

Participación Ciudadana en Salud en el MERCOSUR Ampliado 2006-2008

Convenio de Donación N° 103-569-001
Informe Narrativo Final

Resumen realizado por
el Dr. Antonio Ismael Lapalma,
Coordinador Regional
de la Investigación.

1. Introducción

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

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

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

La contraparte gubernamental estuvo representada por el Ministerio de Salud de Argentina; el Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia; el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay y el Ministerio de Salud Pública de Uruguay. El presente informe presenta los antecedentes de la investigación; las características del estudio; los aspectos metodológicos; los principales resultados obtenidos a la fecha, en virtud de los cuales se esbozan algunas recomendaciones y propuesta de continuidad.

2. Antecedentes del Proyecto

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

Los participantes de los talleres reconocieron la diversidad de los modelos y estrategias participativas, así como de los paradigmas conceptuales en los que se asientan, señalando que en la mayoría de los países de la Región comparten su vigencia, modelos que valoran la participación en sí misma para la vida en democracia y la construcción de ciudadanía, con otros que la consideran una herramienta para la gestión o para incrementar la satisfacción de los usuarios con los programas o servicios.

Por otra parte, se visualizó un vacío de información sistematizada

que permitiera clasificar y analizar los procesos participativos y sus influencias recíprocas sobre el sentido y la orientación de las reformas sanitarias producidas y pendientes.

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

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

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

3. Características de la propuesta y metodología

3.1 Objetivos de la investigación

Objetivo General

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

Objetivos específicos

- 1 Identificar y caracterizar los factores que favorecen la participación ciudadana en salud a través de la selección y análisis de un conjunto de experiencias nacionales de participación en salud
- 2 Analizar y caracterizar los procesos participativos seleccionados y sus efectos en a) la gestión de las políticas públicas en salud, en particular en el acceso, equidad y calidad de la atención, y b) la sostenibilidad de los programas.
- 3 Analizar las valoraciones y percepciones de los diversos actores sociales y políticos en relación con las experiencias de participación ciudadana en salud.
- 4 Articular el desarrollo de una metodología de evaluación continua en cada país, y a partir de ello fomentar un sistema permanente de observación y análisis que contribuya a la creación de un espacio común de intercambio y promoción de la participación ciudadana en salud en la región. Se espera de este modo

Integrantes de la Investigación

Argentina:

Instituto Universitario ISALUD

- Coordinación Regional: Dr. Antonio Lapalma
- Investigador Principal: Dr. Carlos Anigstein
- Responsable financiera: Lic. Mariana Rodríguez
- Gestión Comunicacional: Lic. Viviana Barilá
- Coordinación País: Lic. Roberto Canay
- Investigadora: Lic. Ernestina Rosendo
- Investigador: Lic. Emilio Cabello

Bolivia:

Universidad Mayor de San Simón de Cochabamba.

- Coordinación País: Dr. Henry Solíz
- Investigadora: Lic. Giomar Higuera
- Investigador: Dr. Adolfo Ventura

Uruguay:

Facultad de Psicología de la Universidad de la República

- Coordinación País: Lic. Susana Rudolf
- Investigadora: Lic. María José Bagnato
- Investigadora: Lic. Ana Carina Rodríguez
- Investigador: Dr. Carlos Güida

Paraguay:

Fundación Salud y Vida

- Coordinación País: Carmen González Martinetti
- Investigadora: Lic. Diana Rodríguez
- Investigador: Lic. José Britos

contribuir al desarrollo de un Observatorio de Participación Ciudadana en Salud en el MERCOSUR.

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

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

3.2 Instrumentos metodológicos

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

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

3.3 Dimensiones de análisis

En la primera etapa se desarrollaron actividades de ajuste del marco conceptual y se definieron diez dimensiones de análisis que a conti-

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

1 Valor y propósito:

Valor simbólico de la participación para los distintos actores relevantes, los alcances y las implicancias de la participación. El para qué de la Participación Ciudadana en Salud. ¿Para qué tipo de procesos y de toma de decisiones es convocada?

2 Viabilidad:

Condiciones del contexto global – local, de los actores involucrados y de los procesos desencadenados, para construir viabilidad a los procesos participativos. Obstáculos y facilitadores de dichos procesos.

3 Representatividad de los actores:

Criterios de atribución de representatividad de los actores. Legitimidad de criterios y atribuciones.

4 Capacidad de los actores:

Capacidades que se ponen en juego para discutir y proponer alternativas genuinas que representen los intereses de la ciudadanía. Asimetrías, cooperación, cooptación, transferencia y distribución de saberes y poder en los procesos participativos en salud.

5 Vínculo entre actores:

Reconocimiento del conflicto, de la puja y tensión entre intereses contrapuestos. Distribución de poder real y simbólico. Asimetrías en un contexto de producción de relaciones de colaboración y/o cooperación y/o de asociación.

Tabla 1
Instrumentos metodológicos y actores.

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

6 Niveles de intensidad:

Oportunidad o instancias del proceso en las que se involucra a los interesados

7 Modalidades operativas:

Modo en que las estructuras o espacios operativos son coherentes / pertinentes con el sentido y propósitos de la participación. Modalidades que mejor se adaptan o conducen a la profundización de dichos procesos.

8 Efectos transformadores:

Transformaciones posibles y esperables de los procesos participativos: Cuáles son los factores que contribuyen. Cuáles son los factores que obstaculizan.

9 Democratización:

Capacidad de las prácticas participativas de difundir, transmitir e instalar espacios de democratización, y de influir e incidir en la orientación y toma de decisiones sobre las políticas de salud.

10 Sustentabilidad:

Condiciones favorables y desfavorables para la construcción de un marco de sustentabilidad de las experiencias participativas. Condiciones necesarias y suficientes para que un proceso apueste a la sustentabilidad en el tiempo.

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

3.5 Criterios de elegibilidad

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

a) Diseño

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

b) Amplitud

El componente de participación del programa descrito debe contar con amplitud razonable. Debe contemplar los tipos de

Cuadro 1
Unidades de análisis seleccionadas por país

	ARGENTINA	BOLIVIA	PARAGUAY	URUGUAY
UNIDADES DE ANÁLISIS	- Lucha contra los RH Sida y ETS	- La Gestión Municipal en Salud y la Participación Ciudadana	- Comunidades Indígenas	- APS en Tacuarembó
	- Remediar	- Mesas de Diálogo y Participación Ciudadana en Salud	- Consejos Locales de Salud	- Policlínicas Comunitarias
	- Salud en Movimiento	- Procesos de Capacitación en Salud y Participación Ciudadana	- Farmacias Sociales	- Comisiones de Salud
	- Salud Sexual y Procreación Responsable	- Sindicatos Agrarios y Participación Ciudadana en el PAI	- Juntas de Saneamiento	- Programa APEX-Cerro (U. de la R.)
	- Salud de los Pueblos Originarios	- Participación Comunitaria en el Programa de Nutrición. Cochabamba	- Municipios Saludables	- Red Nacional de Trabajadores Comunitarios
	- Red Nacional de Municipios y Comunidades Saludables	- Experiencias de Municipios que impulsan Procesos de Gestión en Salud. Manzaneras de El Alto	- Programa Nacional contra el Tabaquismo	- Movimiento Nacional de Usuarios de Salud
			- Promotores de Salud de la Pastoral Social	

Tabla 2
Cantidad de entrevistas y grupos focales realizados por país

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

participación en cada uno de los niveles de gestión, la cantidad y calidad de los actores, modalidades de participación y las modalidades de gestión. Esta descripción debe constar en los documentos programáticos y manuales.

c) Estrategias de comunicación

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

d) Tiempo en ejecución

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

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

e) Legitimación político-técnica

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

4. Trabajo de Campo

4.1 Etapa cualitativa

Se utilizaron dos instrumentos:

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

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

Las entrevistas en profundidad y los grupos focales fueron realiza-

dos y coordinados por integrantes de los equipos de investigadores de cada país, a excepción de Argentina, en donde estas tareas fueron contratadas con una empresa especializada.

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

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

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

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

4.2 Etapa cuantitativa

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

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

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

El cuestionario de la encuesta se organizó en tres partes:

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

A partir de la información obtenida de los grupos focales, se generaron una serie de conceptos, algunos de ellos valorativos, con la idea de tratar de ver en que medida esos conceptos eran compartidos por los encuestados. De este modo se confeccionaron dos grillas, una con 15 conceptos que se consideraron podían informar respecto de su importancia, y, otra con 24 conceptos respecto de los cuales los encuestados informarían su acuerdo.

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

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

En Argentina, como no se pudo disponer del listado de beneficiarios del Programa Remediar² debido a una cláusula de confidencialidad, se utilizó a los Centros de Atención Primaria de la Salud - CAPS como medio para seleccionar a los encuestados.

Se ordenaron separadamente los CAPS de la Ciudad de Buenos Aires y del conurbano (GBA)³ de acuerdo a la cantidad de recetas

elaboradas durante el último año. De esos listados ordenados se seleccionaron sistemáticamente, con dos arranques aleatorios, 20 CAPS de la Ciudad de Buenos Aires y 40 CAPS del GBA.

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabla 3
Cantidad de encuestas realizadas por país

Instrumento	Argentina	Bolivia	Paraguay	Uruguay
Encuesta	300	402 ¹	387	402

¹ Este número corresponde a las encuestas realizadas exclusivamente a beneficiarios, ya que en este país también se realizaron encuestas que involucraron actores diferentes a los beneficiarios.

² Programa destinado a fortalecer la red de centros de atención primaria de la salud (CAPS); provee gratuitamente de medicamentos a los consultantes de esos centros distribuidos principalmente en las áreas de menores recursos.

³ GBA: Gran Buenos Aires. Primer cinturón / Provincia de Buenos Aires.

En los tres casos se seleccionó mediante procedimientos aleatorios una fracción de muestreo de aproximadamente de 1 en 3 tanto entre mujeres como varones. En general la encuesta se realizó en los centros de atención, en los días y horas de mayor afluencia, sin embargo en algunos casos, se concurrió a los domicilios de los usuarios registrados seleccionando una muestra al azar de domicilios. En el caso de la experiencia de Tacuarembó el tamaño de la muestra se repartió equitativamente entre beneficiarios urbanos, suburbanos y rurales, mientras que en el caso del Programa APEX se aplicó el mismo criterio.

5. Resultados generales

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

5.1 Aspectos cualitativos

A continuación se presenta un resumen de los resultados cualitativos obtenidos de la aplicación de los grupos focales y entrevistas; y que expresan las principales conclusiones por dimensiones de análisis.

Valor y Propósito de la participación

No existe una definición unívoca en torno a la percepción y valoración de la participación ciudadana en salud (PCS). Estas definiciones dependen del actor social consultado; su rol en la organización y en la sociedad. Por otra parte aparecen estrechamente relacionadas con los niveles macro, meso y micro, donde estos actores llevan adelante prácticas y experiencias participativas; influenciados por las condiciones históricas, políticas, sociales y culturales donde estos procesos se desarrollan.

Vinculado con ello, los conceptos de participación social o ciudadana, son utilizados por los consultados como equivalentes. A los fines del presente estudio se ha trabajado con una definición de participación ciudadana (PC) que la identifica como "...intervención de los individuos en actividades públicas, en tanto portadores de intereses sociales, e implica dos dimensiones: a) medio de socialización de la política; y b) forma de ampliar el campo de lo público hacia esferas de la sociedad civil y por lo tanto fortalecerla, en-

tendiendo que corresponde al Estado intentar inducir la participación, creando condiciones para su ejercicio..."⁴

En general la población refiere a la PCS en relación a los aspectos básicos de acceso a la salud y atención médica en el daño más que a la prevención; siendo en todos los casos el hospital o el centro de salud los espacios convocantes: Argentina (73%); Bolivia (65%), Paraguay (66%) y Uruguay (76%), quedando muchas veces las acciones participativas en charlas, capacitaciones, campañas de vacunación, búsqueda de información.

El estudio revela que la PCS para los funcionarios de los cuatro países se menciona como un derecho de la población. Esta visión es compartida por los promotores de salud, en especial aquellos que se orientan a la militancia social.

En Argentina, la PCS es identificada por los funcionarios como: 1) procesos de "control" (distribución de medicamentos), 2) la aprobación de las actividades de los programas; 3) la "consulta" para la toma de decisiones; y 4) la participación como acceso a los programas.

En Bolivia los funcionarios visualizan a la participación como una instancia de intermediación y de representatividad para resolver y mejorar problemas de salud. Conciben a la PCS como la organización de la comunidad en función de sus necesidades -como demanda-, y destacan que a través de la consulta generada por las Mesas de Diálogos en Salud y los Directorios Locales de Salud (DLOS), se ha facilitado que estos puedan comprender las necesidades reales de la población. Sin embargo aunque en estas estructuras participan Organizaciones de Bases, en los Comités de Vigilancia han expresado que se les presentaban propuestas generadas por el sector para su aprobación. A ello se suma que la población no posee un adecuado conocimiento de estas modalidades organizativas de participación.

A diferencia de otros países, en Paraguay la participación tiene una fuerte impronta relacionada con la descentralización iniciada desde el nivel local, pero con escaso apoyo a nivel central. El estudio en este caso destaca que la valoración de los procesos participativos es consecuencia de la orfandad de las acciones del sector salud, del aislamiento geográfico y en algunos casos la marginalidad política. La identificación de las experiencias exitosas en el campo de la PCS ha influenciado a los decisores políticos.

En Uruguay, en pleno proceso de discusión sobre el modelo de atención en salud, la participación surge como una línea estratégica de fortalecimiento de la ciudadanía, generada desde el Estado. Al igual que los niveles de decisión, los equipos técnicos vinculan la participación con la promoción de la salud, y aparece asociada a procesos de colaboración, a procesos metodológicos y a dimensiones éticas e ideológicas.

⁴ Nuria Cunill, (1991) Participación Ciudadana. Ed. Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo. Caracas, Venezuela.

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

En estos actores se percibe una diversidad de percepciones y motivaciones acerca de los procesos participativos vinculados con: 1) militancia política y cambio social, 2) autoestima, 3) motivaciones personales (ayuda al otro, solidaridad, experiencias vitales); 4) ejercicio de ciudadanía, acceso a la capacitación. En el caso de Argentina y Paraguay en algunos casos la participación significa además una expectativa de conseguir algún puesto de trabajo. En Uruguay la PCS es mencionada como una suerte de “profesionalización” legitimada por agentes externos como lo es el gobierno, las Organizaciones no gubernamentales y la población; y como consecuencia de la valorización de las actividades de capacitación a la que asisten.

Viabilidad de los procesos participativos

Se sustenta en el valor de la democracia en estas sociedades, en la decisión política de implementarlos y en una estructura jurídica que los garantice.

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

En Bolivia está en vigencia la Ley de Participación popular Nro. 1551/94 y la Ley del Diálogo 2000; en Paraguay la Ley nro. 1.032/96 y en Uruguay la Ley ASSE/ 2007. En Argentina se menciona al Consejo Federal de Salud - COFESA como espacio de concertación de las políticas de salud, como expresión de un régimen federal. En todos los casos existen planes estratégicos con menciones de los procesos participativos en salud.

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

Esta información relevada con los instrumentos cualitativos, son corroborado por los resultados de la encuesta - Análisis de Atributos de importancia y Acuerdos. Cuadros nro 9 y 10. – Capitulo 6 La intromisión político partidaria y los procesos de manipulación son dos obstáculos mencionados por los participantes de la investigación. Asimismo, se refieren con mayor frecuencia también a la

escasez de recursos; la falta de tiempo; las experiencias frustrantes; el temor a la sanción social: las actitudes de los profesionales de la salud; la falta de formación y habilidades para trabajar en procesos participativos; la ineficacia de los servicios; los tiempos en la obtención de resultados; la fragmentación del sistema de salud y la complejidad del trabajo intersectorial; y el desconocimiento de los derechos ciudadanos por parte de la población.

En Argentina se identifican el temor a la cesión de poder, los conflictos políticos o el miedo a las demandas de la comunidad como los obstáculos más frecuentes.

En Bolivia el idioma, la presencia de expertos con actitudes de superioridad, la discriminación, la mentalidad dependiente, son señaladas como barreras a la participación. En el caso de las promotoras se incorporan el temor a hablar en público y a los esposos, debiendo realizar sus tareas cuando estos están ausentes.

Representatividad de los actores

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

En este sentido, se evidencian diversas formas organizativas de la Sociedad Civil y Gubernamentales que se integran en procesos de control de actividades, en espacios de consultas para la toma de decisiones, planificación, seguimiento y colaboración tales como: Iglesias, Cruz Roja, Cáritas, Comisiones asesoras Intersectoriales, Sindicatos, Red de Municipios, Consejos consultivos.

El estudio rescata la presencia de liderazgos naturales democráticos que por su trayectoria generan confianza y credibilidad.

Capacidad de los actores

Las capacidades de los diversos actores para influir en los procesos participativos, surgen de dos fuentes: 1) la experiencia como sujeto en el marco del aprendizaje social y en la trayectoria histórica de cada uno de los países estudiados; y 2) la capacitación formal e informal que se manifiesta como elemento privilegiado en los resultados de la investigación. Los promotores de salud, agentes comunitarios, trabajadores comunitarios, son representativos de este segundo aspecto, quienes han recibido formación para desempeñarse como colaboradores del sistema de salud.

En el mismo sentido, existen dos orientaciones sobre la capacitación dada a la comunidad: a) una se dirige a la necesidad de transferir herramientas a la comunidad (capacidad de negociación, resolución de conflictos, liderazgo democrático, análisis de la reali-

dad, toma de decisiones), y b) a fortalecerla en el ejercicio de la ciudadanía.

En el caso de la población originaria, sus capacidades se expresan a través de estructuras organizativas que son específicas de su cultura (cacicazgo, clanes familiares, chaman), con modalidades de consulta comunitaria. La relación con el sistema de salud es formal buscando su incorporación y acceso al sistema y mediada por promotores de salud pertenecientes a su comunidad.

El vínculo entre los actores

En este punto la información recabada rebela que las relaciones de poder y el valor de la democracia, ponen en evidencia un campo de conflictividad. Se mencionan como principales fuentes de conflicto el perfil de los profesionales del sistema de salud, el poder del conocimiento, las barreras comunicacionales, el manejo de la información y las diferencias culturales.

La complejidad del sistema de salud, con niveles jurisdiccionales (nacional, provincial, departamental, local) dificulta los procesos de toma de decisiones, entendidas como distribución del poder. Los consultados concuerdan que es en nivel local el ámbito en el cual se facilitan u obstaculizan los procesos participativos. Aquí es donde surgen las demandas, donde se ejercen mecanismos de control en torno a la participación, vulnerando la construcción de ciudadanía. El caudillismo y el “punterismo político” son señalados, como otra de las fuentes de conflictividad, en los vínculos.

Los vínculos positivos aparecen asociados a las relaciones de confianza que establecen los promotores en el seno de la comunidad; la existencia de procedimientos de convocatoria transparentes; las experiencias positivas que generan un clima de confianza y autoestima; y también la generación de espacios que facilitan procesos de participación.

Modalidades Operativas

Las unidades de análisis investigadas ponen de manifiesto formas organizativas complejas y específicas, legitimadas en cada país por un marco legal e institucional orientado a garantizar los fines de las mismas.

En Argentina en el año 2002, en el marco de la Emergencia Sanitaria, a nivel nacional se crean los Consejos Consultivos, con la presencia de una diversidad de actores representativos del sistema de salud, cuyo propósito es generar un espacio de discusión y consenso, asegurar la efectividad de las políticas en salud y establecer un espacio de consulta e incidencia. A nivel provincial y municipal se definen instancias similares.

En el caso de la Estrategia de Municipios Saludables, la modalidad decisoria se expresa a través de una mesa Ejecutiva. En el Programa Remediar se establece un Consejo Asesor Intersectorial (CAI). En este último caso, a nivel local, otro determinante significativo es

el espacio de la “política” homologado a una práctica discrecional que impacta en el funcionamiento de los Consejos Consultivos del Programa.

En el caso de Bolivia la participación ha sido promovida desde el Estado mediante la sanción y reglamentación de la LEY 1515; en algunos casos mediante acciones de fortalecimiento de actividades asistenciales (voluntarios de salud), como así también con mecanismos para la toma de decisiones (Ley del Diálogo o del Seguro Universal Materno Infantil (S.U.M.I)).

En Uruguay la experiencia macro del Movimiento Nacional de Usuarios es reciente y recoge la experiencia previa de sus dirigentes en otras organizaciones. En él se encuentran integrantes de Consejos Vecinales⁵, ediles locales, integrantes de Comisiones de Salud y redes barriales que reúnen distintos tipos de organizaciones (policlínicas, Comisiones Vecinales), abordando la problemática de la salud desde una perspectiva más amplia. Son las policlínicas los establecimientos donde participan los agentes sanitarios y promotores de salud. En este espacio se encuentran una diversidad de expresiones participativas, que van desde el acceso a la salud, la cooperación esporádica en acciones puntuales (recaudaciones benéficas), otras de carácter permanente (cobranza, reparto de volantes, tareas de mantenimiento), actividades en la Gestión (comisión electoral, comisión administradora, comisión

Niveles de intensidad

El grado de compromiso relacionado con la intensidad e involucramiento en los procesos de PCS varía según la unidad de análisis estudiada, las relaciones de poder que se establecen entre actores, la situación particular del país y sus múltiples formas organizativas que sostienen tales procesos.

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

En Argentina, los responsables de programas identifican a la participación en el acceso a la información, la consulta y la toma de decisiones, pero condicionada a la voluntad de las autoridades políticas. En esta dirección, el Monitoreo Social es implementado en dos Programas como modo de cogestión entre el Estado y las ONG's. En uno de los casos es una propuesta del propio Programa (Remediar) y el otro nace de una propuesta de un conjunto de OSC (CONDERS⁶) en el Programa de Salud Sexual y Reproductiva. Por su parte, el programa Salud en Movimiento asocia el compro-

⁵ Organismos de Gobierno Local que forman parte de la descentralización del gobierno departamental

⁶ Consorcio Nacional de Monitoreo Derechos Reproductivos y Sexuales.

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

Efectos Transformadores

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

Por otro lado a nivel de la comunidad, la población se moviliza en búsqueda de información, y a nivel del sistema de salud en el ámbito local los procesos participativos mejoran la identificación de beneficiarios y la agilización de campañas de salud.

Respecto al tema de influencia, en Bolivia los aspectos más sobresalientes se relacionan con el aumento de la cobertura de salud (acceso) y la valorización de las transformaciones personales (autoestima, conocimientos), a partir de los procesos de aprendizaje colectivo. La experiencia de las Mesas de Dialogo en Salud ha impactado en la relación entre población y sistema de salud, generando el reconocimiento de los curadores tradicionales.

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

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

Democratización

Existe una opinión generalizada sobre las ventajas de la participación en los procesos democráticos. Se mencionan el surgimiento de Leyes, Ordenanzas y dispositivos organizacionales e instrumentos metodológicos que pueden garantizarla, siendo el espacio de mayor impacto el ámbito local.

En todos los casos, se hace referencia a la importancia que adquiere el “poder político” para generar espacios que aporten a la

participación. En este sentido, en todos los países se señala la influencia histórica de los procesos dictatoriales, que en muchos casos frenaron o impidieron el desarrollo de experiencias participativas, condición ésta que hace de la participación ciudadana en salud un proceso incipiente.

Sustentabilidad

La sustentabilidad de los procesos de PCS se origina en una multiplicidad de factores tales como: 1) la decisión política de generar espacios de participación, asociados a dar respuestas a las necesidades sentidas de la población, 2) la existencia de organizaciones con experiencia sostenida en el tiempo, y 3) marcos legales y reglamentaciones que regulen los procesos organizacionales asociados a la participación.

Desde la perspectiva técnica, aparece asociada a la posibilidad de contar con dispositivos de intervención para promover la participación, la flexibilidad para operar cambios y la evaluación de los procesos participativos.

Los promotores/as señalan que el compromiso, la confianza y el sentimiento de pertenencia son condiciones para la sustentabilidad.

5.2 Los aspectos cuantitativos

A continuación se presenta una síntesis de los resultados obtenidos de la aplicación de la encuesta.

Tomando las variables sociodemográficas de la población encuestada se observa que el promedio de edad es cercano a los 40 años. En general los programas y experiencias estudiados tienen entre sus beneficiarios población de bajos recursos que no alcanza niveles de indigencia. Se caracteriza también por estar compuesta en su mayoría por personas del sexo femenino; prevalencia que puede ser explicada el lugar que ocupan en la recolección de información, en el hogar y en los servicios de salud.

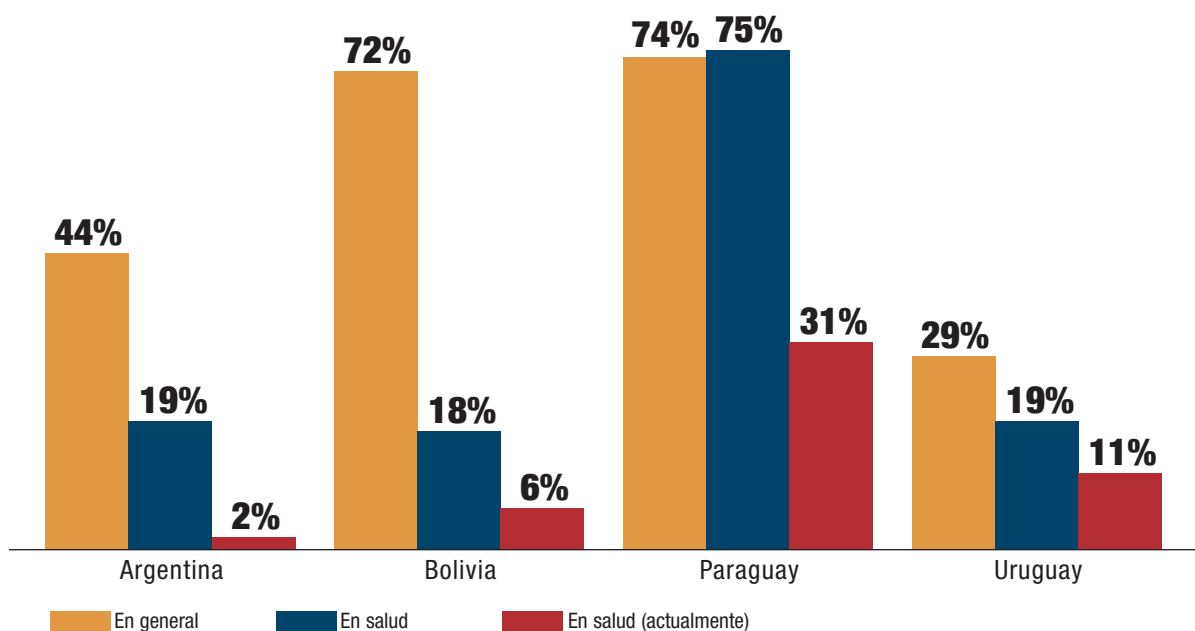
Por su parte, el principal sostén del hogar encuestado económicamente activo alcanza porcentajes superiores al 75%.

En relación a la consulta sobre la percepción que tienen los encuestados sobre la participación en general, esta es superior a la participación en salud. Sin embargo, frente a la consulta sobre participación en salud en la actualidad, ésta disminuye sustancialmente, ver gráfico 1.

El Hospital y el Centro de Salud son los espacios de pertenencia donde se realizan mayoritariamente las actividades de participación con un porcentaje superior a 65%.

En cuanto a las modalidades de participación en salud las primeras menciones significativas son: 45% utiliza los servicios de salud (Argentina); el 69 % colabora en actividades de salud (Bolivia); 23 % realiza actividades de apoyo y enlace (Paraguay) y asistencia reuniones en Uruguay (48%).

Gráfico 1
Percepciones sobre participación



Las principales motivaciones de la participación en salud en Argentina se vinculan con la búsqueda de información (32%), en Bolivia relacionada con problemas de salud (36%), responsabilidad, solidaridad en Paraguay (23 %) y tema de contaminación ambiental (28%). En relación a las tareas que la población realiza en el marco de los Programas y Experiencias estudiadas un porcentaje superior al 70% en Argentina y Bolivia aparece asociada a recibir prestaciones de servicio o beneficios directos. En Paraguay y Uruguay las actividades están vinculadas a solicitar y recibir información con un 52% y 80% respectivamente.

En cuanto a los beneficios percibidos por participar en salud la protección los propios derechos y del grupo familiar más cercano, tienen el siguiente porcentaje: Argentina (78%); Bolivia (98%) y Paraguay el 55%. En el caso de Uruguay el 70% responde en relación a recibir información y capacitarse.

Los obstáculos se relacionan con la falta de insumos y recursos para llevar adelante las actividades son expresados por los encuestados de Argentina 22%; Paraguay 52%, Uruguay el 74 %. Complementariamente a este ítem le corresponde el más alto promedio a los encuestados en los atributos de importancia que hacen viable la participación: un presupuesto adecuado, que haya recursos. En Bolivia el 73% manifiesta que el obstáculo se relaciona con la falta de planificación.

La opinión de los encuestados en relación a valorización de importancia sobre la participación ciudadana en salud identifican dos aspectos:

- Existencia un presupuesto adecuado, y de recursos
- Que los beneficios de la participación sean iguales para todos.

Con respecto a los atributos de acuerdo sobre la participación ciudadana en salud las respuestas de los consultados expresan que:

- La participación ciudadana en salud debe tener como finalidad que no se discrimen a nadie en el barrio – que se atienda a linchera, indígenas, extranjeros, a todos aquel que lo necesite.
- La gente debe reclamar y luchar por sus derechos, hacerse cargo de tener un acceso digno a la salud.

Del análisis de los atributos de importancia y acuerdo más significativos de los cuatro países, puede inferirse que los encuestados expresan la siguiente conclusión:

Existe un acuerdo generalizado que la participación ciudadana en Salud se relaciona con la democracia, donde la gente debe reclamar y luchar por sus derechos de un acceso digno a la salud y con servicios de buena calidad, evitando las posibles discriminaciones. Para ello se requiere la gestión de un Estado que participe activamente, comprometido y orientado a la resolución de problemas concretos; que facilite información sobre los programas; que cuente con un presupuesto y recursos adecuados, con rendición pública de ingresos y gastos; y que los beneficios por la participación sea para todos por igual.

Estos procesos deben ser garantizados mediante leyes que lo faciliten, generando y/o formalizando múltiples espacios de consulta y discusión.

Estas condiciones requieren de funcionarios con capacidad y conocimientos de los programas; de líderes representativos, con capacidad de gestión y manejo de conflicto entre vecinos; y es altamente valorada la experiencia previa de los vecinos en procesos de participación.

6. Logro de objetivos

A continuación se sintetizan los aspectos más sobresalientes de la investigación relacionados con los Objetivos de la Investigación:

Objetivo General

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

- Se ha logrado un corpus de conocimientos que puede ser utilizado por decisores políticos, administradores, técnicos y líderes dado que pone a disposición información sobre 25 Programas y/o Experiencias que incorporan la participación ciudadana en salud como uno de sus componentes.
- Se ha identificado un conjunto de marcos jurídicos en cada uno de los países que inducen procesos de participación ciudadana favorecidos desde el Estado.
- Se han verificado procesos de incidencia ciudadana, a través de organizaciones de la sociedad que representan esfuerzos coordinados para apoyar, influir y cambiar positivamente políticas públicas en Salud.
- La democracia aparece como valor central y requisito para la participación, y su sustentabilidad requiere de: 1) recursos económicos y humanos; 2) atributos de los actores y los vínculos (cooperación, liderazgos representativos, capacidad de resolver conflictos); 3) sentimientos de pertenencia, apoyo; y 4) decisión política para implementarlos.

Objetivo específico 1:

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

- Los factores más significativos que favorecen la participación ciudadana en salud evidenciados en la investigación son los siguientes: Existencia de marcos jurídicos; Asignación de recursos que acompañen a procesos de descentralización; Decisión política para implementar la planificación, implementación y evaluación de los procesos de participación; La existencia de necesidades y problemas reconocidos por la población; Celeridad en las respuestas en la resolución de tales situaciones. En el ámbito comunitario (nivel micro) es relevante contar con una población informada; con experiencias significativas de participación a nivel local; y la existencia de organizaciones representativas con trayectoria consolidada a través del tiempo.
- En el nivel local se reconoce que son las autoridades locales quienes tienen el poder de abrir o obturar los procesos de participación.

- Los obstáculos más recurrentes se vinculan con: La intencionalidad política o de manipulación (explícita o implícita) con la cual se generan los procesos de participación; La carencia de cultura de participación y desconocimiento de los derechos por parte de la población; Recursos humanos poco capacitados para la implementación de procesos participativos; La falta de tiempo; Asimismo, la complejidad organizativa del sistema de salud, la persistencia del denominado “Modelo Médico Hegemónico”, dificulta pensar y valorizar la participación en términos que superen las meras formas asistenciales.

Objetivos específico 2:

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

- La participación ciudadana constituye en sí misma una forma de relación que habilita la distribución de poder en la toma de decisiones que conciernen a los intereses de la ciudadanía. En este marco, no sólo el acceso a la información y la consulta resultan las vías más propicias para la participación; por su parte, la incidencia en las agendas y políticas públicas, son importantes en la formulación y reformulación de los marcos legislativos de interés y prácticas tendientes a la inclusión y a la equidad⁷, tal como se observa en la información relacionada con Objetivo General de la Investigación.
- Sin embargo, el análisis de los discursos de los actores nos conduce hacia dos orientaciones diferentes, que delimitan un margen amplio entre las aspiraciones colectivas de la incidencia en las políticas públicas y la participación efectiva. Por una parte, en el nivel discursivo, este tipo de participación está presente en decisores, funcionarios y técnicos que forman parte de los programas y experiencias, pero no lo está en el de la propia comunidad; excepto la referencia a la transparencia de las cuentas públicas. En segundo lugar, en el nivel de las prácticas encontramos que si bien la toma de decisiones; la distribución de poder; y el control ciudadano entre otros componentes de la participación están presentes en el discurso de los miembros de los programas y experiencias estudiadas, prácticamente no tiene correlato con el nivel de las prácticas poblacionales; ésta se orienta de manera prioritaria —o excluyente— en su derecho a solicitar y recibir beneficios y servicios, con excepción de Uruguay.
- La participación en salud aparece con valores más bajos que la participación en general. Esta información debe ser interpretada a la luz de: 1) la naturaleza multidimensional del fenómeno (PCS); 2) las implicaciones relacionales valorativas y de poder de los actores (decisores políticos, administradores, grupos de interés, prestadores de servicios y usuarios).

⁷ Manual de participación e incidencia para Organizaciones de la Sociedad Civil. Foro del Sector Social, Buenos Aires, 2004.

- La investigación reconoce la existencia de una diversidad de contextos históricos que alientan o retardan los procesos participativos, por lo cual no deben considerarse modelos de participación rígidos y universales.
- La sustentabilidad de los procesos de participación en Programas y Experiencias se relaciona con la posibilidad de visualizar resultados concretos por parte de la población; la asignación de recursos y presupuestos adecuados; el compromiso del Estado; y la transparencia en la rendición los ingresos y fondo públicos.
- La existencia de leyes, la información sobre herramientas de incidencia pública y reglamentos a nivel de las organizaciones comunitarias, como la honestidad de los representantes, son atributos que hacen sustentable los procesos de participación en salud.
- La participación adquiere importancia en tanto posibilidad de reclamar y luchar por los derechos y de acceso a la salud para todos los ciudadano por igual, y se asocia con el valor de la democracia.

Objetivo Específico 3:

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

- La investigación revela una diversidad de valoraciones y percepciones respecto a la participación, de acuerdo a los roles, grupos de pertenencia y motivaciones para participar de los actores involucrados. Las condiciones históricas, políticas, sociales de cada uno de los países influyen en tales percepciones.
- Los decisores políticos y funcionarios expresan la importancia como derecho ciudadano, como instancias de control, consulta y en algunos casos como instancias de decisión. Sin embargo a esta percepción se le acompaña el temor a la cesión de poder o el surgimiento de conflictos.
- Para la población en general la participación está asociada a experiencias comunitarias y la motivación a participar se vincula con la necesidad de respuestas concretas a las demandas de salud. El voluntariado adquiere una significativa autovaloración colectiva.
- En los técnicos la participación es un valor en si mismo, y se relacionada con facilitar procesos que reivindiquen derechos ciudadanos y generen apoyo técnico. Señalan a los decisores del nivel local, como los que facilitan o no los procesos participativos
- Las valoraciones provenientes de los promotores y agentes de sanitarios de salud se asientan sobre principios de conductas proactivas (voluntarios), el altruismo, la militancia política o social. La capacitación o la formación surge como una motivación importante para participar, dado que constituye una suerte de “profesionalización del rol” con fuerte legitimación externa.
- Dentro de las motivaciones del voluntariado se destaca actitudes personales vinculadas con situaciones o crisis vitales; jubi-

lación, viudez, enfermedad crónica (propia o de alguien cercano) que motorizan el “ayudar al otro”

Objetivo Específico 4:

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

- La investigación a contribuido a generar una serie de instrumentos para elegibilidad de Programas y Experiencias que incorporan en su diseño una perspectiva participativa.
- Asimismo a desarrollado un conjunto de 10 dimensiones de análisis de los procesos participativos, que fueron trabajados y consensuados colectivamente entre los investigadores de los cuatro países. Esto ha permitido identificar las variables a investigar, la elaboración de preguntas para incorporara en los instrumentos de recolección de datos: Guía de Entrevistas semi-estructuradas; Guión para los grupos focales y Encuesta.
- Se ha realizó una búsqueda bibliográfica y se generó una base de datos con la información más significativa sobre participación en salud y APS.
- Todos los materiales elaborados han sido enviados a las autoridades del Observatorio Regional sobre de Participación Ciudadana en Salud. Asimismo las guías de recolección de datos fueron enviadas a equipos técnicos de Chile y Brasil dependientes de sus respectivas áreas de salud.
- Una copia del informe final y sus anexos serán enviados a la autoridades de dicho organismo regional.
- La investigación ha permitido identificar una serie de indicadores sobre participación ciudadana en salud, tomando como referencia la información obtenida en cada una de las dimensiones propuestas en el Presente trabajo.
- El Observatorio Regional sobre Participación Ciudadana en Salud, es un instrumento en construcción, por lo cual la información de la investigación, que es relevante por el grado de sistematización, debería ser incorporado al debate de la relación entre el Estado, el ámbito académico y la Sociedad, y los procesos de participación en el campo de la salud.

7. Recomendaciones

Introducir en el diseño de las políticas, en los planes y programas procesos evaluativos de los efectos de la participación ciudadana en salud, que permitan contrastar los resultados esperados con los logrados, por ser ésta, un aspecto a priori tan valorado conceptual y políticamente.

Jerarquizar la inclusión de interrelaciones entre los decisores políticos y los resultados de la investigación en general; y en particular en Uruguay dada la reforma en Salud que quiere implementarse. En este caso la transformación del Sistema de Salud contempla la incorporación de los usuarios en instancias de planificación y dirección generando las condiciones ideales de seguimiento, para lo cual puede construirse una línea de base a partir del aporte de elementos iniciales que brinda esta investigación.

Contemplar la formación conceptual y técnica (grado y postgrado) de los recursos humanos en salud para poder trabajar en ámbitos diferentes de los definidos en el modelo clásico (consultorio-hospital), incorporando herramientas para la facilitación de procesos de participación, como así también cambios actitudinales en los recursos técnicos para poder trabajar en participación comunitaria y ciudadana en salud desde una posición interdisciplinaria.

Proponer a las Universidades la modificación de planes de estudios creando "Programas Integrales" (enseñanza-investigación-extensión) sobre el eje de la salud comunitaria, incorporando aportes de la antropología (conceptual y técnicamente), de la psicología comunitaria y de la psicología política.

Utilizar la Red de Municipios y Comunidades Saludables (por el impacto a nivel territorial) para la divulgación sistemática (difusión y disseminación) de las Herramientas de Incidencia Pública (Iniciativa Popular, Audiencia Pública, Derecho de Interés público, Presupuesto participativo, Elaboración participativa de normas, Consejos Consultivos, Revocatoria de mandato, carta compromiso, entre otras), teniendo en cuenta la Legislación de cada país.

Implementar concurso de Proyectos de Participación Ciudadana en Salud, similar al concurso del Programa Remediar (Argentina), que permita la divulgación de experiencias que quedan en el anonimato del espacio local.

Incorporar en futuros estudios un abordaje de género que permita profundizar el análisis, dada la constatación que arroja el presente estudio sobre la participación mayoritaria de la mujer en los procesos de participación ciudadana en salud.

Indagar y profundizar sobre la participación en salud de los pueblos originarios, incorporando la de la interculturalidad y los efectos de la medicina tradicional.

Profundizar los resultados de la investigación mediante Estudios de Casos, centrados en el primer nivel de atención, considerando que en este nivel se registra la influencia de los profesionales de la salud, como así también del poder político. En estos estudios deberían implementarse una metodología basada en la investigación acción participativa, incorporando a actores de las organizaciones sociales

Efectuar un mayor desarrollo, puesta a prueba y validación de los indicadores propuestos, en el marco de la diversidad de experiencias, riqueza de marcos normativos y procesos históricos vigentes. Esta propuesta debe considerar los aspectos vinculados a la intersectorialidad en salud.

Publicar un libro con los resultados de la investigación focalizando en la capacidad de distribución del mismo para garantizar la difusión y disseminación de los resultados.

Buenos Aires, Mayo de 2008