

El derecho a la participación en salud - Indicadores para su monitoreo. Aportes de la Epidemiología Comunitaria

Mariana Butinof*

Palabras clave

participación, Indicadores, experiencias comunitarias.

Resumen

El documento presenta una reflexión acerca de algunos conceptos centrales en torno a la participación social en salud, así como el análisis de algunos indicadores de salud y derechos en la participación desarrollados en la ciudad de Córdoba (Argentina). Los objetivos a alcanzar fueron el de generar una línea de base a partir de la cual monitorear el progreso en materia de derecho a la salud y la participación individual y colectiva como expresión del mismo, en diferentes ámbitos de la salud pública. Se visibilizaron experiencias de participación comunitaria en salud (relevamiento) como expresión del derecho de experiencias de salud comunitaria. Se utilizaron como fuentes de información las reflexiones mantenidas a lo largo de las muchas instancias de encuentro del Seminario de Epidemiología Comunitaria durante los años 2008 a 2011,

y el relevamiento de experiencias de salud comunitaria, iniciado en 2009, se eligieron experiencias vinculadas con la salud, una comunidad y alguna forma de participación. Se recuperaron algunos aprendizajes e interrogantes planteados a partir de esta experiencia de acercamiento a las prácticas participativas de las organizaciones/comunidades en materia de derecho a la salud y la participación como ejercicio de ciudadanía en salud, se evidenció que muchas de las experiencias plantearon temas y actividades que representan avances importantes en materia de goce de los derechos humanos y prácticas de ciudadanía, ello permitió visualizar que hay una agenda de temas emergentes que están siendo señalados y abordados desde los espacios territoriales y marcan un camino a seguir a quienes tienen la responsabilidad de la etapa siguiente. Finalmente se propone que para un siguiente informe de monitoreo, se incorporen otras metodologías que permitan indagar acerca de las vivencias y definiciones de la participación entre los diferentes actores, para captar los diferentes sentidos que le otorgan quienes impulsan la participación que en definitiva permite el avance de la agenda en materia de salud pública.

Introducción

El reconocimiento de la participación social en salud, como dimensión central del derecho a la salud y a la democratización de los sistemas de salud, ha sido ampliamente

reconocido e impulsado de una u otra manera en el desarrollo de los sistemas de salud en América Latina hace ya varias décadas. No podemos decir que sea un concepto nuevo. Sin embargo, su implementación en la práctica ha tenido una variedad de propósitos y alcances, acordes con la evolución de las políticas de los Sistemas de Salud a nivel de los Estados y en el continente en general. Proponemos a continuación compartir una reflexión acerca de algunos conceptos centrales en torno a esta temática, así como el análisis, en un marco de diálogo de algunos indicadores de salud-derechos-participación desarrollados en la ciudad de Córdoba (Argentina), en el marco de un proceso de trabajo y encuentro entre el Seminario Permanente de Epidemiología Comunitaria, el Observatorio de Prácticas en Derechos Humanos de la Secretaría de Extensión Universitaria - Universidad Nacional de Córdoba (SEU-UNC) y las muchas organizaciones y personas que han estado participando a lo largo de estos años en el Seminario.

Esta propuesta de trabajo conjunto con quienes intervienen en espacios de la vida cotidiana permite avanzar hacia un objetivo de "evitabilidad" de la violación de los derechos humanos, en este caso, en materia de salud; es decir, pasar del concepto de descripción al concepto de hacerse cargo de lo que se ve para buscar soluciones que muchas veces deben ser tomadas con la comunidad y no solamente desde el exterior de ella. Establecer el grado de evitabilidad es imprescindible para generar medidas de control y seguimiento, "pues si no

* Coordinadora del Programa Instituciones Sociales y Salud de la Secretaría de Extensión Universitaria y miembro del Observatorio de Prácticas en Derechos Humanos. Universidad Nacional de Córdoba. Memorias Primer Simposio Internacional de Participación Social en Salud. Superintendencia Nacional de Salud-Ciudad de Cali, 2 de diciembre de 2011. Este trabajo fue posible gracias a la tarea conjunta desarrollada entre el Observatorio de Prácticas en Derechos Humanos de la Universidad Nacional de Córdoba y el Seminario Permanente de Epidemiología Comunitaria. Han participado en la redacción del mismo las Licenciadas Juliana Huergo y Ana Lía Machado.

se establecen grados de diferencias de significación en las relaciones que se producen entre los conceptos y los casos empíricos no se puede conocer el deterioro y la violación de los derechos¹.

> Indicadores estructurales, que “reflejan la ratificación y adopción de instrumentos legales y la existencia de mecanismos institucionales básicos considerados necesarios para facilitar la realización de un derecho humano”.

El Seminario Permanente de Epidemiología Comunitaria postuló, en el año 2008, la necesidad de “crear junto con las comunidades, mecanismos participativos de **visibilización de derechos vulnerados** en salud, y construir indicadores integrados de salud y derechos”, en vista a que estos mecanismos de visibilización de derechos, necesidades, comunidades, personas, voces, permitiera avanzar en la consolidación de una red de experiencias investigativas en salud comunitaria en la Provincia. Se propuso que la Universidad debía facilitar su tecnología al fin de construir de manera conjunta nuevas herramientas con las comunidades, aportando a través de la práctica de producción de conocimiento a la adquisición de autonomía. El diálogo con el Observatorio pretende favorecer el alcance de este propósito, proporcionando elementos de discusión, elaboración y monitoreo de indicadores que reflejen la interacción entre ámbitos académicos, instituciones de salud y de la sociedad civil, y escenarios

de vida cotidiana, produciendo recomendaciones y acciones concretas en materia de prácticas participativas vinculadas con derechos humanos; propósito que sin duda tiene un fuerte carácter de desafío a la creatividad.

Los objetivos a alcanzar fueron:

- Visibilizar experiencias de participación comunitaria en salud como expresión del derecho a la salud en la provincia de Córdoba.
- Generar una línea de base a partir de la cual monitorear el progreso en materia de derecho a la salud –participación individual y colectiva como expresión del mismo– en diferentes ámbitos de la salud pública cordobesa.

Precisiones conceptuales

La satisfacción del derecho a la salud –y como hemos visto a la participación– en el derecho internacional de los derechos humanos se propone en referencia al desarrollo de un sistema de salud que garantice el acceso a la Atención Primaria de la Salud (APS) tal como ha sido for-

mulada en Alma Ata en 1978, desde la perspectiva de la progresividad del derecho (el sistema debe avanzar progresivamente en la ampliación de la cobertura para toda la población en todas sus dimensiones). La conferencia de Alma Ata incorpora así el reconocimiento del derecho a la salud y la responsabilidad de la sociedad para garantizar los cuidados de salud (Almeida Filho y Paim, 1999). Se busca, de ese modo, incorporar los avances técnicos de la medicina y de la salud pública a costos compatibles, con la expectativa de que para ello sería suficiente definir políticas, estrategias, prioridades y modelos de atención, gestión y organización de servicios capaces de alcanzar las metas de SPT-2000 (WHO, 1995). Sin embargo, será necesario retomar este tema más adelante dadas las implicancias que tuvo y tiene, considerando las diversas formas en que la APS ha sido interpretada y desarrollada en el sistema de salud a lo largo de estas últimas décadas, alejándose grandemente de la propuesta original de Alma Ata y adquiriendo un carácter reduccionista y focalizado, tal como ha ocurrido en Argentina y en Córdoba.



1 Tognoni, G. (2011). Entrevista realizada en el Observatorio de Prácticas en Derechos Humanos. Mayo. <http://observatoriodepracticassenddh.seu.unc.edu.ar/>

El observatorio de prácticas en derechos humanos y el desafío planteado junto al Seminario Permanente de Epidemiología Comunitaria

La garantía formal de un derecho no significa por sí mismo que las personas destinatarias de este derecho acceden efectivamente a su disfrute. Las personas más vulnerables a la violación de sus derechos son aquellas que tienen la mayor dificultad para hacer notar esta violación. La relación entre los ciudadanos, los grupos de ciudadanos organizados y el Estado es central a los fines de hacer efectivo el ejercicio de los derechos humanos. Sin embargo, el reconocimiento del marco jurídico vigente fija el piso a partir del cual los ciudadanos/as pueden exigir al Estado el cumplimiento de este derecho; es por esto que resulta fundamental difundir y facilitar en un marco de discusión social la interpretación amplia de los derechos de los cuales el Estado es garante.

Las personas más vulnerables a la violación de sus derechos son aquellas que tienen la mayor dificultad para hacer notar esta violación.

Tal como lo hemos planteado, entre las funciones del observatorio, se plantea la de "monitorear" el estado de la situación en torno a la problemática planteada y su evolución; para ello es necesario construir –junto con otros/as– **indicadores** que constituyen un "puente" entre el discurso de los derechos humanos y su desarrollo, permitiendo dar visibilidad a lo que está pasando en la vida de las personas y comunidades como primera etapa de la restitución de los derechos.



Tradicionalmente un indicador ha sido definido como una medida, en general construida, relevada y analizada por técnicos, que se utiliza para describir una situación, medir avances o cambios en el tiempo, entre regiones, entre grupos de población, etc. Puede ser un índice, cifras, también hechos, opiniones y percepciones de personas y de comunidades.

Se ha dicho en numerosas ocasiones que los indicadores numéricos o "cuantitativos" (citamos como ejemplo los niveles de desnutrición en una población; estos informan de las privaciones que su-

fre tanta gente en la satisfacción de sus necesidades básicas), deben ser complementados junto a otros "cualitativos", que contribuyan a poner en contexto la información estadística y brinden elementos de análisis a quien "supervisa" el logro en materia de derechos.

Sin embargo, estando el desarrollo de los indicadores centrado solo en un pensamiento de "técnicos", se corre el riesgo de que la descripción no conduzca a la acción, que no represente a quienes describe, ni sus necesidades o preocupaciones centrales, que esté expresado en un lenguaje que no permite la participa-



ción democrática en su análisis, y en la implementación de medidas que sean a la vez oportunas y útiles a revertir las causas de los problemas/situaciones que se han descrito. Así, el lenguaje de la comunicación/participación —en tanto posibilidad de tomar la palabra para hacerse visible— se torna un aspecto central en la construcción de conocimientos sobre los derechos humanos y su avance, así como en la democratización de las prácticas en salud.

¿Qué tipo de indicadores?

El Observatorio se ha adherido a una propuesta que permite analizar determinadas políticas desde la perspectiva de la progresividad del derecho, es decir, monitorear el avance en materia de derechos considerando y siguiendo la propuesta

2 El punto de partida de esta metodología es la clasificación de indicadores propuesta originalmente por Paul Hunt, el primer relator especial de Naciones Unidas sobre el derecho a la salud, desarrollada luego por el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, así como por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en su propuesta para la elaboración de los informes periódicos sobre el Protocolo de San Salvador. Estos marcos clasifican los indicadores en tres tipos: de resultados, de proceso y de estructura.

de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2006)².

- Indicadores **estructurales**, que “reflejan la ratificación y adopción de instrumentos legales y la existencia de mecanismos institucionales básicos considerados necesarios para facilitar la realización de un derecho humano”; indagan sobre la existencia o inexistencia de las medidas de que dispone el Estado para implementar los derechos. Además de reconocer las normas que existen y su contenido, informan de la operatividad o no de las mismas. El articulado antes mencionado en la Constitución Nacional y provincial sirve para ilustrar este tipo de indicador, pero como dijimos, una vez reconocida su existencia, es necesario analizar en qué medida estas disposiciones son operativas.
- Indicadores de **proceso**, que buscan medir los diversos tipos de esfuerzos que el Estado lleva a cabo en tanto responsable principal de los derechos (la calidad y magnitud de los esfuerzos del Estado para imple-

mentar los derechos), a través de la medición de su alcance, cobertura y el contenido de las estrategias, planes, programas, políticas u otras actividades encaminadas al logro de metas que corresponden a la realización de este derecho. Estos ayudan a vigilar directamente la aplicación de las políticas públicas en términos de realización progresiva de derechos. Cuantificar el alcance de los logros ayuda a tener conocimiento de los avances.

> Tradicionalmente un indicador ha sido definido como una medida, en general construida, relevada y analizada por técnicos, que se utiliza para describir una situación, medir avances o cambios en el tiempo.

- Indicadores de **resultado**, buscan medir el impacto real de las acciones, estrategias, programas que implementa el Estado. Miden el grado en que una población goza de un

derecho específico (nivel de efectividad de un derecho).

¿Con qué datos?

En vista a pensar la construcción y la información que brindan los indicadores –lo que se puede aprender de ellos–, la Epidemiología Comunitaria plantea algunas advertencias:

- Respecto de los **datos**: a) el objetivo de la recolección de datos no puede ser un objetivo en sí: datos para definir prioridades de acción, datos para el monitoreo de las actividades/goce del disfrute de la salud, datos para evaluar la eficacia de las actividades de salud, datos para vigilar y poder intervenir frente a una situación de emergencia, datos para averiguar las causas de un problema y poder buscar soluciones adecuadas; b) estos datos no pueden ser simplemente preestandarizados, deben ser sencillos, coherentes con las capacidades presentes, son más del tipo cuantitativo-cualitativo que de síntesis-abstracción.
 - Respecto de los **resultados**: desde esta perspectiva, no son traducibles en la mayoría de los casos en tablas-figuras “definitivas”, o con poder estadístico. En una lógica de acompañar a las comunidades, los resultados son “reconocidos” si sirven para que la comunidad pueda ubicarse y reconocerse³:
- a) En su geografía, frente a su cotidianidad de riesgos y de historias;

3 A diferencia del tipo de resultados que produce la epidemiología general que son “reconocidos” si se traducen en medidas cuantitativas, en probabilidades de riesgo, en estimaciones de significatividad...

- b) En cada momento de un camino del cual es importante mantener presentes los tantos eventos que han pasado y no solamente las fechas de comienzo y de término.

En este sentido, los relevamientos⁴ que se lleven a cabo no tendrían una pretensión de registro completo, sino más bien la de ir visibilizando comunidades y problemáticas. Sin embargo, si se advierten “situaciones” o “casos” nuevos o diferentes, es importante reconocer a la población de la cual proviene, ya que puede estar señalando que hay un tejido social que se está transformando.

Es imprescindible contar con información confiable para considerar de qué manera evitar e invertir la situación. Es decir combinar indicadores como descriptores de lo que le pasa a amplios grupos de la población, lo que le pasa a la mayoría, e indicadores que cumplen la función de eventos centinela, su sola presencia es importante para indicar que existe una violación de derechos. Ambos deberían complementarse para comprender lo que está sucediendo, desde la perspectiva de la evitabilidad. Al mismo tiempo, es necesario considerar la fuente del evento centinela con el siguiente interrogante: *¿centinela de qué?* Podría estar indicando la ausencia de quien debe ser competente ante el problema que se detecta. Con la premisa de que si es evitable es exigible⁵.

Entonces, *¿en qué se diferencian los indicadores de derechos humanos, y en este caso, pensándolos desde una cierta perspectiva de salud, como la que se propone desde la Epidemiología Comunitaria, de otros indicadores clásicos de salud? ¿Qué tipo de indicadores se deberían construir y utilizar?*

4 Determinación de una situación existente.

5 (Entrevista con Gianni Tognoni, mayo de 2011).

Acostumbrados a utilizar indicadores “negativos” de salud, aquellos que reflejan lo que se considera una “preocupación social”, una carencia: el estar desnutridos, el ser un grupo vulnerable en el plano biológico y/o social, el tener más de siete hijos, el estar desempleado, el presentar Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), tanto desde el sistema de salud como en los de monitoreo de derechos humanos, se plantea aquí la necesidad de incorporar indicadores “positivos” (Blanco y Chacón, 1985), aquellos que se comportan de manera directamente proporcional a las mejoras de las condiciones de vida, marcan el avance de una comunidad en materia de derechos.

Indicadores que hablen de la presencia de una comunidad

- **Comunidad**: como un indicador de su presencia, así se tornan visibles “sujetos reconocibles” que como tales adquieren la cualidad de ser miembros activos de la primera. En esta presentación las personas / organizaciones / comunidades que se hacen presentes, sobre las cuales estaremos comparando “*miradas*”, son aquellas que han participado del relevamiento de experiencias en salud comunitaria en la Provincia de Córdoba.

Dice Tognoni (1997:2) La identidad de las comunidades necesita una atención particular y distinta en cinco dimensiones:

6 Si bien, las actuales conceptualizaciones de salud propuestas por la Organización Mundial de la Salud se configuran alrededor de términos positivos tales como bienestar y calidad de vida, generalmente, estos conceptos a la hora del diseño de sus mediciones siguen la lógica de los indicadores negativos: focalizar en la carencia de una necesidad básica.

- a) La *geografía*. Las calles, las casas, las distancias: como lugar de la cotidianidad, donde las variables de riesgo se manifiestan y se encuentran todos los días, con sus márgenes de inevitabilidad o necesidad. La información recolectada permite la realización de mapas acerca de la geografía del lugar y la ubicación de las diversas problemáticas y los recursos disponibles a nivel comunitario. Estos constituyen un apoyo importante para el análisis de la situación de salud ya que representan una metodología que posibilita el manejo de la dimensión espacial de la información y, a su vez, ayuda a aquellos que no poseen el don de la palabra (Robles, 1994:9).
- b) *El tiempo*. Es necesario un paradigma opuesto al que se adopta para las investigaciones clínicas o epidemiológicas. La epidemiología comunitaria propone acompañar al ritmo de la comunidad que incluye: los retrasos por falta de recursos, educación, voluntad; agudeza de los cambios producidos

por las medidas de ajuste o los eventos locales; la fragmentación de las intervenciones y de los programas, por la precariedad contextual.

El respeto de los procesos y tiempos locales cobra una dimensión diferente si se piensa en tiempos y espacios “acompañados”, de manera activa (tanto por quienes están adentro de la comunidad, como por los que están afuera), en un proceso de conocimiento para la construcción-transformación conjunta de la realidad, la cual se actualiza en la mirada compartida. En ese sentido, las comunidades como espacios locales reflejan la complejidad de lo global, pero a un nivel manejable por ellas mismas y por quienes las acompañan en sus proyectos (Alazraqui y otros, 2007).

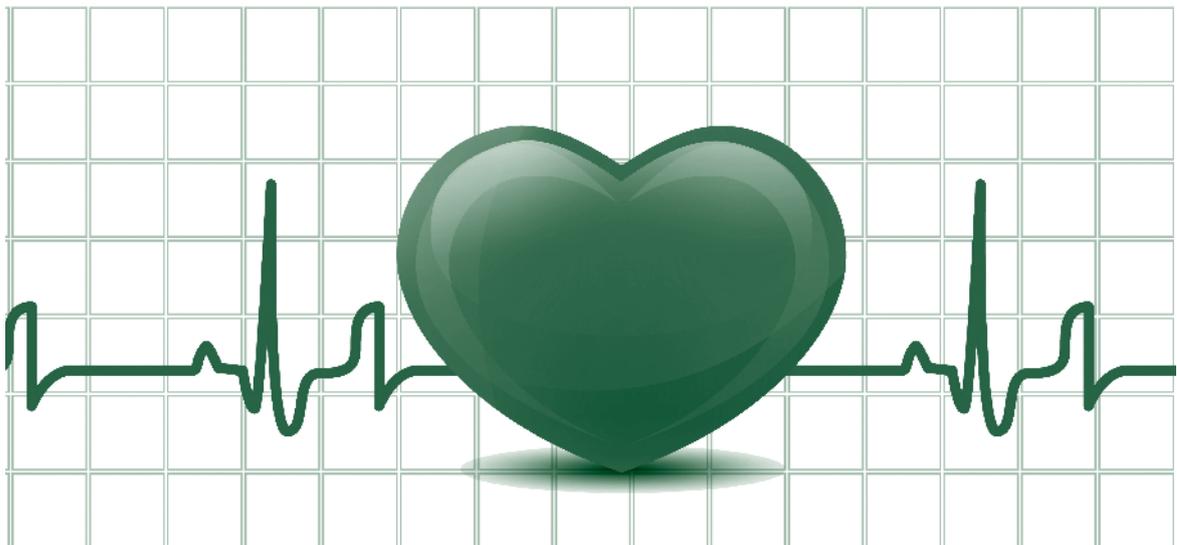
- c) Las *historias* de personas que proponen continuamente la mezcla ineludible (la única que es el reflejo verdadero de la realidad) entre lo que pasa en la casa, en el cuerpo, en las relaciones, y que viven diariamente la experiencia de la impotencia

de poder modificar algo. Estas historias también refieren acerca de los aspectos demográficos, socioeconómicos y culturales de la comunidad.

- d) Los *datos*, y
e) Los *resultados*.

Asimismo, si se miden las acciones comunitarias con indicadores de clásicos de eficiencia y eficacia⁷, probablemente se corra el peligro de invisibilizar los avances que se han alcanzado acorde a los tiempos de cada comunidad. Desde una perspectiva centrada en la comunidad, los indicadores deben servir para hacer la realidad más transparente, accesible e interpretable en el lenguaje de esa comunidad. Lo anterior,

⁷ *Eficiencia* se refiere a la utilidad de un programa teniendo en cuenta aspectos de costo-efectividad. *Eficacia* se refiere al logro de los objetivos de un programa sobre la población objetivo. Se expresa en términos del resultado deseable. Si el programa logra los objetivos, va a generar beneficios. A modo de ejemplo si se quiere conocer la eficacia de una vacuna contra una enfermedad, la eficacia será la reducción de dicha enfermedad en términos de incidencia (ocurrencia de nuevos casos). O bien si se aplica un programa preventivo para reducir los accidentes laborales, la eficacia se traducirá en la reducción de las tasas de accidentes laborales.



responde a mantener una “mirada” de la vida cotidiana y de los aspectos más relacionados con la salud centrada en la posibilidad de actuar, y no desde la fatalidad paralizante.

Un cambio de posicionamiento y redefinición de los indicadores de salud puede ayudar a construir esta mirada. En consecuencia, se propone definir a la **eficiencia**, en términos de “practicable de una forma inteligente y sin esfuerzo”, es decir, como parte de la vida cotidiana de esa comunidad o institución; y a la **eficacia** como la capacidad “de modificar hacia lo mejor las condiciones de salud-enfermedad de la comunidad y su nivel de autoconciencia y autonomía” (Tognoni, 1991).

Propuesta metodológica

Se utilizaron como fuentes de información:

- a) Como ya se mencionó, reflexiones que se han mantenido a lo largo de las muchas instancias de encuentro del Seminario de Epidemiología Comunitaria durante los años 2008 a 2011, algunas de las cuales han sido grabadas y cuya recuperación nos ha permitido luego construir el marco contextual que da origen a los datos que siguen, referidos a la presencia experiencias de salud comunitaria en el territorio de la provincia de Córdoba y la participación de las diversas comunidades relevadas en torno a ellas.
- b) El relevamiento de experiencias de salud comunitaria, iniciado en 2009 y aún en curso, del cual mostramos algunos resultados preliminares. Respecto de este relevamiento, es necesario mencionar que el mismo ha sido diseñado como una instancia de primera toma de contacto con las experiencias, solo el inicio de un diálogo a través del re-

conocimiento mutuo, por lo cual los datos con que se cuenta son solo descriptivos –una primera aproximación que consideramos válida para visibilizar la existencia de las comunidades y se avance en materia de conquista de derechos en salud– no tienen pretensiones de explicación de lo que se presenta ni de representatividad alguna⁸.

Se acordó que sería elegible toda experiencia vinculada con la salud, una comunidad y alguna forma de participación.

No existe un “padrón” de “experiencias de salud comunitaria”, o de “experiencias de participación en salud”, que permita comenzar el recorrido y diseñar una estrategia muestral a partir de un universo conocido. De manera que se comenzó por el listado de Centros de Jubilados y Pensionados (CJyP) de la ciudad de Córdoba y del interior de la Provincia que cumplieran con el requisito de llevar adelante experiencias participativas⁹, pensando que ellos permitirían

8 Si bien las preguntas que dieron origen al relevamiento han sido preguntas abiertas de tipo cualitativo, luego se definió una modalidad con formulario cerrado para avanzar en el reconocimiento de las mismas de manera extensiva en la Provincia, perdiéndose en gran medida la riqueza de las preguntas iniciales. Se ha priorizado el objetivo de la toma de contacto por sobre la profundización de las entrevistas. Inicialmente se habían previsto las siguientes preguntas: ¿Se trata de una experiencia de salud comunitaria? - ¿La población involucrada ha logrado cierto grado de autonomía para tomar decisiones? - ¿El proyecto ha persistido en el tiempo a pesar de los cambios normales y extraordinarios? - ¿Han buscado / logrado algún tipo de financiamiento? - ¿Los pobladores han notado cambios positivos en su calidad de vida desde que se han incorporado a esta experiencia? - ¿La comunidad ha logrado dar visibilidad a sus problemas reales hacia adentro? - ¿La comunidad ha logrado dar visibilidad a sus problemas reales hacia fuera? - ¿Esto ha generado conflictos internos / externos? - ¿Puede observarse compromiso de parte de la comunidad? - ¿Puede observarse compromiso de parte de los técnicos? - ¿Han logrado realizar registros con la comunidad? - ¿Han logrado mostrar la experiencia? - ¿Realizan contactos esporádicos con otras comunidades/experiencias?

El espacio es una expresión de las condiciones de vida de la población. Los determinantes involucrados en este proceso de constitución del espacio social son los mismos determinantes presentes en el Proceso Salud, Enfermedad, Cuidado (PSEC).

identificar otras experiencias a través de redes de contacto. Si bien no fue así (los adultos mayores articulan sus actividades fundamentalmente con sus pares, si lo hacen), se logró a través de las redes de contacto de las muchas personas que participan del Seminario, y desde las redes de las organizaciones que integran el espacio, ampliar progresivamente el marco del relevamiento diversificando las experiencias; asimismo, queda un largo camino por delante. Por lo anterior, los CJyP están sobrerrepresentados en este trabajo, respecto de otro tipo de organizaciones que llevan adelante experiencias de salud comunitaria y cuya identificación requiere una estrategia exploratoria de largo alcance. Asimismo, posibilita conocer en mayor detalle que está pasando con los adultos mayores, una población históricamente invisibilizada al menos en nuestra realidad sanitaria.

9 Todos aquellos CJyP que implementan el Programa Nacional HADOB cumplen con este requisito, de algún modo, ya que el mismo contempla actividades de prevención y de promoción de salud con algún grado de participación (con modalidades tan disímiles como asistir a un taller o participar de las tomas de decisiones de las actividades que se impulsan desde el centro de jubilados o desarrollar actividad sindical en los espacios de adultos mayores). Programa HADOB: Programa Nacional de PAMI, que apunta a disminuir la incidencia de hipertensión arterial, la diabetes y la obesidad, enfermedades de alto impacto en la población de adultos mayores, a través de actividades terapéuticas no medicamentosas. El programa HADOB tiene como objetivo central la mejora de la calidad de vida de los afiliados, haciendo especial hincapié en la prevención de la salud y la promoción de hábitos saludables en lo relativo a alimentación y actividad física.

Se utilizó para el relevamiento un cuestionario que fue instrumentado en el marco de un diálogo entre quien relevó y los entrevistados.

Para la clasificación de las experiencias según el tipo de organización en la que se asientan se ha seguido la propuesta (adaptada) de Delgado y De Piero (2001), en Organizaciones de la Sociedad Civil y las Organizaciones del Estado. Se separó a los CJyP del resto de las Organizaciones de base territorial en reconocimiento a sus características diferenciales, atendiendo a que siendo la mayoría de las organizaciones presentes en la muestra relevada, estas características podían ser puestas de relieve.

Resultados

Se ha organizado este apartado en tres bloques: primero, nos referiremos a la presencia en el territorio de la ciudad, particularmente, de las experiencias y organizaciones relevadas; luego, abordaremos las actividades que desarrollan y, finalmente las temáticas que impulsan y sus implicancias para la agenda de los derechos humanos y la salud.

Presentamos las experiencias que han sido relevadas y las organizaciones en las que se asientan

Respecto de los espacios territoriales donde se llevan a cabo las experiencias y las organizaciones que las impulsan, alojan, participan, debemos hacer un par de consideraciones:

- Respecto del espacio territorial en el cual se llevan a cabo las acciones: es aquí considerado como espacio **social** construido a través de un proceso histórico, así, el espacio es una expresión de las condiciones

de vida de la población. Los determinantes involucrados en este proceso de constitución del espacio social son los mismos determinantes presentes en el Proceso Salud, Enfermedad, Cuidado (PSEC). Estos determinantes se distribuyen de forma diferencial en el espacio, de tal forma que las condiciones de vida y condiciones de salud también tendrán una distribución diferencial que expresan desigualdades sociales y desigualdades en salud (Alazraqui, Mota, Spinelli, 2007). El territorio se presenta, entonces, como un espacio en el que se producen conflictos, negociaciones y consensos entre distintos actores, tanto entre las mismas organizaciones (por tener objetivos e intereses diferentes) como entre estas y las instituciones estatales o sectores privados que actúan bajo la lógica de mercado.

- La mencionada concepción de lo local tiene en cuenta las definiciones de Matus (1987) de actor social y situación. Matus define "actor social" y "situación" de la siguiente forma: "[actor social] Es una personalidad, una organización o una agrupación humana que en forma estable o transitoria tiene capacidad de acumular fuerza, desarrollar intereses y necesidades y actuar produciendo hechos en la situación"; "[situación] Es la realidad explicada por un actor que vive en ella en función de su acción".

Una pregunta central en materia de monitoreo de derechos humanos es quiénes son los actores que intervienen directamente en las acciones que impulsan que "se avance" en este tema. Los actores identificados a través de las experiencias relevadas han sido agrupados en Organizaciones de la Sociedad de

la Civil, discriminando entre ellas los CJyP y Organizaciones del Estado.

La distribución de las experiencias no es homogénea; aun cuando durante dos años se realizó un trabajo de rastreo de experiencias entre redes de contacto, y sin pretender que se ha completado la tarea, sí parece evidente que hay zonas en las que hay mayores ausencias que otras, particularmente en las periferias de la ciudad. Este tema debe ser profundizado, dada la relevancia que tiene en materia de derechos humanos y condiciones de vida de las comunidades que viven en las zonas con "menos presencias" de organizaciones/institucionales democratizantes como las que se evidencian aquí¹⁰.

¿Quiénes integran las experiencias?

Hay una fuerte presencia de técnicos y profesionales en las experiencias; esta situación puede explicarse en parte por las características de los proyectos vinculados con los CJyP, todos ellos ligados al Programa HADOB, programa de carácter sociopreventivo financiado por la obra social PAMI y por la presencia de las Organizaciones del Estado. Si bien, en estas organizaciones se llevan a cabo también otras actividades además de las propuestas por el programa, en algunos casos al menos, su presencia establece un perfil propio de integrantes y de actividades; también se observa la participación de vecinos (64%) y afiliados (43%), estudiantes (23%), promotores/as de salud (18%) y voluntarios (8%).

10 No incluimos aquí un mapa de provincia dada la cantidad de información ya disponible.



¿A quiénes llegan hoy las acciones impulsadas desde estas las experiencias?

Los diferentes tipos de organizaciones llegan a diferentes poblaciones, lo cual nos permitirá algunas reflexiones luego: las organizaciones de la sociedad civil, en su mayoría organizaciones de base territorial, son quienes se ocupan en mayor medida de los jóvenes, largamente desatendidos en los programas vigentes en la ciudad en materia de Atención Primaria de la Salud. Los CJyP dirigen sus acciones a sus pares, aunque hay algunas acciones dirigidas a otros miembros de la comunidad.

Mientras que las instituciones formales de salud trabajan con diversos grupos de población, pero dirigiendo sus acciones en general poco a ciertos grupos específicos, como los adultos mayores o los jóvenes.

Antigüedad de las experiencias

Es muy alentador constatar que 62% de las experiencias relevadas tiene más de 5 años de antigüedad; es una expresión de la continuidad de su presencia en el territorio que incluye alguna modalidad de participación.

Integración de las experiencias con otras y participación en redes

Las experiencias/organizaciones relevadas dan cuenta de su inclusión en un entramado social de organización en torno a la temática de la salud. De ellas, 60% trabaja con al menos alguna otra organización de la comunidad, en ocasiones con más de una y 40% participa de alguna red (conjunto de organizaciones del Estado y de la sociedad civil

Estas han sido dos preguntas centrales del relevamiento, directamente vinculadas con su objetivo: “visibilizar temas / problemas que reflejan derechos vinculados con la salud vulnerados”.

que se unen para trabajar en pos de alcanzar un objetivo común). Respecto de con quién/quienes

- Los CJyP interactúan más a menudo con otros CJyP, aunque también interactúan con otras organizaciones, en pocos casos.
- Las otras organizaciones territoriales con organizaciones del Estado (Centro de Salud y Escuela) así como con organizaciones propias de su comu-

nidad en particular (ej. radio, biblioteca, etc.)

- Las organizaciones del Estado (Centros de Salud y Escuelas) que sostienen experiencias comunitarias de salud tienen amplia participación con otros actores de la comunidad, fundamentalmente con otras organizaciones del Estado.

Actividades que llevan a cabo y temas/problemas que se abordan desde las experiencias relevadas

Estas han sido dos preguntas centrales del relevamiento, directamente vinculadas con su objetivo: “visibilizar temas / problemas que reflejan derechos vinculados con la salud vulnerados”.

En una lectura pormenorizada de las encuestas, se evidencia una gran variedad de actividades y estrategias de intervención en las comunidades participantes. A los fines de analizar y compartir algunas reflexiones, hemos agrupado estas actividades según algunos criterios que pensamos sirven para discutir las lógicas desde las cuales se llevan a cabo y los objetivos que permiten alcanzar desde diferentes concepciones de participación. La participación comunitaria o participación de la comunidad es una noción polisémica. Por ello, es necesario desarrollar un marco conceptual para entenderla, conceptualizarla, medirla y evaluarla. El punto de partida sobre la *participación comunitaria en salud* es la definición acordada en la Conferencia de Alma Ata en 1978. Si bien, ya existían proyectos (en las áreas de agricultura, desarrollo urbano y vivienda) que incluían esta dimensión, Alma Ata consagró la “necesidad” de la participación comunitaria en salud. Sin embargo, la definición que allí se establece es general y da lugar a multiplicidad de interpretaciones

y acercamientos ideológicos. A los fines de problematizar este concepto, se habla de **participación de la comunidad** (Ugalde, 2006):

- Más allá de una participación episódica en actividades aisladas.
- Pero también, haciendo referencia a una participación simbólica, mínima.
- Como sinónimo de cooperación. Muchas veces, en proyectos de desarrollo se ha definido la participación de una forma limitada, solo en relación al proyecto específico dirigido por las agencias y personas que los implementan. Las comunidades “cooperan” para necesidades externas a las mismas.
- Con fines utilitaristas propios de la dimensión económica que comanda la promoción de programas de participación en las comunidades, donde pesa más el prestigio de quien implementa el programa que el tener en cuenta y accionar en POS de las necesidades sentidas de las comunidades en donde ello ocurre.
- Como forma asociativa. La participación se considera exitosa cuando hay una asociación entre comunidad y agentes externos.
- Cuando hay movilización de masas o voluntarios que participan en actividades organizadas por gobiernos o por agencias de desarrollo. En otras palabras, cuando se cumple con las instrucciones que da el gobierno, equipo de salud, agentes de programas sociales, etc. Ejemplo: campañas de vacunación, construcción de viviendas, campañas de saneamiento.
- Cuando hay presencia de comités de salud. Sin embargo, la introducción de formas foráneas de participación en la comunidad que tratan de cambiar los valores tradicionales por modernos y científicos, como

pueden ser los comités de salud, traen consigo la posibilidad de destrucción del sistema social habitual e impactar negativamente en el desarrollo de la participación. Allí, estamos hablando de una forma velada de manipulación de culturas y valores.

- Cuando la comunidad participa en la toma de decisiones (control del ciudadano de las decisiones y recursos sobre salud).
- Como mecanismo de control/vigilancia y supervisión, y de evaluación de los servicios de salud a nivel local.
- Como forma de incrementar el poder de las comunidades, dado que participar implica acción social y política más que una participación en procesos decisorios.

La participación se postula como una herramienta de “toma de la palabra” de las comunidades y de “visibilidad” de lo que está pasando allí.

- Vinculada al sostenimiento de un diálogo y escucha de igual a igual entre comunidad y sujetos externos. No hay solución sencilla a los conflictos que surgen entre las necesidades técnicas y las necesidades expresadas por las comunidades, muchas de las cuales responden a sus valores culturales y condiciones sociales.
- Es necesario tener plasticidad, la comunidad para subvertir los valores tradiciones que generan malestar a través de la educación participativa, y los profesionales de aprender de las comunidades.
- Como reflejo de participación política, poniendo el acento en

la determinación social de la enfermedad.

- Cuando se habla de participación comunitaria es necesario empezar a pensar en alternativas radicalmente diferentes a las que hasta ahora han propuesto organismos y agencias internacionales, gobiernos y ONG, generalmente a su propio beneficio, y no queda más remedio que incurrir en el terreno político.
- Materializada en los movimientos sociales, quienes representan la forma más genuina de expresión popular y espíritu crítico. Los gobiernos deben darles más espacios para expresarse y ser escuchados que imponer comités de salud o formas organizativas de participación, y no generar estructuras paralelas en el sector salud.

- Focalizada. Los programas de participación comunitaria se dirigen a comunidades rurales y barrios urbanos marginados, nunca se habla de proyectos de participación comunitaria de clases medias o dirigentes, reforzando la estratificación social.

Por eso mismo, en relación al Relevamiento es importante conocer desde dónde el actor encuestado define, describe y explica la participación en el marco de su experiencia.

¿De qué tipo de participación comunitaria habla la Epicom?

La forma de concebir la *participación* se desprende de la forma de concebir a las familias. En el marco de la EC, estas “dejan de ser

‘objetos’ de conocimiento [voces y rostros ignorados, beneficiarios] para ser sujetos de derechos, de conocimiento y de vida” (Tognoni, 1997:17), donde la salud aparece como un indicador de vida, autonomía, conocimiento y democracia de esa comunidad.

La salud comunitaria no es un problema exclusivo del área de la salud, sino que es un problema de democracia y de toma de decisiones en las condiciones de vida de una comunidad. La *participación* se postula como una herramienta de “toma de la palabra” de las comunidades y de “visibilidad” de lo que está pasando allí. Las comunidades están acostumbradas a recibir recomendaciones para actuar de una determinada manera pero no datos locales concretos que deriven en *participación* y acción; y, sobre todo, en posibilidades de elección.



La EC promueve que la *participación* se transforme en una capacidad instalada de la comunidad que ingresa a la cultura local mediante iniciativas a largo plazo. No apunta a hacer *participación* y retirarse, enfatiza el acompañar la vida de la comunidad para que esta vea la ventaja de participar en la toma de decisiones; es decir, la *participación* como parte de la vida (Tognoni, 2009).

Descripción de las actividades

La descripción y explicación de la situación de Salud-Enfermedad no es independiente de *quién* y desde cuál *posición* describe y explica. De esta manera toda descripción y explicación es la de un actor en una determinada situación. Una situación de salud enfermedad, desde el punto de un actor social, contiene (Castellanos, 1987):

- Una selección de *problemas*, fenómenos que afectan a grupos de población específicos (mapa por edades, por ejemplo). *Definición*.

- Una enumeración de hechos que en su contenido y forma son asumidos como relevantes (suficientes y necesarios) para *describir* los problemas seleccionados.
- Una *explicación*, es decir, la identificación y percepción del complejo de relaciones entre los múltiples procesos, en diferentes planos y espacios, que producen los *problemas*.

A raíz de que en este primer acercamiento del Relevamiento a las experiencias de salud comunitaria no se dispone de información acerca de la definición, descripción y explicación acerca de la participación que hace tanto quien la coordina como quien participa de la experiencia (sus actores). Para avanzar en el análisis de las actividades hemos realizado una clasificación de las mismas según su objetivo (desde el punto de vista sanitario) en actividades de Asistencia, Prevención y Promoción. Para ello hemos recuperado todos los nombres de actividades que figuran en los instrumentos de recolección de datos. En ese punto es importante mencionar que se trata de un instrumento cerrado para la ma-

yoría de las preguntas, siendo este un ejercicio solo con el fin de acercarnos a la problemática. En otras palabras, para la clasificación hemos tenido en cuenta los objetivos de las acciones que allí se planteaban.

Nos hemos apoyado en los aportes de Marchiori Buss (2006:43), para distinguir actividades de prevención de aquellas de promoción; ...una buena parte de la confusión entre promoción y prevención proviene del gran énfasis en modificaciones de comportamiento individual y de la base, casi exclusiva, en factores de riesgo para determinadas enfermedades, dominantes en ciertos programas de promoción de salud. Esta convergencia sobre el individuo y su comportamiento tiene su origen en la tradición de intervención clínica y en el paradigma biomédico. En ese caso, el *locus* de responsabilidad y la unidad de análisis son el individuo, que es visto como último responsable (si no el único) de su estado de salud. En cualquier caso la promoción de la salud se presenta como una estrategia de mediación entre las personas y su ambiente, combinando elecciones



individuales con responsabilidad social por la salud (las llamadas políticas públicas saludables). En ese sentido, las estrategias de promoción de salud son más integradas e intersectoriales, de la misma forma que supone una efectiva participación de la población desde su formulación hasta su puesta en práctica.

Siguiendo esta propuesta, las acciones que se llevan a cabo abren mayores posibilidades para la participación con la potencialidad de ir modificando las condiciones de existencia del grupo (capacidad transformadora para el propio grupo).

Mostramos aunque muy brevemente todas las actividades que aparecen nombradas, solo para dar una idea de su amplia diversidad. Las mismas han sido clasificadas, de manera al menos provisoria, tal como se ha mencionado antes; así, la gran mayoría de las experiencias lleva a cabo acciones de prevención (83%), casi la mitad actividades de promoción (46%) y existiendo también actividades de asistencia a la salud (10%).

Respecto de los temas/problema que se están trabajando en las experiencias relevadas, resalta que varias toman temas que reflejan esencialmente preocupaciones y necesidades sentidas por las comunidades, más allá de las estructuras programáticas de las instituciones formales de salud.

En los CJyP las temáticas más abordadas son aquellas vinculadas con la alimentación/nutrición y la prevención de patologías prevalentes (en su gran mayoría, vinculadas con la presencia del programa HADOB). Se trabaja también con relación a la

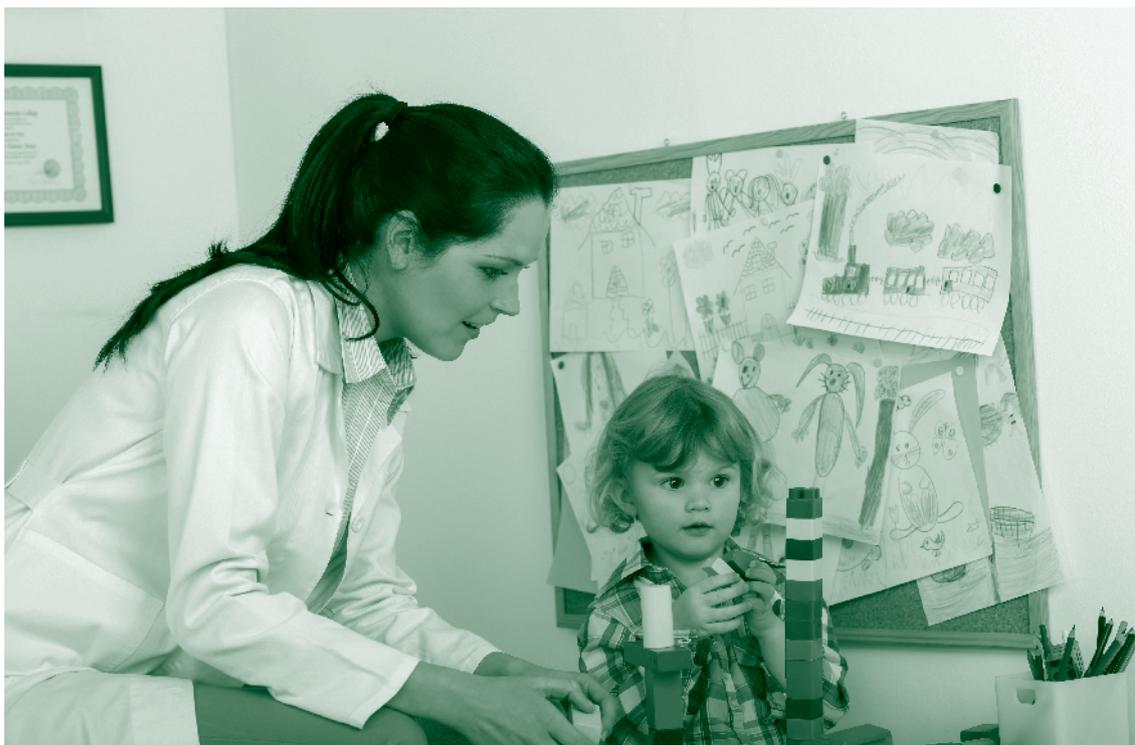


salud mental en un sentido amplio, la alfabetización y en un centro de jubilados, asentado en zona rural, se plantea la problemática de los adultos mayores en zonas rurales. Siendo estas actividades impulsadas por el Estado, cabe preguntarse en qué medida representan acciones de ciudadanía activa por parte de los adultos mayores en torno a su salud; sin embargo, la expresión de otras temáticas y actividades permite pensar que su permanencia en el territorio, con apoyo del Estado, favorece la apropiación de estos espacios por parte de algunos sectores de esta población, aportando a su visibilidad y autonomía creciente, tanto individual como colectiva.

Las otras organizaciones de la sociedad civil plantean un amplio marco de problemáticas, además de las recién mencionadas: problemáticas vinculadas con los derechos de diferentes grupos de personas (derechos de jóvenes y niños, de las mujeres, vinculados a la salud sexual y reproductiva, etc.), problemáticas ambientales, prevención de patologías prevalente, emergentes, reemergentes, vivienda, desocupación y empleo, alfabetización, violencia, problemáticas de género, entre otras. Resulta, por otra parte, interesante observar que las organizaciones del Estado relevadas (por estar desarrollando experiencias partici-

pativas con la comunidad), además de abordar temáticas vinculadas con la prevención y la alimentación (las más frecuentes), comparen las recién mencionadas, aunque en menor proporción, no siendo estas temáticas tradicionales del sistema de salud.

En el análisis de las experiencias relevadas y las actividades y problemáticas que hemos estado describiendo, se advierte que muchas de ellas responden a problemas de salud-enfermedad que se podrían asociar al control de determinados daños o factores de riesgo específicos (control y/o prevención de enfermedades prevalentes y de la malnutrición, por ejemplo), correspondiendo estos al nivel de lo individual o singular, según la propuesta de Castellanos (1987). Sin embargo, se plantean en el espacio de lo particular, aquel que en el cual se ubican grupos de población organizados con capacidad de definir, explicar y accionar desde sus propias perspectivas e intereses. Siguiendo esta propuesta, las acciones que se llevan a cabo abren mayores posibilidades para la participación con la potencialidad de ir modificando las condiciones de existencia del grupo (capacidad transformadora para el propio grupo). Esta mirada recupera la inicialmente planteada por la Atención Primaria de la Salud, entendida



como un conjunto de acciones estratégicas dirigidas a promover la transformación de la calidad de vida de todos los sectores de la población, con justicia social.

Conclusiones

Recuperamos algunos aprendizajes e interrogantes que se nos plantean a partir de esta primera experiencia de acercamiento a las prácticas participativas de las organizaciones/comunidades en materia de derecho a la salud [y la participación como ejercicio de ciudadanía en salud] y el camino aún por recorrer, interpelando el rol de las instituciones del Estado vinculadas con la salud como derecho en términos de progreso.

- Resaltan importantes ausencias en vastas zonas de la ciudad de Córdoba, es útil recordar que coincidentemente, son zonas donde se acumula la presencia de indicadores "negativos" de salud, mirados

desde alguna perspectiva del sistema de salud –y otras instituciones del Estado– que no están generando allí las presencias necesarias. También importantes presencias y continuidades en diversos espacios de la ciudad en materia de organización y participación en salud, que comprometan a las organizaciones de base, territoriales o intermedias, que trabajan solas o solidariamente con otras y con instituciones del Estado.

- Asimismo, se ha evidenciado también que muchas de las experiencias relevadas plantean temas y actividades que representan avances importantes en materia de goce de los derechos humanos y prácticas de ciudadanía: organización de eventos sociales, viajes, paseos y otras instancias recreativas por motivación y organización de la propia comunidad, otras más complejas como el trabajo con jóvenes desde la

problematización del discurso que los estigmatiza; otras ligadas a los espacios públicos barriales como la recuperación de terrenos para plazas que generen espacios de contención para los jóvenes y algunas que interpelan directamente a las políticas públicas, como el proyecto de construcción de un hospital de día para pacientes con trastornos mentales en Traslasierra y la creación de centros educativos con salida laboral (carreras terciarias de enfermería e informática) en un barrio del sur de la ciudad de Córdoba, generando multiplicidad de actividades barriales e interbarriales.

- El recorrido de las experiencias relevadas permite visualizar que hay una agenda de temas emergentes que están siendo señalados y abordados desde los espacios territoriales, marcando un camino a seguir a quienes tienen la responsabilidad de la garantía de

los derechos vinculados con la salud: las problemáticas ambientales, y de los jóvenes, aquellos vinculados con la violencia, las de género, de los derechos reproductivos y del aborto, entre ellas.

Respecto al monitoreo de indicadores integrados de participación-salud-derecho y las etapas que podrán seguir a esta primera aproximación son:

- Algunas cuestiones referidas a la construcción de este tipo de indicadores y el relevamiento; se ha notado en este trabajo la ausencia de las voces de quienes pueden describir y explicar (al decir de Castellanos) las experiencias relevadas: quienes las llevan adelante en un rol técnico-profesional y quienes participan como miembros de la comunidad. El diálogo entre diferentes actores de la misma situación que pueden tener opiniones y posiciones diversas.
- La etapa que sigue, para el siguiente informe de monitoreo, deberá incorporar también otras metodologías que permitan indagar acerca de las vivencias y definiciones de la participación entre los diferentes actores, para captar los diferentes sentidos

que le otorgan quienes impulsan una participación que en definitiva permite el avance de la agenda en materia de salud pública.

“La salud es el saber de todos los que son expertos de la vida y las poblaciones son expertas de la vida que ellas viven”.

Referencias bibliográficas

- 1 Abramovich, V. (2006). *Lineamientos para la elaboración de indicadores de progreso en materia de derechos económicos, sociales y culturales*. OEA. Documentos Oficiales. OEA/ Ser.L/V/II.
- 2 Alazraqui, M., Mota, E., Spinelli, H. (2007). “El abordaje epidemiológico de las desigualdades en salud”. *Cad. Saúde Pública* 23(2):321-330. Rio de Janeiro.
- 3 Almeida Filho, N., Silva Paim, J. (1999). “La crisis de la salud pública y el movimiento de salud colectiva en Latinoamérica”. *Cuadernos Médico Sociales* 75:5-30, 1999.
- 4 Blanco, A., Chacón, F. (1985). “La evaluación de la calidad de vida”. Morales, J. F., Blanco, A., Huichi, C., y Fernández Dols, J. M. (eds.). *Psicología Social Aplicada*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- 5 Castellanos, P. L. (1987). “Sobre el concepto de salud-enfermedad. Un punto de vista epidemiológico”. *Cuadernos Médico Sociales* 42. Rosario: CESS, Rosario, 15-24.
- 6 García Delgado, D., De Piero, S. (2001). *Articulación y relación Estado-Organizaciones de la Sociedad Civil. Modelos y prácticas en la Argentina de las reformas de segunda generación*. FLACSO. Buenos Aires: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Disponible en: <http://www.flacso.org.ar/areasyproyectos/proyectos/pepp/publicaciones/1.pdf> (en línea, septiembre, 2011).
- 7 Ferrer Lues, M. (2007). *Indicadores de Derechos Humanos en Población*. Chile: Centro

Latinoamericano y Caribeño de Demografía (Celade).

- 8 Marchiori Buss, P. (2006). “Una introducción al concepto de promoción de la salud”. Czeresnia, D. y Machado de Freitas, C. (org.). *Promoción de la Salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*. Buenos Aires: Lugar Editorial, pp. 19-46.
- 9 Matus, C. (1987). *Política, planificación y gobierno*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.
- 10 Menéndez, E. L. (2009). “Participación social como realidad técnica y como imaginario social”. *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial, pp. 183-240.
- 11 Robles, S. (1994). *Desarrollos metodológicos en el análisis de situación de salud según condiciones de vida*. Honduras: OPS/OMS
- 12 Tognoni, G. (1991). “Epidemiología Comunitaria”. *Salud y sociedad. Movimiento por un Sistema Integral de Salud*, Año 8, N° 21. Córdoba.
- 13 _____ (editor) (1997). *Manual de Epidemiología Comunitaria*. Ecuador: Edición Cocomet.
- 14 _____ (2009). “Epidemiología Comunitaria: Herramienta para la democracia”. *Cuadernos para la Emancipación Salud y Educación*. pp. 48-55. Disponible en: <http://www.emancipacionsye.com.ar/epidemiologia-comunitaria-herramienta-para-la-democracia-gianni-tognoni-616> (En línea, abril 2009).
- 15 _____ (2011). Entrevista realizada en el Observatorio de Prácticas en
- 16 Derechos Humanos. Mayo. <http://observatoriodepracticassendhh.seu.unc.edu.ar/>
- 17 Ugalde, A. (2006). “Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria en los programas de salud en Latinoamérica”. Menéndez, E., Spinelli, H. (Coord.) *Participación social ¿Para qué?* Buenos Aires: Lugar Editorial, pp. 19-50.
- 18 Vázquez, M. L., Siqueira, E., Kruze, I., Da Silva, A., Leite, I. C. (2002). “Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina”. *Gaceta Sanit* 16(1):30-38.
- 19 WHO (1995). *Renewing the Health-for-All Strategy. Elaboration of a policy for equity, solidarity and health*. Geneva, WHO, 37p.