevistado A; (EB): Entrevistado B; (EC): Entrevistado C

5. DISCUSIÓN

La buena calidad de servicios públicos y la protección social reducen la pobreza y la desigualdad por lo que, la inversión en servicios de salud, educación y protección social permitiría reducir la brecha entre ricos y pobres.

En palabras de Bruntland (2019) la lucha contra la desigualdad sigue siendo uno de los principales retos a los que actualmente se enfrenta la humanidad, y la provisión de servicios públicos universales es una herramienta de probada eficacia para hacerle frente.

Pero en las últimas décadas hemos sido testigo y parte del progresivo deterioro en la salud de una gran parte de la población de nuestro país, como consecuencia, entre otros factores asociados, de un aumento de los niveles de pobreza e indigencia (a raíz de un crecimiento sostenido de la tasa de desempleo) y a la implementación de políticas de promoción y prevención de la salud de manera insuficiente.

La presencia de enfermedades emergentes y reemergentes, algunas de las cuales están además, relacionadas con el deterioro del ambiente como el hantavirus y el dengue, ponen de manifiesto, en otras cosas, esta baja en la calidad de vida de los habitantes.

La atención primaria de la salud, que fuera un eje fundamental de las políticas sanitarias desde las décadas del 70 y 80, se retoma en la primera década del 2000, pero reduciéndose a acciones aisladas y se concentra en algunos programas focalizados como el de Médicos Comunitarios.

Así la participación comunitaria, eje fundamental de la APS, comienza a recorrer un camino de variadas interpretaciones y múltiples concepciones, que traería en la práctica, diferentes niveles o tipos de participación.

5.1. Contornos y límites de las concepciones de participación comunitaria en los gestores en salud

A partir de las entrevistas realizadas a los funcionarios y técnicos de la salud a los fines de este trabajo, se evidenció que en la gestión del municipio de Avellaneda, (coexistían, al momento de la consulta), dos cuadros interpretativos del sistema sanitario: uno crítico del modelo médico hegemónico (MMH) y otro que tendía a reproducir el conocimiento biologicista, por lo que los diferentes gestores, expresaron diferente valoración para los conceptos de la atención primaria de la salud y la participación comunitaria.

Los defensores del primer modelo ideológico- interpretativo, que cuestiona el reduccionismo que naturaliza lo social y reproduce el modelo médico imperante en las acciones de la salud, ahondaron sobre sus determinantes en las dimensiones individuales, grupales y estructurales de la realidad.

Surge en los relatos de este grupo de entrevistados, consideraciones sobre las diferentes necesidades de los vecinos, que superaban ampliamente los problemas vinculados con las enfermedades propiamente dichas, y situaba el problema de la salud, en las condiciones de vida de las personas *“la problemática de la familia es tan vulnerable...la más chiquita tiene fiebre.”*

Por otra parte, los más cercanos al MMH, centrados en el individuo y en la enfermedad, responsabilizaban al “vecino” por el cuidado de su propia salud. No subyace en esta cosmovisión, a pesar de ser mencionados en la entrevista, los determinantes sociales como origen de los procesos de salud-enfermedad.

En este tipo de discurso no se hace mención a las condiciones socioeconómicas de la vida cotidiana, salvo las que se vinculan con costumbres puntuales que “pueden y deben” ser modificadas por las personas de manera inmediata, por lo que la responsabilidad de otros actores sociales, como el Estado, queda equiparada con la del vecino.

El trabajo participativo en salud propone un método dialógico de apropiación y de generación del conocimiento. En tal sentido, aquellos entrevistados más afines a la APS expresaron una perspectiva de la educación para la promoción apoyada en una mirada constructivista del sistema, superando la clásica parcelación escolar del conocimiento.

Para ellos, es fundamental la utilización combinada de elementos variados, provenientes de las distintas disciplinas, donde la conexión entre teoría y práctica y lo lúdico, tiene un lugar protagónico, no sólo a los efectos de ampliar las acciones de salud, sino además, para incorporar la problemática a la realidad del barrio.

Sin embargo, encontramos en los relatos de otro grupo de entrevistados, aquellos que aludían a un trabajo “misional” de *“educar al vecino”*, a los efectos de que se produzca una cierta *“evolución”* en su pensamiento. Inicialmente estaban aquellos vecinos que *“cuando se les hablaba del mosquito, no entendían nada”*, para luego pasar (después de su gestión y trabajo con la comunidad) a *“ahora la gente entiende”*.

Este tipo de capacitación, de tipo operativo, podría llevarnos a repensar la idea de cierto autoritarismo como rasgo definitorio de la práctica profesional propugnada por el modelo

médico hegemónico, que se traslada a otras esferas, particularmente, a la del trabajo con la comunidad.

Las estructuras asimétricas son aquellas según las cuales se organiza la sociedad, en las que se sustentan a la vez, relaciones de dominación-sumisión. Este punto debe ser matizado teniendo en cuenta que las situaciones de dominación generalmente son de tipo dinámicas, es decir, como lo plantea Giddens (1998), las colectividades establecen relaciones dinámicas de dependencia y autonomía logrando ejercer influencia en el control de los sistemas sociales sea cual fuere su situación.

En palabras de Menéndez, toda institución, y no sólo las políticas, generan procesos de poder y micropoder para reproducirse, y en función de dicha hipótesis fueron analizadas especialmente las instituciones familiares, educacionales y médicas (Menéndez, 2006).

Otra de las dimensiones que fue definiendo el modelo de participación comunitaria en nuestro marco teórico está vinculada con los espacios otorgados al trabajo comunitario. En relación a los entrevistados/as que trabajaban en un mismo ámbito de la salud y bajo la misma gestión política, hemos detectado diferentes perspectivas sobre los espacios de trabajo comunitario, tanto en el espacio interno de la propia gestión como en relación con la comunidad.

Existen situaciones de poder diferenciales dentro de las organizaciones y grupos de trabajo, por lo que los sujetos ocupan posiciones de autoridad frente a otros actores muchas veces relacionadas a estrategias. Una de éstas puede evidenciarse en “falta de reconocimiento al trabajo del colega” surgidas en las entrevistas, expresadas en actitudes de “desinterés o tibio reconocimiento por el trabajo realizado por los otros, frustando cualquier intento de una exitosa coordinación intersectorial.

Contrariamente para otros de los entrevistados/as era fundamental el trabajo en equipo, *“Trabajo mucho en la participación, no era sólo yo, si no en grupo”*. En otros eran comunes las expresiones que hacían referencia a una labor ardua *“hice un trabajo de hormiga”* y donde pareciera no haber colegas competentes *“Hay pocos profesionales capacitados en mi área”*.

Esta diferencia se evidenciaba incluso en los espacios físicos laborales. Mientras que los gestores más proclives al trabajo colaborativo, compartían un mismo lugar de trabajo con sus compañeros (oficinas, cocina comedor) el gestor/a inclinado a una gestión solitaria, permaneciendo en una oficina separada, aislada de otros colegas o de su equipo colaborador.

Esta falta de equipos interdisciplinarios que incorporen otras áreas, principalmente del sector social, se evidencian como un obstáculo al intercambio de saberes que favorezcan respuestas más integrales a problemas que escapan al estricto ámbito de la salud.

La coordinación intersectorial no se logra de manera natural y varias son las razones que obstaculizan su logro. Según Sanchez Valdez (2006) en primer lugar, la especialización que existe en los diferentes sectores, ya los especialistas hablan en un lenguaje técnico específico que muchas veces dificulta la comunicación. En segundo lugar, cada sector prioriza programas específicos, lo que constituye una barrera estructural para la cooperación. En tercer lugar, el hecho de que los representantes de cada sector tengan distintas formaciones, hace que perciban los problemas de manera diferente y que la significación de las causas de un problema o de los factores de promoción de salud no sea apreciada totalmente, y en consecuencia, se les reste importancia o no se les preste interés.

Otro de los factores a tener en cuenta es el vinculado a la remuneración salarial. Considerando lo expresado hay que destacar que, no en pocas oportunidades, los entrevistados/as más críticos del MMH, habían denunciado la asignación de escasos recursos a la APS, lo que repercutía sustancialmente en las condiciones de trabajo del conjunto del personal. En los relatos de los profesionales, en especial el que se desempeñaba en ese momento en el ámbito nacional, manifestaba la impotencia y desazón sentida, siendo un problema que escapaba del campo de su propia acción y dependía de políticas más macro *“da la sensación que siempre estás girando en falso”*.

En relación al trabajo estrictamente con la comunidad, aun entre funcionarios/as del mismo nivel de gestión, existía una relativización de la importancia de los espacios creados a tal fin. Para uno de ellos, las *“las mesas de gestión son un espacio más..”*, mientras que para el otro entrevistado/as eran de importancia fundamental para el empoderamiento de la población *“son espacios de diálogo, de construcción, entre los equipos y las comunidades”*. Es ante esta histórica tensión entre quienes propugnan por un modelo más abarcativo y quienes por uno más restringido, que la participación comunitaria en salud aparece asociada a un grupo reducido de actores, agentes promotores de salud que funcionan como articuladores entre el sistema de provisión de servicios médicos y la población. Como señala Menéndez (2006:99) *“... los promotores de salud... constituyen uno de los principales actores a través de los cuales el sector salud y las ONG trataron de impulsar la participación social y la organización comunitaria”*

Pero estos hechos muchas veces no permiten que la población o la mayor parte de ella, participe en la toma de decisiones concertadas en el marco de los programas que se implementan en su propio contexto local, lo que finalmente reduce las posibilidades de que

se garantice la sustentabilidad de las políticas, ya que muchas de ellas no cuentan ni con el apoyo ni con el compromiso de los propios interesados.

Estas relaciones de imposición dentro de las comunidades conllevan a un debilitamiento del empoderamiento de la comunidad; el poder como un elemento de dominación, aniquila posibilidades de intervención en la gestión, control y evaluación de la atención de los servicios de salud.

En relación a la comunicación, interesa resaltar que, a lo largo de la historia, las principales actividades de los centros de salud han sido la atención médica y la organización de actividades preventivas (vacunación, prestaciones de programas), quedando la comunicación reducida, solamente a la entrega de material de difusión (folletos) realizadas desde las oficinas de prensa centrales. Los entrevistados más críticos del MMH y cercanos a la salud colectiva, consideraban, que por el contrario, los contenidos de los materiales didácticos debían confeccionarse de manera colaborativa, a través de una puesta en común de ideas en reuniones en las que no sólo participan los profesionales y trabajadores de la salud, sino también los representantes de organizaciones de la sociedad civil del ámbito local *“ algunas salas diseñaron sus propios volantes, eso es la democratización de la salud”*, mientras que los más alejados de este modelo valoraban el discurso institucional (muchas veces sin asesoramiento científico) elaborados por los equipos de comunicación.

En cuanto medidas concretas de prevención del dengue, los profesionales evidenciaron diferentes posiciones en relación a la descacharrización. Mientras que para uno/a de los entrevistados/as era considerada una acción importante llevada adelante por área de promoción de la salud, para otro/a de los entrevistados, que también compartía responsabilidad en el área de salud a nivel municipal era *“ una utopía”* ya que era imposible realizarla de manera correcta debido a que no existían lugares apropiados para disponer objetos en desuso (por una cuestión de ordenamiento territorial no solo a nivel municipal, sino también provincial) desde recipientes pequeños hasta autos abandonados.

Sin embargo, uno de los pocos o (únicos) puntos de coincidencia entre los/as entrevistados es el referido a la fumigación. La misma fue considerada literalmente como *“humo”* y *“dinero malgastado”*, ya que suele tener una tasa de efectividad muy baja y que sólo se llevaba adelante por reclamo del vecino y que, recién en los últimos tiempos, estaba siendo realizada *“con una mirada más ambiental y con criterio epidemiológico”*.

Se debe considerar una reflexión particular en torno a la cuestión de género, dado que se trata de una dimensión con frecuencia invisibilizada a nivel de las políticas públicas. En las narraciones aparece y de manera muy marcada en varios pasajes de la entrevista realizada

en 2018. En la misma se hace mención especial a los derechos de las mujeres (a raíz de las manifestaciones producidas en 2018 por motivo del tratamiento de la ley a favor de la interrupción legal del embarazo), enfatizando de qué manera el tema de género comienza a ser parte de la agenda pública con expresiones como *“no hay manera de pararlo”*.

Por otra parte, en el relato de este mismo entrevistado (cabe aclarar de sexo masculino) apareció una percepción subjetiva sobre cualidades de conducción y comunicación de las mujeres en relación a los hombres. Destacó en particular, la forma de llevar adelante equipos de trabajo (refiriéndose a la anterior gestión en la Dirección en la cual se desempeñaba, y era conducida por un funcionario de sexo masculino) como *“de una manera más machista, menos comunicativa”* evidenciando una ruptura conceptual acerca del rol tradicional de la mujer y de las tareas que históricamente se le asignaron.

A modo de síntesis, podemos decir que cada uno de los gestores en salud ha puesto el foco de diferente manera en las dimensiones analizadas en la caracterización de la participación comunitaria.

Para uno de ellos, el debilitamiento de la participación fue una de las consecuencias negativas de la descentralización en servicios de salud, tendencia que se venía acentuando en los últimos años. Para el mismo gestor, las reformas estuvieron acompañadas por un avance de la precariedad, un aumento de contratos de fuerte vulnerabilidad laboral y un deterioro de las condiciones de trabajo signadas por la desintegración de los equipos de salud, que configuraron un conjunto de problemas que afectan a la gestión en salud.

Otro de los gestores (tal vez por haber sido consultado/a luego del anuncio de cierre de Ministerios entre el que se encuentra el de Salud y la reforma del Estado en Setiembre de 2018) hizo especial hincapié en las consecuencias del regreso de políticas neoliberales que retiran al Estado de sus responsabilidades en la redistribución de la riqueza y de garantizar sociedades más igualitarias y solidarias.

Sin embargo, en el entrevistado más afín al MMH, no hubo una reflexión sobre la participación comunitaria en particular, y enfatizó que la calidad de atención en los servicios de salud estaría en gran parte asociada, al nivel de capacitación de sus responsables, la cual es de tipo más operativa brindada principalmente a profesionales médicos y no médicos, llegando de esta manera la capacitación a la población con un efecto en cascada.

Podría pensarse que esta participación de tipo restringida tendría como posibles causas la ya mencionada falta de ejercicio por parte de la sociedad de procesos democráticos y el propio MMH que marca una relación asimétrica entre profesionales y usuarios del sistema de salud.

5.2. Modalidades de participación comunitaria en los gestores en salud

Las diferentes concepciones de participación comunitaria subyacente en los discursos de los gestores de salud consultados -muy probablemente dada por concepciones ideológicas y teóricas, formación profesional, compromiso político y experiencias en el ámbito laboral que tienen en su haber- podría entenderse como causa de la existencia de diferentes tipos de participación desarrollada aun en un mismo territorio y a un mismo tiempo.

Retomando la pregunta inicial de nuestro trabajo y a la luz de los resultados obtenidos, entendemos que estas concepciones disímiles no han contribuido a crear y poner en funcionamiento los mecanismos necesarios y suficientes para que la comunidad tenga oportunidades reales de participar en los procesos sanitarios.

Más allá de los matices, se encuentran profesionales que ponen en juego marcos ideológico-valorativos que pueden ser asociados en un extremo, a una **participación autogestionada**, mientras que en el otro, emergen discursos con una conceptualización ligada más bien a la **participación colaborativa** y a prácticas acotadas.

Las concepciones ideológicas de participación de los gestores de salud, en algunos aspectos muy disímiles, han dado como resultado procesos de participación comunitaria de naturaleza heterogénea, identificándose, distintos grados de adhesión, como así también de conflicto, de los profesionales de la salud con las políticas públicas instauradas. Por otra parte, aun concepciones similares en participación, si no son explicitadas inicialmente por los gestores, pueden llevar a procesos infructuosos de participación.

Coincidiendo con Bronfman (1999) sólo si las propuestas hacen explícita su concepción sobre participación comunitaria y el proceso por el cual optaron por un determinado modelo de participación, puede evaluarse la coherencia con lo que realizan en la práctica.

A través de los relatos obtenidos, vemos que el sistema sanitario a nivel municipal ubicó a la participación comunitaria en el eje de la gestión, evidenciando mayormente acciones encuadradas en un modelo de participación de tipo colaborativo, pasando algunos momentos por una participación cogestionada para alcanzar, en contadas experiencias, participaciones más amplias o autogestionadas (Ver Cuadro 2).

La matriz propuesta permitiría evidenciar las complejidades de la participación, las contradicciones y heterogeneidades así como la preponderancia de algunas concepciones por sobre otras, aparentemente dadas por el cargo ocupado, la formación y experiencia profesional, como así también por su trayectoria en el campo político y el contexto coyuntural, entre otros aspectos de las personas entrevistadas.

Es claro que ésta es una propuesta metodológica inicial para analizar y entender las concepciones de participación en un programa concreto con actores específicos, por lo que los resultados obtenidos mediante la aplicación de esta matriz pueden variar por la aplicación en otros programas concernientes a temas sanitarios, o de otros ámbitos (como el de la educación o el trabajo), o conforme al enfoque de los actores (promotores, referentes barriales o beneficiarios, por ejemplo).

Una cuestión destacada que si bien no sido foco de nuestro trabajo, merece una mención especial, es la atinente al alto porcentaje de mujeres trabajando como promotoras en la atención primaria de la salud. Las mismas, no sólo padecen la precariedad de los puestos en este nivel de atención, sino que también, en muchos casos la sobrecarga de poseer más de un empleo fuera de sus hogares, sumado al trabajo doméstico –no remunerado–.

6. CONCLUSIONES

El ejercicio analítico realizado con el material empírico, apoyado en la revisión bibliográfica, nos ha permitido destacar las particularidades que el concepto de participación comunitaria ha tenido a lo largo de estas décadas, identificando rupturas, tensiones y/o coincidencias con el ideal de participación autogestionada, considerada en el presente trabajo como el nivel más alto de participación.

Desde la Conferencia de Alma Ata, se hizo cada vez más fuerte la idea de que el progreso en el campo de la salud no era sólo el resultado de avances biomédicos y tecnológicos sino que la participación de la comunidad en las políticas sanitarias tendría un peso sustantivo.

Sin embargo, al momento, contamos con pocas experiencias y/o escasa información sobre las acciones llevadas adelante en relación a la participación de la población en la toma de decisiones vinculadas al diseño, ejecución y evaluación de las políticas de salud y de los servicios de atención médica.

A lo largo del presente trabajo hemos vislumbrado que la falta de participación es la resultante de una crisis económica y social que empieza a gestarse en los 90 que impactó también en el sistema sanitario, subiendo como consecuencia, los indicadores de morbi-mortalidad en el país y en la región.

Pero la postergación de acciones participativas en el sector de la salud no sólo obedecen a la crisis explicitada, sino a una falta en el ejercicio de la participación entendida ésta como acciones de deliberación, concertación y toma de decisiones en el desarrollo de las políticas

públicas por gran parte de la ciudadanía. A pesar de la existencia de espacios que aseguran el reconocimiento del derecho a la intervención en temas de interés local (como los Centro de Integración Comunitaria –CICs- y las mesas de gestión comunitaria), las actitudes y comportamientos de aquellos que detentan el poder, generan procesos participativos no inclusivos, marcados por la acotada información y capacitación que recibe la comunidad, dando como resultado una falta de incentivo para el empoderamiento.

Más allá del recorrido histórico y conceptual de la participación comunitaria, el presente trabajo nos ha permitido desarrollar una matriz metodológica, que luego se convertiría en un insumo fundamental para nuevos hallazgos en la práctica cotidiana. Por lo que, un primer producto, teórico y práctico en esta tesina, es la construcción de una matriz valorativa que nos permite explicitar las características de los procesos participativos, ya sea en programas en salud o de otros ámbitos, facilitando la operacionalización de conceptos complejos como los de participación autogestionada, cogestionada o colaborativa.

Por otra parte, la construcción de la misma, nos ha llevado a la comprensión de la complejidad del concepto, y conducido naturalmente a la apertura del mismo en dimensiones (se podría avanzar en la identificación de indicadores para cada una de las mismas). Por lo que, una conclusión importante de este trabajo refiere a la asunción de la multidimensionalidad del concepto de participación comunitaria.

Además, la matriz de observación y análisis ha servido para caracterizar las contradicciones y heterogeneidades sobre las diferentes concepciones de la misma. Sin embargo, una de las posibles interpretaciones de los resultados de este trabajo, es que en realidad no existe una única concepción de participación, sino que hay diferentes, que aunque no estén explicitadas, se presentan en el discurso de los planificadores.

A pesar de estas variaciones, el esquema propuesto nos ha permitido identificar a primera vista que existe una inclinación por cada uno de los entrevistados hacia alguno de los tipos de concepción de participación propuestos (el entrevistado/a A se encuentra mucho más cercano a la participación de tipo autogestionada que el entrevistado/a B, por ejemplo) Se podría avanzar en la investigación tratando de conocer las razones de esta variabilidad, más allá de las identificadas por nosotros (concepciones ideológicas y teóricas, formación profesional, compromiso político y experiencias en el ámbito laboral que tienen en su haber).

Asimismo, volviendo a la pregunta central del presente trabajo, arribamos a la conclusión que, a nivel local, la participación comunitaria, aunque se sitúe en la centralidad de la

planificación como participación autogestionada, se desplaza hacia una participación colaborativa a medida que los programas alcanzan cierto grado de ejecución, siendo claro que el desarrollo de estos programas en contextos institucionales, sociales y económicos inestables, quedan supeditados a los ajustes permanentes, determinando el tipo de participación comunitaria que se puede alcanzar.

Sin embargo, los hallazgos de esta investigación pueden incluso no repetirse en otros municipios de Buenos Aires o provincias del país pues cada localidad tendrá sus particularidades, por lo que entendemos no sería apropiado elaborar programas nacionales generalizables a un país o región.

Finalmente, y a pesar que las diferentes concepciones sobre participación dificulten la implementación de acciones que den lugar a formas de participación más abarcadoras o de tipo autogestionada, está pendiente el desafío de promover actividades con mayores grados de involucramiento por parte de la comunidad, posibilitando el desarrollo de renovadas experiencias, no sólo en el ámbito de la salud, sino en otras áreas como la educación y el trabajo, imprescindibles para alcanzar una mejor y más deseable calidad de vida.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUILAR IDÁNEZ, Maria José (2001) Participación comunitaria, mito o realidad? (España) Díaz de Santos.
- ALESSANDRO Laura (2002) Municipios saludables: Una opción de política pública. Avances de un proceso en Argentina. Representación OMS/ OPS. Argentina.
- ALONSO Enrique Luis (1998). "La mirada cualitativa en Sociología" Capítulo 2 Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa 1-23.
- ASE I. La Descentralización de Servicios de Salud en Córdoba (Argentina): Entre la Confianza Democrática y el Desencanto Neoliberal. Salud Colectiva. 2006;2 (2):199-218.
- BASILE GONZÁLEZ, et al. (2016). Documento Técnico de Evaluación Epidemia de Dengue 2016 (República Argentina)
- BRIGGS, Charles L. (2005) Critical perspectives on health and communicative hegemony: progressive possibilities, lethal connections. University of California. San Diego.
- BRONFMAN Mario et al (1999) Community Participation: Need, Excuse, or Strategy? What are We Talking About When We Refer to Community Participation? Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 10 (1): 111-12.
- BRUNDTLAND, Gro Harlem (2019) ¿Bienestar público o Beneficio privado?.Oxfam GB.
- CARVALHO, ResendeSérgio(2008) Promoción de la salud. "empowerment" y educación V5 V4 n3 sep-dic 2008
- CASTIEL, Luis (2007) La Salud persecutoria Rev.Saúde Pública 2007;41 (3):461-6
- CEREREZNIA, Dina (2008) Promoción de la salud: conceptos, reflexiones, tendencias. Buenos Aires. Editorial Lugar- 54-59.
- COHEN Ernesto, MARTINEZ Manual Formulación, Evaluación y Monitorio de Proyectos Sociales. División de desarrollo social, CEPAL. 2004
- DI LEO, Pablo, (2009) La promoción de la salud como política de subjetividad: constitución, límites y potencialidades para su institucionalización en las escuelas. Salud Colectiva 5 (3)377-389
- FASSIN, Didier (2000) Les enjeux politiques de la santé, études anglaises, équatoriennes et françaises, Kartala, Paris.
- GIDDENS, Anthony.1998 (1984). La constitución de la Sociedad. Bases para la teoría de la estructuración. Amorrortu editores. Buenos Aires

- KROEGER A et al (1992). Atención Primaria de Salud. Principios y métodos .Segunda Edición. Editorial Pax México, Librería Carlos Césarman, S.A.México, 1992. Pág. 80
- LIBORIO M, Tomisani AM, Moyano CB, Salazar et al (2004). Estrategias de prevención de Dengue-Rosario,Argentina.Rev.BrasEpidemiolVo7:311-327.
- MENÉNDEZ Eduardo (2005) El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores, Lugar Editorial
- MENÉNDEZ, Eduardo (2006) Participación Social en salud las representaciones y las prácticas En: Participación Social, ¿Para qué?, Lugar Editorial.
- Ministerio de Salud de la Nación, (2016) Boletín Integrado de Vigilancia | N° 336 – SE 46 - 2016 | Página 9-12. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/boletines/Boletin-Integrado-De-Vigilancia-N336-SE46.pdf>
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación- Dirección de Municipios y Comunidades Saludables. Disponible en <http://www.msal.gob.ar/municipios/index.php/informacion-para-municipios/municipios-miembros.html>
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2007) Equipo del Programa de Capacitación de “Promotores Comunitarios en Salud “
- MERLISNKY, G. (2006, Diciembre). La entrevista como forma de conocimiento y como texto negociado: notas para una pedagogía de la investigación. Revista Cinta de Moebio: Revista Electrónica de Epistemología de Ciencias Sociales, 27, 27-33. Recuperado de http://dialnet.unirioja.es/servlet/listaarticulos?tipo_busqueda=EJEMPLAR&revista_busqueda=2197&clave_busqueda=157274
- Organización Mundial de la Salud (1978). Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Ginebra Almá-Atá, URSS, 6-12 de Septiembre de 1978. Serie Salud para Todos, No. 1.
- Organización Mundial de la Salud, (1986) Carta de Ottawa; Ottawa; 1986
- Organización Panamericana de la Salud (1990). Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Evaluación para el planeamiento de programas de educación para la salud. OPS serie PATEX n° 18.
- Organización Mundial de la Salud (1997). Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI., Jakarta, República de Indonesia.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) (2007). La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

- Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud (2003). Atención Primaria de Salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de los 25 años y los retos futuros. 44 Consejo directivo, 55 Sesión del Comité Regional. Washington, D.C., EUA; Septiembre.
- PAGNAMENTO, Licia (2011) "Trabajo y género: entre la subordinación y la promesa de la democratización. El caso de los promotores de salud del municipio de La Plata. El proceso de trabajo de los Promotores comunitarios de salud: mujeres atendiendo mujeres.
- PATTON Michael Quinn (1980) Qualitative Evaluation Methods, Sage Publications, Inc P 206
- PHILLIPS Nelson, Hardy Cynthia (2002). Discourse Analysis. Investigating Processes of Social Construction. California: Sage Publications
- Plan Federal de Salud (2004) Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007- Presidencia de la Nación- Ministerio de Salud de la Nación- Consejo Federal de la Salud
- Programa Médicos Comunitarios (2004) Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/150251/texact.htm>
- Programa Promotores Comunitarios <http://www.msal.gob.ar/index.php/component/content/article/46-ministerio/521-programa-promocion-comunitaria>
- REYES ALVAREZ Iliana et al. (1996) Metodología para la caracterización de la participación comunitaria en salud. Revista Cubana de Salud Pública. Facultad de Salud Pública V 22. N1. Ciudad de la Habana Enero-Junio 1996
- RIFKIN S. Paradigms lost: Toward a new understanding of community participation in health programmes. Acta Tropica 1996;61:79-92
- SANABRIA RAMOS, Griselda (2004) Participación social en el campo de la salud, Revista Cubana de Salud Pública v 30 N 3 Ciudad de la Habana. Julio – Setiembre 2004
- SÁNCHEZ VALDÉS Lizet (2006) Procesos y resultados de la prevención comunitaria del dengue. Instituto de Medicina Tropical Pedro Kouri. Subdivisión de Vigilancia Epidemiológica. La Habana, Cuba.
- SCHWEIGMANN, Nicolás, Rizzotti Andrea, Castiglia Gabriela, et al, (2009). Información, conocimiento y percepción sobre el riesgo de contraer el dengue en Argentina: dos experiencias de intervención para generar estrategias locales de control. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25 Sup 1: S137-S148.
- SCHUMIS Gabriel, Pinto Días Joao (2000) La reforma del sector salud, descentralización, prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16(Sup. 2):117-123, 2000.

-UGALDE A, Homedes N. La descentralización de los servicios de salud: de la teoría a la práctica. Salud Colectiva.2008;4(1):31-56.

-TOBAR, F Breve historia del sistema argentino de salud” En: Garay,O (Coordinador) “Responsabilidad Profesional de los Médicos .Ética, Bioética y Jurídica. Civil y Penal”. Buenos Aires. La Editorial La Ley. 2012

-UNICEF. Community Participation. New York, 1985

-VILALLVA, A (2006) Importancia de los Silos en los Sistemas Nacionales de Salud

AGRADECIMIENTOS

A la UNDAV y a sus profesores que posibilitaron a que muchos estudiantes como yo pudieran concretar un nuevo sueño...

A todas las profesionales que de alguna manera hicieron su aporte a la presente investigación...

A mi directora y co-director de tesina por la asesoría y por el apoyo brindado a lo largo de este proceso...

Y a los seres queridos que están y muy especialmente a quienes, aun no estando presentes, siempre confiaron en mí y en mi voluntad de poder finalizar el presente trabajo y este ciclo en mi vida....

ANEXO I. Guía de entrevista dirigida a profesionales de la salud

- 1) ¿Cómo han sido las políticas sanitarias referidas a la prevención de enfermedades vectoriales a lo largo de todos estos años?
- 2) ¿Cómo definiría su trabajo en el área en que se desempeña?
- 3) ¿Cómo son pensadas las actividades de salud con la comunidad desde su área? Existen diferentes áreas trabajando sobre las mismas problemáticas? ¿Existen diferentes miradas? Existe la posibilidad de la implementación del trabajo de manera intersectorial? ¿y en los distintos niveles?
- 4) ¿Cuál es/ fue su experiencia de trabajo en el municipio? Que características tiene/ tenía en ese momento esa comunidad? Como era la presencia de las políticas públicas en general y de salud en particular en el municipio?
- 5) ¿Cuál fue la experiencia de actividades de prevención del dengue (las charlas las salas de espera, actividades en mesas de gestión, etc)?
- 6) Cuáles fueron los logros de la aplicación de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud para la prevención del dengue según su experiencia? ¿Y las deficiencias ?
- 7) ¿Existían mecanismos de intervención comunitaria? ¿Cuáles? ¿Cómo funcionaban? ¿Qué características tenían?
- 8) El último brote importante de dengue se dio en junio de 2016 ¿cómo encontró a la comunidad en ese momento? Se habían implementado campañas durante el verano y en el periodo previo? ¿En relación a las mismas, como fueron pensadas? ¿Cómo se planifican? Como se da el proceso?
- 9) ¿Desde qué momento se da la participación de la comunidad? ¿Ha mostrado interés? ¿Siempre?
- 10) ¿Nota cambios a lo largo del tiempo? De la comunidad? Del personal de salud? ¿Y de los funcionarios? Cuales a su criterio han sido más significativos?
- 11) ¿Qué opinión tiene sobre las campañas de difusión/ comunicación masivas?
- 12) Por último, están trabajando en estos momentos en acciones concretas para la prevención del dengue? ¿Cuáles (descacharrización- tratamiento del agua acumulada, material didáctico etc.etc.)? ¿Cómo cree será la incidencia de la enfermedad durante los próximos meses, próximo verano?