



FLACSO
ARGENTINA

MAESTRÍA EN DISEÑO Y GESTIÓN DE PROGRAMAS SOCIALES

Participación Comunitaria en Salud:
Las mesas barriales de salud en Lomas de Zamora durante
el período 2013 – 2015. Estudio de caso.

Tesista

Natacha Traverso Vior

Director

Dr. Mario Rovere

Co-Directora

Dra. Verónica González

Tesis para optar por el grado académico de Magister en Diseño y Gestión de Programas Sociales

RESUMEN

La participación comunitaria en salud es un concepto extensamente enunciado pero considerablemente difuso cuando de experiencias y de implementaciones prácticas se trata.

El tema de esta investigación es la participación comunitaria en salud en acto, a partir del estudio de caso de las mesas barriales de salud que funcionaron en el Municipio de Lomas de Zamora, durante el período 2013-2015.

El objetivo principal es, en consecuencia, caracterizar en profundidad el funcionamiento de esas mesas barriales, relevando las percepciones de los principales actores que fueron sus protagonistas.

Para ello se diseñó una investigación de tipo cualitativa, con alcance descriptivo y exploratorio. Se realizaron entrevistas semi estructuradas y entrevistas grupales con la técnica de historia oral, para develar las percepciones de los actores participantes, así como sus ideas, valoraciones y sensaciones sobre su propia participación en este dispositivo.

De las entrevistas surgen percepciones diferentes sobre las mesas barriales entre los entrevistados que ocuparon un espacio en la gestión local y los actores institucionales participantes. Pero también aparece como significativo y altamente valorado el haber formado parte de esta experiencia, que los vecinos caracterizan como instancia de escucha, pero también de acción.

Para seguir avanzando con estas estrategias de participación comunitaria, podría pensarse en institucionalizar los espacios, esto es, otorgarles un marco regulatorio que

permita la continuidad de los dispositivos más allá de los cambios de gestión, y, por otro lado, favorezca la promoción de modelos de co-gestión.

El propósito de este trabajo –procurando contribuir al espacio de conocimiento de un tema muy poco estudiado en su implementación y funcionamiento, como la participación comunitaria en salud-es realizar un aporte que permita extraer aprendizajes y herramientas para la aplicación de este tipo de experiencias en contextos más o menos similares.

CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	6
INTRODUCCIÓN	7
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS	
1. Pregunta de Investigación	10
2. Objetivos	10
MARCO TEÓRICO	
1. SOBRE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD	12
1.1 Algunos conceptos en torno a la Participación	12
1.2 La Participación Comunitaria	15
1.3 La Participación Comunitaria en el Desarrollo Local	19
1.4 Participación comunitaria en Salud	20
1.5 Tipos y Modalidades de Participación Comunitaria en Salud	26
1.6 Saber/Poder, el problema de la equidad en Salud	30
2. LA PERSPECTIVA DE REDES	31
2.1 Redes y Movimientos sociales	31
2.2 La lógica de las redes	34
ÁMBITO DE ESTUDIO	
1. El municipio	38
2. Los antecedentes	41

3. Las mesas barriales en contexto	42
ESTRATEGIA METODOLÓGICA	
1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	46
1.1 Tipo y alcance de la investigación	46
1.2 Población y Unidades de análisis	48
1.3 Recolección de datos	50
1.4 Categorías y análisis de datos	51
1.5 Procesamiento de datos	53
2. TRABAJO DE CAMPO	53
RESULTADOS	55
CONCLUSIONES Y PROPUESTAS	
1. Lo que deja este caso	65
2. Algunas propuestas para avanzar hacia estrategias de Participación Comunitaria en Salud	72
BIBLIOGRAFÍA	75
ANEXOS	
1. Consentimiento informado	81
2. Guía de preguntas para las entrevistas grupales	83
3. Guía de preguntas para las entrevistas individuales	85

AGRADECIMIENTOS

Quisiera expresar mi agradecimiento a Mario Rovere y a Verónica González por aceptar mi propuesta, por sus atentas lecturas, sus comentarios y su permanente acompañamiento.

Quiero agradecer especialmente a mi compañero Pablo, sin su apoyo, su confianza y complicidad, este trabajo no hubiera sido posible.

A Emilia, por su sonrisa y su buen humor.

A mi familia y amigos/as por el estímulo constante.

Finalmente quisiera agradecer a los vecinos y vecinas, referentes y autoridades de la gestión de la Secretaría de salud, que compartieron conmigo su palabra, opiniones y reflexiones.

INTRODUCCIÓN

Esta investigación se desarrolló en el contexto del trabajo de tesis para la Maestría en Diseño y Gestión de Políticas y Programas Sociales de FLACSO/Argentina.

El tema de este trabajo es la participación comunitaria en salud. Se abordará a partir de analizar un caso: las mesas barriales de salud de salud en Lomas de Zamora, durante el período 2013-2015.

La Declaración de Alma Ata indica que el pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud. Pero se trata de un campo complejo, ya que en el concepto de participación resuenan distintos ecos que proponen diversas miradas. La mayoría de los modelos teóricos proponen la participación comunitaria como necesaria o por lo menos útil para conseguir determinados objetivos. Mientras algunas manejan este concepto en términos de panacea social, otras lo piensan en términos de utilidad específica (Menéndez, 1994).

Más allá de los diferentes análisis teóricos, este tema se vuelve difuso cuando se intenta dar cuenta de la participación de la comunidad puesta en acto. A partir de esta inquietud es que se llega a analizar un caso de participación comunitaria en acción, como fue el de las mesas barriales de salud en Lomas de Zamora. Este dispositivo formó parte de un sistema de abordaje de Atención Primaria de la Salud, que se conformó también con la participación y formación de Promotores de salud, y con el desarrollo de operativos territoriales de salud en diversos barrios del municipio.

Este trabajo, entonces, se propondrá dar cuenta de un caso de participación comunitaria en un municipio del conurbano, a través de los testimonios de quienes fueron actores de ese dispositivo. Para ello, se procurará responder a los siguientes interrogantes: ¿Cuáles son los criterios de conformación de las Mesas de Salud? ¿Quiénes participan? ¿Cuáles son las reglas de discusión, quién las elige? ¿Qué tipo de decisiones se toman, cómo se toman? ¿Qué grado de participación se promueve? ¿Cómo perciben su participación los actores involucrados? ¿Cómo se distribuye la relación saber/poder? Se relevarán las percepciones de los actores para develar, a partir del propio discurso, las sensaciones, ideas, apreciaciones, sobre su propia participación en este dispositivo.

La estructura de la Tesis es la siguiente:

En el primer apartado se plantea la pregunta que guía la investigación, así como el objetivo general y los específicos. Se presenta el interrogante sobre las características que adquirió la implementación práctica y el funcionamiento concreto de la participación comunitaria en las mesas barriales de salud de Lomas de Zamora, en el período 2013-2015 según las percepciones de los actores involucrados. Para ello se propone describir la implementación de este dispositivo, analizar el grado de circulación saber/poder que se propició en estas mesas e identificar el grado y modalidad de participación a partir de develar las percepciones de los actores involucrados.

En el segundo apartado se describe el ámbito de estudio y los antecedentes con los que cuenta el municipio de Lomas de Zamora en referencia a acciones de participación comunitaria propuestas desde la gestión local.

Al marco teórico lo conforman dos subtítulos. En un primer momento se desarrolla una discusión teórica acerca del concepto de participación y sus alcances en torno a la participación comunitaria en salud. En la segunda sección se aborda la perspectiva de redes.

En el apartado metodológico se explicita la estrategia elegida. A partir del problema de investigación se diseñó una investigación de tipo cualitativa, con alcance descriptivo y exploratorio. Se realizaron entrevistas semi-estructuradas individuales con autoridades de la Secretaría de salud del municipio que desarrollaron su gestión en el período elegido para este trabajo. También se realizaron entrevistas grupales con la técnica de historia oral a los actores que participaron del dispositivo mesas barriales de salud.

En la sección Resultados se recuperan las percepciones de los actores a partir del análisis de sus propios testimonios. A través de las voces de los entrevistados se develarán sus opiniones y miradas respecto de su propia participación en las mesas barriales.

Finalmente, se proponen Conclusiones y algunas propuestas, a modo de aporte, que permitan extraer herramientas para la aplicación de este tipo de experiencias en contextos más o menos similares.

1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué características adquirió la implementación práctica y el funcionamiento concreto de la participación comunitaria en las mesas barriales de salud de Lomas de Zamora, en el período 2013-2015 según las percepciones de los actores involucrados?

2. OBJETIVOS

Objetivo general

- Describir la implementación práctica de las Mesas barriales de salud dimensionando su grado de funcionalidad como mecanismo de construcción de saber y poder de las comunidades y de instrumentación de la relación comunidad/gobierno en el campo de la salud, relevando las percepciones y experiencias de los actores durante el período 2013-2015 en el Municipio de Lomas de Zamora.

Objetivos específicos

- Describir las características que adoptó la participación comunitaria en las mesas barriales de salud del municipio de Lomas de Zamora.
- Identificar el grado y modalidad de participación de los actores en las decisiones referidas a la política de salud del gobierno local.

- Ponderar el grado de circulación en términos de saber y poder que ha generado la participación comunitaria en las mesas barriales de salud del municipio.

MARCO TEÓRICO

1. Sobre la Participación Comunitaria en Salud

1.1 Algunos conceptos en torno a la Participación

La palabra Participación tiene un origen etimológico que deriva del latín *Participatio*. Está conformada por el prefijo *Pars o Parti*, que significa parte o porción, el verbo *Capere*, que significa tomar o agarrar y, finalmente, el sufijo *Tio*, que indica acción o efecto. Esto llevaría a interpretar el concepto participación como acción y efecto de tomar parte en algo o de algo...o hacer partícipe a alguien de algo.

Para Alberich (2014) esta acción se inscribe en términos de transformación. La participación convierte a los habitantes en *más sujetos sociales*, con capacidad para transformar el medio en el que viven y controlar los órganos político-administrativos.

El concepto de Participación está atravesado por cuestiones de Poder y, en este sentido, los problemas que ello implica para compartir, repartir, ceder parcelas de poder y, por consiguiente redefinir la idea de gobernar.

Según Belmartino & Bloch (1984) la Participación Popular en el terreno político se convierte en un mecanismo para poner a las mayorías en condiciones de plantear algunos límites a la concentración de poder. Un mecanismo que brindaría a amplios sectores de la población que no pertenecen a las corporaciones o a los organismos estatales, la posibilidad de expresión y de acción.

En esa misma línea de pensamiento, otros autores como Sirvent (1999) indican que la participación implica la necesidad de cambios profundos en las estructuras de poder. En este sentido, la participación se efectiviza cuando los habitantes, los miembros de las instituciones, etc., influyen de manera efectiva en la vida institucional y en la toma de decisiones.

De esta manera, la presencia ciudadana, la conquista de pequeñas parcelas de poder y la posibilidad de influir en la toma de decisiones que involucran la vida en comunidad, constituyen buenos argumentos para fomentar la participación. La práctica de la participación implica un acto de pertenencia pero también de intervención. Requiere un sentido y una acción colectiva organizada.

El concepto de participación se ha reportado bajo distintas denominaciones, que van a implicar modos de acción diferentes: Participación Ciudadana, Participación Popular, Participación Social, Participación Comunitaria. Pagani (2005) señala en su Tesis la conceptualización que Nuria Cunill Grau desarrolla sobre estos términos:

- La Participación Ciudadana comprende un tipo de práctica social que supone una interacción expresa entre el Estado y actores de la sociedad civil, a partir de los cuales estos últimos penetran en el Estado.
- La Participación Social se refiere a los fenómenos de agrupamiento de los individuos en organizaciones a nivel de la sociedad civil para la defensa de los intereses sociales, pero partiendo de que los individuos no se relacionan con el Estado, sino con otras instituciones sociales (cooperativismo, autogestión, etc.).

- La Participación Comunitaria implica una relación con el Estado es de carácter asistencial, es decir, se refiere a las gestiones de la comunidad para obtener recursos que solucionen cuestiones de su vida diaria.
- La Participación Popular, nominación que utiliza CEPAL (1982), refiere a *“las estrategias para la supervivencia en medio de las inéditas condiciones creadas por el proceso modernizador.”* (p.6)

Por otro lado Alberich (2014) plantea que *“la participación ciudadana sería una parte de la participación social, la que afecta directa o indirectamente a la comunidad, y se ejerce en relación con la administración pública”* (p. 162). Para este autor el término Participación Social se presenta como más amplio y difuso, y no necesariamente implicaría la toma de decisiones sino simplemente el ser/ estar o formar parte de alguna convocatoria, como podría ser la asistencia a un evento masivo gestionado por un gobierno local. De esta manera, no se hablaría necesariamente de una acción en términos de transformación. El autor entiende *“que la participación ciudadana en el ámbito público deriva de una contradicción en el ámbito del poder”* (p. 168). Esta contradicción se plantea en la medida en que existe un grupo *Poder* (Estado, Gobierno, Administración pública) y un *no Poder* (representado por la ciudadanía) que quiere “tomar parte” de algún aspecto o parcela de ese poder, sea por medio de información, control, consulta, cogestión, etc.).

Para Ander Egg (2003) la participación tiene dos alcances:

- La participación espontánea, de carácter coyuntural. Suele ser una reacción popular que surge y desaparece como para dar respuesta a un problema puntual.

- La participación organizada, que tiene una mayor continuidad y posee objetivos a mediano y largo plazo. Tiene un propósito de transformación social.

A partir de estas concepciones de participación, se pueden advertir dos dimensiones del término: la primera se podría denominar la dimensión social, cuyo equivalente es el cambio social, que enfatiza la participación como una forma de intervenir en asuntos públicos y como una acción colectiva necesariamente conflictiva; y una segunda dimensión que sería la política, en la que se considera la participación como una expresión de los estratos populares para lograr su ciudadanía y constituirse en sujeto de su propio desarrollo, así como una estrategia para cambiar la distribución de poder en la sociedad y como un rechazo al verticalismo del Estado (CEPAL, 1985: 5).

1.2 La Participación Comunitaria

Tal como se advierte en el apartado anterior, cuando se habla de participación se implica un término polisémico en el que resuenan diferentes ideas. Por supuesto no se trata de una propuesta innovadora o actual, ya que como estrategia de transformación social cuenta con amplia trayectoria en ciertas corrientes políticas e intelectuales, y estuvo en boga tanto en Europa como en América Latina durante los años sesenta (Blanco & Fleury, 2012).

Estas autoras analizan el término participación como portador de una polifonía de significados: *“Por una parte, cuando se habla de participación comunitaria, puede partirse de un presupuesto de cohesión social y de vínculos comunitarios que es exactamente lo que está*

ausente en los contextos de marginalización urbana. En este sentido, el concepto “participación comunitaria” se ha ido identificando en ciertos lugares con las ideologías y prácticas de las agencias de cooperación internacional que planteaban como requisito para la aprobación de sus proyectos que los gobiernos promovieran este tipo de participación”. (p. 6)

La Participación Ciudadana o Comunitaria puede partir de una demanda o exigencia de la propia comunidad, de una estrategia de los gobiernos, o derivarse de una imposición de organismos internacionales, *“los procesos participativos pueden comportar contradicciones complejas entre intereses generales e intereses particulares”* (Blanco & Fleury, 2012, p. 7). En este sentido, las ciudades y los procesos de participación que en ellas se producen pueden subordinarse a estas agendas de gobiernos y organismos, o bien pueden constituir un espacio para la construcción de alternativas. Borja (2003) explica que el ciudadano lo es en tanto ejerza como tal, la ciudadanía es una conquista cotidiana. Pensada de este modo la Participación Ciudadana o Comunitaria tendrá un propósito de transformación social, puesto que en la medida en que los ciudadanos participan de cara a la solución de sus problemas y para la satisfacción de sus necesidades, desarrollan habilidades para actuar en la vida social. Si la mejor unidad es la que se logra a partir del debate y la negociación (Bauman, 2003), también se logra a partir del trabajo activo y comprometido de los ciudadanos.

Cabría resaltar, en todo caso, que la Participación Comunitaria no debería entenderse como una tecnología de intervención ideológicamente aséptica, sino como parte fundamental de una estrategia de intervención y transformación de la ciudad, fundamentada en valores y principios políticos. Esto es, no una acción *sobre* la comunidad

sino una acción *de* la comunidad. En este sentido, Montero (2009) explica que la participación es una de las estrategias básicas para el fortalecimiento de la comunidad. Para la autora, la participación permite evaluar las necesidades y recursos de una comunidad, tomar decisiones y generar discusiones que tengan sentido para esa comunidad. Vista de este modo, la participación implicaría procesos emancipatorios puesto que favorecería el *“desarrollo de una posición cada vez más crítica y consiente de las fuerzas sociales y políticas que actúan en nuestro mundo de vida”* (Montero, 2009, p. 618). De este modo, el proceso participación-fortalecimiento configura un movimiento de acción-reflexión-acción.

Aguilar Idáñez (2001) indica que la Participación Comunitaria puede entenderse como el *“proceso social en virtud del cual grupos específicos, que comparten alguna necesidad, problema o centro de interés y viven en una misma comunidad, tratan activamente de identificar esas necesidades, problemas o centros de interés, adoptan decisiones y establecen mecanismos para atenderlas”* (p. 15). De esta forma se estaría hablando de una acción de ciudadanos que habitan una misma comunidad. El espacio común de la ciudad se transforma en virtud de la participación comunitaria, en espacio público, como un espacio propio que es comprendido como tal por los ciudadanos que interactúan en él. Así se puede pensar en la recuperación del espacio público como espacio para ser vivido, pensado, analizado y recreado por toda la comunidad. Esto conlleva la creación de espacios públicos de negociación, más allá de un mero juego de intereses, *“que permite que los actores negocien una interpretación de la realidad y la conducta apropiada para la resolución de problemas colectivos”* (Blanco & Fleury, 2012, p. 19).

Este trabajo parte del abordaje de la problemática de la participación en el ámbito local (Comunidad, Municipio). Aguilar Idáñez (2001) define a una Comunidad como *“una agregación social o conjunto de personas que, en tanto que habitan en un espacio geográfico delimitado y delimitable, operan en redes estables de comunicación dentro de la misma, pueden compartir equipamientos y servicios comunes, y desarrollan un sentimiento de pertenencia o identificación con algún símbolo local; y, como consecuencia de ello, pueden desempeñar funciones sociales a nivel local, de tipo económico (producción, distribución y/o consumo de bienes y servicios), de socialización, de control social, de participación social y de apoyo mutuo”* (p. 15). Pero no es posible pensar una Comunidad como un grupo homogéneo de personas ni de intereses sino que podrían imaginarse, en cambio, intereses contrapuestos que entran en conflicto.

Se propone utilizar el concepto Participación Comunitaria (en lugar de Participación Ciudadana) partiendo de relacionar, metafóricamente, la raíz etimológica de Comunidad, Municipio y Comunicación. Los términos Comunicación y Comunidad derivan de la palabra latina *Communis*, que significa puesta en común. Esta puesta en común dista de ser transparente y armoniosa debido a que los sujetos se encuentran en Comunidad portando sus propias voces, ideas, pensamientos, historias, que muchas veces entran en conflicto con otras voces, historias y pensamientos (Huerco, 2005).

Y los mecanismos de Participación Comunitaria son espacios de puesta en común (no necesariamente en términos de acuerdo), de diálogo, de intercambio, de debate y de acción. Y también de producción de sentido.

Por otro lado, Municipio proviene del latín *Municipium*, conformado por *munus*, *muneris*, que significa cargo pero también obligación o deber, y por el verbo *capere* que, como ya se mencionó, significa tomar o agarrar. De modo que el estar co-munis (*communis*) implica cierto tipo de obligación o deber en términos de involucrarse en una puesta en común, tomar parte (*capere*) de una producción en común. Por lo cual se podría pensar que los espacios de Participación Comunitaria, lejos de reproducir los modelos políticos vigentes, podrían constituirse en espacios comunes para crear y recrear nuevos sentidos y prácticas políticas y ciudadanas.

1.3 La Participación Comunitaria en el Desarrollo Local

Existen varias perspectivas a la hora de hablar de Desarrollo Local, por lo que este concepto carece de un cuerpo teórico homogéneo. Pero a pesar de ello, todos los enfoques parecen coincidir en algunos conceptos claves: la participación de la comunidad, la descentralización político-administrativa, la equidad.

Se podría entender el Desarrollo Local como un conjunto de prácticas institucionales participativas que conducen a mejorar la calidad de vida de una población de manera sostenible y con niveles crecientes de equidad (Caracciolo Basco & Foti Laxalde, 2003).

En este sentido, se trataría de un desarrollo inclusivo, que puede entenderse como la capacidad de llevar adelante un proyecto que considera las potencialidades territoriales, económicas, institucionales, naturales, sociales y culturales de manera sustentable: pensar *desde abajo*, teniendo en cuenta los recursos disponibles para promover actividades socio

productivas en función de los actores y potencialidades (Arroyo, 2009). Este modelo tiene como objetivo principal la promoción y movilización de recursos humanos e institucionales mediante la participación activa y democrática de la población.

El Desarrollo Local se visualiza como una forma de sensibilizar y motivar a la gente para que participe en la solución de sus propios problemas y como forma de *devolver* parcelas de la gestión pública al ámbito de la sociedad civil. Esto sería posible sólo en el nivel local (Ander-Egg, 2003). En este sentido y por su situación de proximidad, el Municipio se constituiría como el ámbito mejor situado para conocer y dar respuesta a las demandas y necesidades de los ciudadanos (Brugué & Gomá, 1998). El Desarrollo Local contribuye al fortalecimiento de los gobiernos municipales, constituyendo un modo de consolidar la democracia desde la base de la sociedad. La acción local funciona como germen de un nuevo instrumento de gestión política, un mecanismo institucional que relaciona estrechamente el Estado y la sociedad civil, a través de gobiernos locales autónomos, descentralización administrativa y Participación Ciudadana (Castells en Ander Egg, 2003).

1.4 Participación Comunitaria en Salud

Briceño-León (1998) se refiere a la salud como un hecho integral para las personas, por lo que debería ser abordada con el énfasis puesto en los miembros de la comunidad y sus problemas, y no en competencias o atribuciones de los organismos del Estado. En este sentido, propone a la Participación Comunitaria no como una meta sino como un medio para transformar el sector salud.

En la reunión de Alma Ata de 1978 se formula el concepto de Atención Primaria de la Salud (APS). La declaración de Alma Ata señala que *“la atención primaria de la salud es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.”*¹. Este concepto incorpora algunos aspectos:

- Que las prácticas sanitarias sean aceptadas por la comunidad en la que se aplican.
- Debe hacerse con la participación de la comunidad.
- Debe tender al logro de la autogestión de la comunidad en materia de salud.

De modo que el protagonismo y la centralidad de la comunidad (como objeto y sujeto de atención) serían fundamentales, ya que la Participación Comunitaria es concebida tanto como un medio -para mejorar el estado de salud-, como para un fin -lograr una comunidad autogestiva en salud y una cobertura total de los servicios de salud- (Aguilar Idáñez, 2001).

¹ Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978

El cambio fundamental en la estrategia de APS es que la comunidad y los individuos dejan de ser objeto de atención y se convierten en actores que conocen, participan y toman decisiones sobre su propia salud.

De todos modos, como ya se ha señalado anteriormente, no existe una única mirada acerca del sentido de la Participación Comunitaria en Salud. Al respecto, Bronfman y Gleizer (1994) distinguen, en principio, dos posiciones extremas: aquellas que apoyan la inclusión de la Participación Comunitaria en los programas de salud, y aquella que la rechaza. Por otro lado, señalan dos criterios que justifican esas posiciones: el que pone el eje en las consecuencias políticas y sociales, y el que enfatiza en las consecuencias para la salud.

Dentro del grupo que rechaza la incorporación de la Participación Comunitaria, quienes focalizan en las consecuencias políticas interpretan esta práctica como un pretexto para la manipulación política de la comunidad. En este grupo, Ugalde (1985) analiza las dimensiones de la participación comunitaria en América Latina y señala que la organización comunitaria muchas veces ha sido tomada por las agencias gubernamentales como mecanismo de control de las organizaciones y cooptación de sus líderes. Además señala que esta práctica ha sido utilizada en Latinoamérica como vehículo para la introducción de los valores de la sociedad de consumo, devastando valores e Instituciones de los pueblos originarios. Por otro lado, indica que estos programas han producido una explotación adicional de los pobres debido a la extracción de trabajo no remunerado.

En una línea similar, Torres Goitía (1987) indica que en Latinoamérica la Participación de la Comunidad se desvirtúa con la simple utilización de mano de obra barata y con el

intento de trasladar a la población empobrecida toda la responsabilidad de la resolución de sus problemas, ocultando la retracción del estado en torno a defender el derecho a la salud. Para este autor la auténtica participación de la comunidad implica la cogestión, y la corresponsabilidad del Estado y de la sociedad a partir de un planteamiento político claro. Su planteo como alternativa es la Movilización: *“Mientras la participación popular implícitamente significa colaboración con la jerarquía superior, y, por consiguiente, sumisión al sistema social del cual parte esa jerarquía y aceptación del privilegio y de las injusticias sociales, la movilización popular la interpretamos como la natural activación de la energía popular en defensa de sus propios intereses.”*(p. 75)

Bronfman y Gleizer concluyen que la participación definida en estos términos *“sería sólo un instrumento para legitimar al poder, ejercer control político y beneficiar intereses ajenos a los de la población. En su versión más radical, esta concepción critica indiscriminadamente cualquier inclusión de la participación comunitaria en los programas de salud, dándole a la diversidad de planteamientos con que se ha llevado a la práctica, un mismo significado.”* (p. 114)

En segundo lugar, quienes rechazan la Participación Comunitaria en salud focalizando en los efectos para el sector, señalan que con este tipo de estrategias se ofrecen servicios de baja calidad, con personal probablemente poco entrenado, y con menores recursos que los servicios que se le ofrecen a otros sectores (Testa, 1985). Por otro lado, una tercera posición argumenta que los servicios prestados a través de estas estrategias, al focalizar en lo

local, se diferencian sustancialmente de una región a otra, aumentando los costos y disminuyendo su factibilidad.

En el otro extremo se encuentra el grupo que incentiva la Participación Comunitaria en Salud, a partir de tres posiciones:

1. La que privilegia en su argumentación los aspectos políticos y sociales de la participación y la conciben como necesaria para la democratización de la sociedad.
2. La que privilegia las consecuencias de la participación Comunitaria en salud en el sector, entendiéndola como beneficiosa en términos del éxito de los programas.
3. La que, bajo una argumentación de apoyo a la participación por sus efectos, esconde una intención de manipulación en el nivel de lo social y lo político (Bronfman & Gleizer, 1994).

El primer enfoque entiende a la Participación Comunitaria como una forma de resolución de los problemas de salud que, al ser autogestiva, aumenta la autonomía de la Comunidad: *“la participación social así definida, tiene implicaciones políticas que rebasan el marco de la atención a la salud, por cuanto significa el ejercicio de poder y como tal, (el) fortalecimiento de la sociedad civil y de la democracia de base (...), (lo que) constituye una finalidad en sí misma si se la considera como una condición inherente a la democracia real (...) (y) equivale al proceso de reapropiación por la población, del conjunto de instrumentos que regulan la vida social y los servicios que presta”*. (De Roux et al. (1990) en Bronfman & Gleizer, 1994, p. 112). Desde este enfoque la Participación Comunitaria se plantea como un

fin en sí mismo y es siempre deseable, independientemente de su impacto en la salud, en tanto se eleven los niveles de conciencia y emancipación de la Comunidad. En esta línea, Briceño-León (1998) plantea que un elemento central en la Participación Comunitaria es su espíritu contestatario y crítico del poder, y la plantea como un mecanismo permanente de innovación y construcción de democracia.

Del otro lado de esta misma postura, para quienes impulsan la Participación Comunitaria en Salud argumentando a favor del impacto positivo en el sector pero con una intención de manipulación social, inclusive las mejoras en la salud constituirían un medio antes que un fin en sí mismo, y la Participación Comunitaria se incluiría como estrategia política, antes que como herramienta de utilidad técnica. En este sentido, la Participación de la Comunidad podría implicar la producción de falsos consensos, una incidencia ficticia en las decisiones y la legitimación de las desigualdades.

En cuanto al segundo enfoque, que enfatiza sobre las consecuencias de la Participación Comunitaria en la salud de la comunidad, percibe a esta estrategia como un medio técnico, y su inclusión se reduciría a necesidades programáticas. Para este enfoque, la Participación Comunitaria sería una herramienta social y políticamente neutra, y entendida únicamente como un medio para llegar a un fin, el mejoramiento de la salud de la comunidad: *“Pero la participación nunca es absolutamente neutra, ni puede ser abstraída del contexto en el que tiene lugar; siempre tiene algún efecto sobre la estructura social de la comunidad, su organización y su capacidad de acción. Aun cuando el objetivo último del programa se dirija exclusivamente a incidir sobre problemas de salud específicos y los beneficios que se*

obtengan sean claros y evidentes, al concebir a la participación como una estrategia sin consecuencias sociales, se corre el peligro de que el programa tenga efectos negativos sobre otros aspectos de la vida comunitaria” (Bronfman & Gleizer, 1994, p. 113).

En función del análisis de estas consideraciones, se podría suponer que la Participación Comunitaria podría tener efectos positivos en los resultados dentro del área de salud, como también sobre la vida social y política de los miembros de una comunidad. En este sentido, estos dos términos no deberían escindirse a la hora de plantear la inclusión de la Participación Comunitaria como estrategia en el desarrollo de los programas sanitarios.

1.5 Tipos y Modalidades de Participación Comunitaria en Salud

Para Aguilar Idáñez (2001) la Participación Comunitaria en Salud puede entenderse desde distintos alcances:

- Como participación en los beneficios y mejoras de las condiciones de vida que sean efecto de un programa.
- Como contribución que la gente aporta a un programa concreto.
- Como participación en la evaluación y control de los servicios de salud.
- Como participación en la planificación y programación de las acciones y servicios.
- Como participación en la toma de decisiones sobre problemas y programas que les afectan.
- Como cogestión y autogestión de programas y servicios.

Estos alcances definen niveles distintos de Participación Comunitaria, que podrían partir desde mecanismos únicamente de información de la Gestión de Gobierno a la Comunidad (que sería una participación baja) hasta mecanismos de participación/involucramiento en el diseño de los programas y evaluación de los mismos (que sería una participación alta).

Al respecto, Ander-Egg (1992) clasifica la participación a partir de los siguientes ejes:

- Participación nula /Como oferta/ invitación: se pretende es que las personas tomen parte de decisiones ya tomadas *desde arriba*.
- Participación baja/Como consulta: Los responsables de diseñar y ejecutar un programa consultan (cuando quieren) a la gente solicitando su punto de vista sobre algo que ya se está haciendo.
- Participación restringida/Por delegación: Posibilidad de integrar un órgano a partir de representantes.
- Participación moderada/Como influencia o recomendación: capacidad y posibilidad de influir mediante propuestas acerca de lo que conviene hacer o presionando sobre los que, en última instancia, tienen el poder de decisión.
- Participación significativa/Cogestión: Donde se establecen mecanismos de codecisión o de colegialidad por los cuales la participación se convierte en algo institucionalizado o compartido.
- Participación amplia/Autogestión: Cada uno invierte directamente en la toma de decisiones conforme a las líneas generales establecidas conjuntamente por todas

las personas involucradas. Implica el control operacional en todo cuanto se realiza.

Por otro lado, Manderson et al., 1991 en Bronfman y Gleizer (1994) apuntan que la participación puede darse:

- Sólo en la discusión
- En la toma de decisiones en varios niveles (desde la definición de los mecanismos para el involucramiento de la comunidad, hasta el manejo de recursos)
- En la ejecución de las tareas
- Sólo en la utilización de los servicios

Belmartino & Bloch (1984) proponen que se pueden diferenciar modalidades de participación según la índole de las funciones que asume la población y los objetivos finales de su actividad. En este sentido, plantean dos extremos de tipo de Participación Comunitaria: Aquella que está pensada como paliativo ante la crisis fiscal, donde el Estado no puede hacerse cargo de brindar servicios de calidad a los ciudadanos con cobertura exclusiva del sistema público de salud, por lo que se apela a la participación de la misma comunidad de cara a resolver sus propios problemas sanitarios. En este tipo de modelo participativo, la población se integra en actividades programadas por los funcionarios estatales y el personal de los servicios de salud, no participa en la planificación de las mismas y, por supuesto, tampoco en la definición de prioridades y la asignación de recursos.

En el extremo opuesto se encuentra el modelo de Participación Comunitaria en salud que se designa como emancipadora. Su objetivo es potencializar la capacidad

transformadora de la lucha política de las clases subalternas: *“la participación se concibe como instancia concientizadora y movilizadora a través de la cual la población toma conciencia de los componentes extra sectoriales de la problemática de salud, los determinantes sociales de los procesos de enfermedad, y se organiza para diseñar estrategias eficaces para lograr mejores condiciones de vida”* (Belmartino & Bloch, 1984, p. 6).

Por su parte, Menéndez (2006) tipifica a la Participación Comunitaria en función de la integración de los grupos que se movilizan:

- Personas y microgrupos espontáneos: los grupos domésticos, los grupos de pares, los laborales a nivel de pequeño grupo, etc., en los cuales se generan básicamente actividades de autoatención.
- Microgrupos y mesogrupos contruidos: incluye grupos organizados intencionalmente, como grupos de autoayuda para padecimientos específicos, comunidades terapéuticas, comités de salud, grupos contruidos para la realización de acciones inmediatas o a mediano plazo. Aquí se implica la construcción voluntaria de acciones.
- Macrogrupos: refieren a grupos, que en algunos casos se constituyen a partir de los anteriores, en la medida que se incluyan momentánea o permanentemente en organizaciones o procesos más amplios: los movimientos sociales en salud, los feministas, los grupos homosexuales, los ecologistas, etc. La mayoría de estos grupos se organizan y movilizan a partir de su especificidad.

1.6 Saber/Poder, el problema de la equidad en Salud

Para Bang & Stolkiner (2013) La Participación Comunitaria opera directamente en la distribución de poder en un conjunto social. Y en las prácticas participativas, saber y poder se refuerzan recíprocamente.

Para Rovere (2016) la distribución del saber y del poder construye equidad en términos de salud. Y en los procesos de Participación Comunitaria (que se incluye dentro de la categoría de poder) debería pensarse en una justa redistribución del saber que apunte a fortalecer a la comunidad para la toma de decisiones en torno a los procesos de salud/enfermedad/atención.

Para Belmartino & Bloch la democratización de ese saber deberá enfrentar dos tipos de problemas: *“desnudar la carga ideológica discriminante que subyace en las concepciones dominantes sobre los procesos de salud-enfermedad, y facilitar a los sectores populares la incorporación de una serie de nociones indispensables para la total comprensión de sus necesidades de salud y la elección de los medios destinados a satisfacerlas”*. (p. 10)

Si se quisiera pensar en procesos de Participación Comunitaria democráticos y emancipatorios, con el poder equitativamente distribuido, entonces también se debería democratizar (o socializar) la distribución del saber.

2. La perspectiva de Redes

Rovere (2016) caracteriza a las redes como *redes de personas*², puesto que no conectan instituciones o cargos, sino que conectan personas entre sí. En este sentido, redes sería el *lenguaje de los vínculos*.³

2.1 Redes y Movimientos sociales

Desde finales de la década del sesenta el tema de los movimientos sociales se constituye como un nuevo campo de estudio que llamará la atención de las ciencias sociales. Esto se debe, en parte, a que la sociología tradicional dejaría de tener respuestas para analizar los nuevos procesos socio políticos emergentes. Nuevos modos de darse de las formas contenciosas en las luchas por los derechos civiles, movimientos estudiantiles o de mujeres, abren la puerta a la reflexión sobre nuevas formas de acción colectiva. Es así como surgen nuevos paradigmas de la sociología, que intentarán dar cuenta de estos fenómenos: La teoría de la movilización de recursos (TMR) y la teoría de los nuevos movimientos sociales (TNMS), también llamado paradigma orientado a la identidad.

Tal como destacan Pérez y Natalucci (2008), la primera teoría surgió cuestionando las perspectivas que caracterizaban a los episodios de movilización como anormales. Esta teoría en cierta forma viene a responder acerca de los motivos de la acción colectiva y sus formas de expresión y comprensión por parte de los actores movilizados. Los autores identificados con este enfoque, Mc. Carthy, Zald, Jenkins entre otros, pusieron su foco en la distribución

²Cursiva del autor

³ídem

de recursos, la racionalidad y los incentivos que llevaba a los actores a participar colectivamente.

En tal sentido los postulados de esta teoría para analizar la acción colectiva provenían de las teorías de la racionalidad económica y de los beneficios individuales de la acción colectiva desarrollados por economistas como Mancur Olson. Este enfoque no se pregunta por los objetivos que llevan a los individuos a participar de una acción colectiva, sino que analiza la acción en función de la lógica de la interacción estratégica y de los cálculos de costo/beneficio. (Cohen, 1985). En otras palabras, focalizan en la eficacia con que las organizaciones sociales hacen uso de los recursos a su alcance para alcanzar sus objetivos. Las posibilidades de movilizarse dependen de los recursos, de la organización del grupo y de sus oportunidades. La organización se vuelve un elemento necesario para este enfoque, en tanto que las organizaciones (las acciones colectivas y los movimientos sociales) se mueven en un contexto de mercado donde los recursos son limitados y siempre en disputa. Cada individuo realiza un análisis de costo/beneficio antes de definir su participación. Desde el enfoque de la TMR lo que habilita la participación de un actor en un episodio colectivo o en una organización es compartir intereses con otros, los intereses son determinantes al momento de definir los propósitos y objetivos del movimiento (Pérez y Natalucci, 2008). Así la movilización es el proceso por el cual los grupos organizados se apropian de los recursos, los controlan y canalizan para lograr y alcanzar cambios sociales.

En Europa, el surgimiento de nuevos movimientos sociales (de mujeres, ambientalistas, de estudiantes, etc.) dio lugar a un enfoque que priorizó los procesos identitarios de los movimientos, aspecto teórico que tal como se comentó la TMR no incorporó dentro de sus

postulados. El paradigma orientado hacia la identidad sostiene que no es posible aplicar modelos neo utilitaristas de actores racionales a aquellos colectivos cuya interacción no se restringe a intercambios políticos, negociaciones y/o cálculos estratégicos entre adversarios, sino que la lógica de la interacción colectiva implica algo más que la racionalidad estratégica (Cohen, 1985).

Pizzorno (en Cohen, 1985) expresa que la lógica de intercambio que se basa en el análisis del costo / beneficio no puede explicar la acción colectiva de los nuevos grupos que aspiran a la búsqueda de la identidad, la autonomía y el reconocimiento. Dicha lógica, continúa el autor, es útil para explicar los intercambios individuales en el mercado pero el proceso de formación de identidad involucra demandas no negociables. No obstante, la TNMS sostiene que es en la interacción donde se conforman las identidades, allí se fortalecen lazos, acuerdos, modos de acción, y se formulan demandas que después cobran visibilidad en la acción colectiva (Pérez, Natalucci, 2008). A diferencia de la TMR, la pregunta inicial sobre los nuevos movimientos sociales no estaba enfocada en el individuo racional sino en la relación e interacción entre las formas de movilización social de la década 60' y la de otros colectivos como las clases sociales (Manzano, 2004). En el marco de esta teoría, la identidad y no el actor estratégico constituye el punto de partida del análisis.

Rovere (2016) plantea que las nociones de movimientos sociales y redes en movimiento se conectan de manera múltiple. Fundamentalmente porque los movimientos sociales se organizan de manera no jerárquica, con lo que la perspectiva de redes ayudaría a entender su funcionamiento. Villasante (1998) distingue entre movimientos sociales y movilizaciones, e indica que los primeros *“son como la mar, se pueden mover en olas de*

diverso tamaño (...), en mareas más cíclicas (...) y a veces acaban constituyendo auténticas corrientes marinas que generan transformaciones sociales” (p.132). En cambio las movilizaciones son síntomas más coyunturales y no necesitan organizaciones que las sustenten. Rovere (2006) señala a los MS como redes de movimiento o movimientos en red. Estos movimientos, señala Villasante, tienen la ventaja de plantear sus propios métodos para sacar a la luz los datos necesarios de los problemas que necesitan resolución. Y lo hacen a partir de la problematización.

2.2 La lógica de las redes

Llevándolas al espacio de la salud, redes se contraponen al concepto homogeneizador de sistemas de salud, y asume la heterogeneidad. De modo que redes nos permitirá pensar en heterogeneidades organizadas. Al mirar heterogeneidades reduce con la demanda de organización piramidal y al reducirla se equiparan personas, instituciones, sociedades (Rovere, 2016). De esta forma podemos entender a redes no como una telaraña, no desde un único centro sino con formas de organización multicéntricas.

Morillo de Hidalgo (en Montero, 2004, p. 142) va a definir a las redes sociales como *“sistemas de relaciones entre actores, sean instituciones o personas, que se abren a otras organizaciones o personas con las cuales entran en comunicación con fines de utilidad en general, los cuales se traducen en la producción de bienes y servicios que tienen como beneficiarios a poblaciones de escasos recursos o con necesidades básicas insatisfechas”*.

En una línea similar y desde la psicología comunitaria, Maritza Montero (2003) define las redes comunitarias como aquellas presentes en los procesos de organización comunal. Las redes de organización comunitaria serían un entramado de relaciones y mediaciones organizadas que aportan al fortalecimiento de la comunidad. Se basan en la información y el conocimiento compartidos, son una fuente de participación y compromiso que fortalecen el poder local y ciudadano. Lo constitutivo de estas redes sería la vinculación de las personas unidas por un interés o valor común. Esta autora indica que, al generar modos tradicionales pero también alternativos de ocupar el espacio público, también son modos alternativos de acción política. En este sentido señala que *“las redes comunitarias no son en sí mismas un fin de la organización sino un medio o una estrategia para lograr una mejor organización, ya que la existencia de redes no garantiza el desarrollo comunitario aun cuando siempre aporta beneficios para la comunidad.”* (p. 180)

Villasante (1998) indica que los ciudadanos vivimos en redes con-vivenciales que, en su mayoría, tienen que ver más con las preocupaciones cotidianas que con las políticas. En este sentido, el estilo de vida sería el punto de arranque desde lo local, para de ahí pasar a lo asociativo. El autor plantea la conjunción de diversas redes desde donde puedan construirse resistencias a las explotaciones y problemáticas. Y que puedan abrir espacios de alternativas. Con lo cual, la herramienta de redes puede considerarse un concepto de relevancia dentro de movimientos emancipatorios o de lucha contra las opresiones. Y podría constituirse, entonces, en herramienta fáctica para la democratización del saber/poder (Rovere, 2016).

Los autores coinciden en que la unidad básica vincular en redes, es la relación entre sujetos. Desde esta idea, Rovere (2016) va a proponer distintos niveles en la construcción de redes, que van a centrarse en lo vincular:

- El primer nivel es el reconocimiento, que implica la aceptación del otro. No habría manera de construir redes con otro al que no reconocemos su derecho a opinar, su derecho a ser interlocutor.
- El segundo nivel es el conocimiento: luego de que el otro es reconocido como interlocutor se empieza a necesitar conocer al otro, lo que expresa interés.
- El tercer nivel es la colaboración, en el sentido de trabajar con otro. No se plantea como una ayuda organizada sino espontánea.
- El cuarto nivel es el de la cooperación, que es un proceso más complejo puesto que se parte del supuesto de que existe un problema común.
- El quinto nivel es el de la asociación, implica una forma de contrato o acuerdo que significará compartir recursos.

Bang & Stolkiner (2013) revisan la idea de Participación Comunitaria desde la perspectiva de redes y señalan que sería necesario pensar la participación *“como una real constitución de actores sociales, como la posibilidad de incrementar interacciones para generar nuevos actores en la comunidad a través del lenguaje de los vínculos.”* (p. 141)

En este sentido, horizontalizar, socializar la información implicaría una equitativa distribución del saber y un paso para reducir la asimetría de poder-saber existente entre los grupos sociales. De esta forma, continúan las autoras, las redes comunitarias podrían

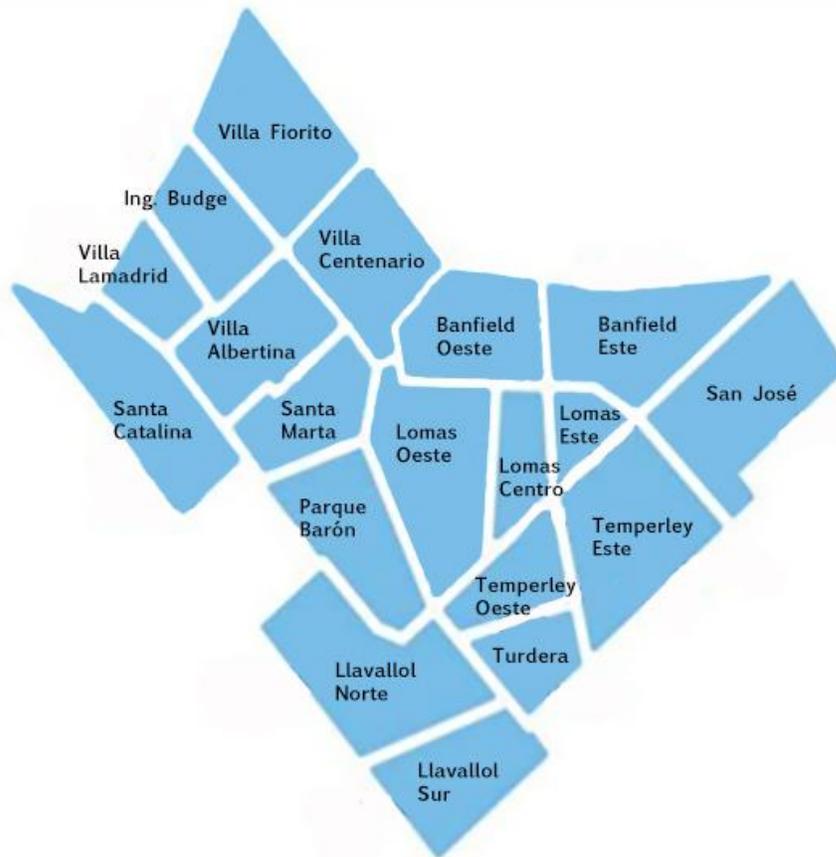
constituirse en parte de la resistencia de las comunidades, mostrar su capacidad de transformación y su carácter fortalecedor en el abordaje colectivo de la salud de la comunidad.

ÁMBITO DE ESTUDIO

1. El municipio

El municipio de Lomas de Zamora está ubicado 19 km. al sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Es uno de los 14 distritos que conforman el Gran Buenos Aires y también es uno de los 14 municipios que forman parte de la Cuenca Matanza Riachuelo (CMR).

Lomas de Zamora limita con la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y los partidos de La Matanza, Esteban Echeverría, Almirante Brown, Quilmes y Lanús.



Mapa de Lomas de Zamora por Delegaciones

El municipio tiene una superficie de 89 Km² equivalente al 2,4 % del territorio total del Gran Buenos Aires. Cuenta con 613.192 habitantes y 200.962 viviendas, según los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Los datos obtenidos por el censo 2010 ubican a Lomas de Zamora como el segundo distrito con más población de la provincia de Buenos Aires⁴.

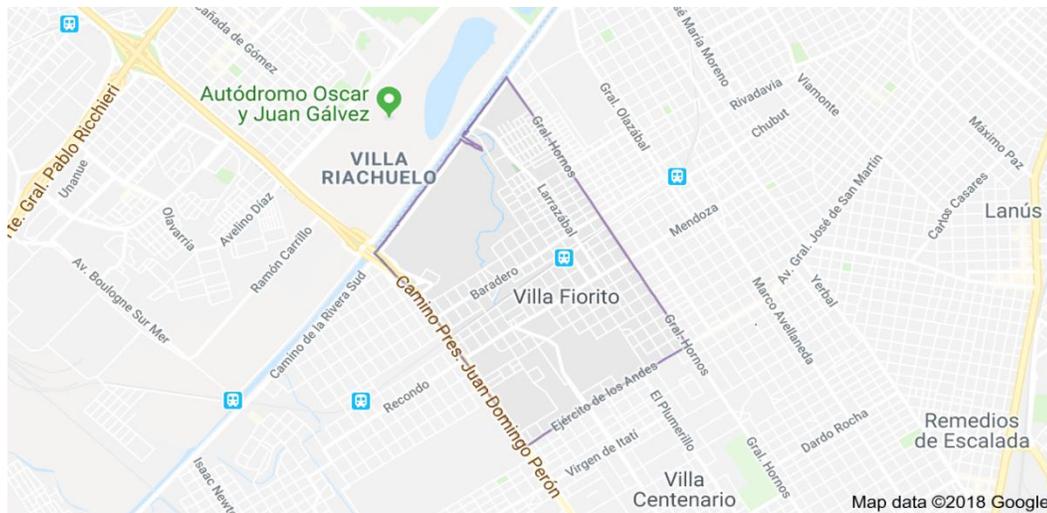
De las tres áreas de la CMR – Cuenca Alta, Media y Baja-, Lomas de Zamora forma parte de la Cuenca Baja. Esta división se debe a razones geográficas, económicas y sociales. Los valores promedio de la Cuenca Matanza Riachuelo en las distintas categorías de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) son los siguientes: Hogares con NBI 11,16%; Hogares con hacinamiento crítico (NBI 1) 4,71%; Viviendas de tipo inconveniente (NBI2) 4,09%; Hogares sin baño (NBI 3) 2,32%; Niños en edad escolar que no asisten a ningún establecimiento educativo (NBI 4) 1,24%; Jefes de hogar con educación primaria incompleta (NBI 5) 5,31%⁵.

En el presente trabajo se abordarán las mesas barriales que se desarrollaron durante el período 2013-2015 en la localidad de Villa Albertina y en Villa Fiorito.

La ciudad de Villa Fiorito se encuentra en el noroeste del partido de Lomas de Zamora. Fue declarada ciudad en el año 1995 por el intendente Bruno Tavano. Según el censo 2010, su población es de 47.200 habitantes, lo que le significó convertirse en la quinta unidad más poblada del partido, con un 7,3% del total. Villa Fiorito cuenta con tres Unidades Sanitarias: Villa Urbana, Nueva Fiorito y Salud como derecho.

⁴Datos del municipio de Lomas de Zamora: www.lomasdezamora.gov.ar

⁵Datos de ACUMAR: <http://www.acumar.gob.ar/institucional/mapa/>



Mapa de la Ciudad de Villa Fiorito

Villa Albertina se encuentra al centro-oeste del municipio, es un barrio que pertenece a Ingeniero Budge, también declarada ciudad en 1995. Ingeniero Budge cuenta con 49.500 habitantes, según el censo 2010. La localidad de Villa Albertina cuenta con cinco Unidades Sanitarias: Provincias Unidas, 19 de diciembre, El Faro, Néstor Kirchner y Villa Albertina.



Mapa de la Ciudad de Ingeniero Budge

2. Los antecedentes

El Municipio de Lomas de Zamora tiene algunos antecedentes en cuanto a la construcción de herramientas para la promoción comunitaria. Durante la gestión del Intendente Bruno Tavano (1991-1999) se encara el Proyecto Lomas, que va a constituir el modelo de gestión durante los ocho años de su mandato. Se trata de un programa de descentralización de la gestión, que agrupa a los vecinos en *Organizaciones Libres del Pueblo*, como el ex Intendente denomina a las organizaciones de la sociedad civil. Estas Organizaciones van a conformar los Consejos de Organización de la Comunidad (C.O.C.), que se crean, mediante la Ordenanza 6643/92. Las Organizaciones sociales que conforman estos C.O.C. deben contar con reconocimiento municipal. La extensión y disposición del territorio de cada C.O.C. queda determinado con su fundación, que se lleva a cabo luego de un trabajo participativo de los vecinos y sus organizaciones, más los funcionarios de la Secretaría de Promoción de la Comunidad, que se instaura específicamente para encarar este programa.

Se crean 53 C.O.C, que abarcaban alrededor de 60 manzanas cada uno. Cada Consejo elige un Presidente que lo va a representar ante el Municipio, en tanto quien lo coordina es un agente municipal. Estos Consejos se constituyen en espacios de redirección de las demandas de los vecinos, no son espacios de acción o de co-gestión, sino de discusión y planteo de problemas, que luego se elevan al municipio a través del portavoz. Esta experiencia deja de funcionar con un cambio de gestión, a partir de 1999.

Las mesas barriales de salud se constituyen a partir del 2013, como parte de un sistema de abordaje de la Atención Primaria de la Salud (APS).

3. Las mesas barriales en contexto

El Municipio de Lomas de Zamora durante los años 2013 y 2015, se propone la construcción de un sistema de abordaje que pueda entenderse como base para acelerar la aplicación de la estrategia de Atención Primaria. En el municipio se identifican tres posibles mecanismos de instrumentación de la participación comunitaria en salud:

a) Los Promotores de Salud

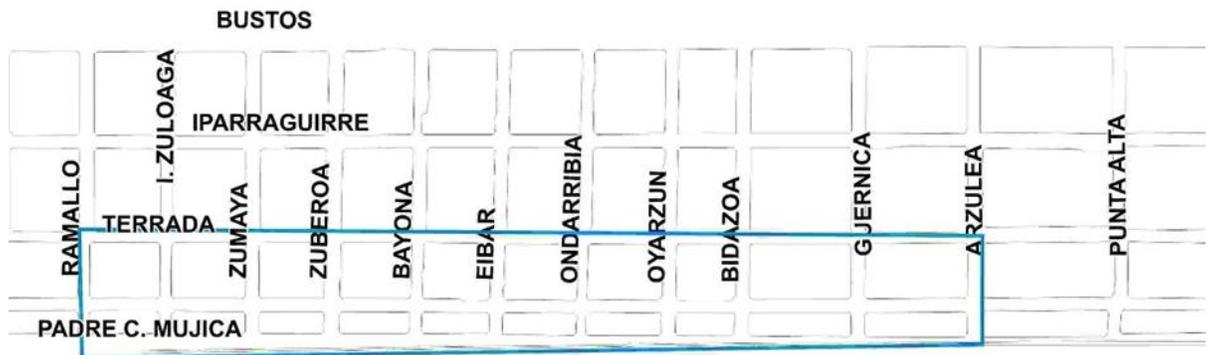
El Promotor Comunitario de salud es un referente territorial que tiene como competencia generar participación y organización comunitaria. Puede llevar a cabo acciones de asistencia, prevención, promoción y gestión barrial de la salud.

La Ley Provincial 14882 define al Promotor Comunitario en Salud como *“la persona de la comunidad, designada con este cargo por la autoridad competente, que se forma para promover la participación y organización popular, fomenta acciones en relación a los determinantes sociales de la salud, adecue los programas del sistema y genere nuevos proyectos que respondan a las necesidades de la población”*. Durante el período que se estudia en este trabajo (2013-2015), el promotor de salud percibe una beca del Programa Médicos Comunitarios⁶. El promotor de salud es un vecino del barrio, que se capacita en las escuelas *ad hoc*. Durante el período analizado, el municipio de Lomas de Zamora cuenta con cinco escuelas de formación de promotores de salud.

b) Los operativos territoriales:

⁶ La Resolución N° 915 del 13 de septiembre de 2004 creó el PROGRAMA MÉDICOS COMUNITARIOS, con el objeto de mejorar la calidad del Primer Nivel de Atención del sistema público de salud. A partir de la Resolución N° 439 el Programa pasó a denominarse: PROGRAMA MÉDICOS COMUNITARIOS - EQUIPOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. Actualmente y a partir de la Resolución 1653 - E/2016 el Programa pasa a denominarse PROGRAMA DE EQUIPOS COMUNITARIOS - COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD.

Esta estrategia de abordaje territorial se inicia en el 2012 y se enfoca en las zonas del municipio de mayor riesgo sanitario.



Misión Materno Infantil Villa Albertina

Fuente: Secretaría de salud del Municipio de Lomas de Zamora

Consiste en el recorrido casa por casa para relevar la situación sanitaria y socioambiental de cada familia y detectar embarazadas o niños de hasta seis años sin atención médica. Se organizan las derivaciones pertinentes y se completa el calendario de vacunación.

Esta tarea se realiza en territorio con la participación de médicos, trabajadores sociales, promotores de salud, enfermeros y odontólogos. La tarea está respaldada por las Unidades Sanitarias⁷ de Villa Lamadrid, Santa Catalina, Nuevo Fiorito, Las Casuarinas, El Faro, Posta sanitaria El progreso y la Secretaría de Salud.

Estos operativos reciben el nombre de Misión Materno Infantil, y entre sus objetivos se destacan: detectar factores de riesgo de morbimortalidad, detectar determinantes

⁷ Las Unidades Sanitarias son centros de atención primaria sin internación. El municipio de Lomas de Zamora cuenta actualmente con 43 Unidades sanitarias, emplazadas en los diferentes barrios.

sanitarios y favorecer el acercamiento de la comunidad a los centros de salud. Se realizaron misiones en los siguientes barrios lomenses: San José, Llavallol norte, El Faro, Villa Fiorito, Villa Lamadrid y Santa Catalina.



Misión Materno Infantil Villa Fiorito

Fuente: Secretaría de salud del Municipio de Lomas de Zamora

De los 3037 domicilios y peridomicilios relevados durante los operativos territoriales, surgen los siguientes datos⁸:

El 95% de los domicilios encuestados cuenta con agua potable pero sólo el 33% cuenta con cloacas. El 82% cuenta con un baño dentro de la casa, y el 72% tiene el baño compartido. El 81% de los domicilios cuenta con un medidor de luz. En el 93% de los domicilios, algún habitante se dedica a actividades de cartoneo. El 92% de los

⁸ Datos de la Secretaría de salud del Municipio de Lomas de Zamora, 2012-2014

encuestados conoce la Unidad Sanitaria cercana a su domicilio, y el 79% la utiliza con cierta frecuencia.

Sobre un total de 12 620 personas encuestadas, sólo el 35% cuenta con obra social y el 29% percibe algún plan social. Sobre un total de 2266 niños hasta seis años que resultaron relevados, al 89% se le han realizado controles de salud, y el 92% tiene el calendario de vacunación completo. El 69% de los niños no tiene control odontológico.

c) Las Mesas barriales de salud:

Se constituyen como espacios interinstitucionales de trabajo (autoridades de la secretaría de salud, referentes barriales, partidos políticos, iglesias, organizaciones de la sociedad civil (oscs), promotores de salud, unidades sanitarias, escuelas) Se realizan en los barrios de: Santa Catalina, Santa Marta, San José, Villa Albertina, Villa Centenario y Villa Fiorito. Cada mesa barrial tiene su propia impronta, características y desarrollo.

ESTRATEGIA METODOLÓGICA

1. Diseño de la Investigación

1.1 Tipo y alcance de la investigación

Este trabajo se propone un abordaje cualitativo de alcance descriptivo y exploratorio. La investigación cualitativa se interesa por la vida de las personas, por sus perspectivas subjetivas, por sus historias, por sus experiencias, por sus interacciones, por sus acciones, por sus sentidos, e interpreta a todos ellos de forma situada ubicándolos en el contexto particular en el que tienen lugar (Vasilachis de Gialdino, 2006).

Los diseños descriptivos buscan caracterizar y especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Registran, miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes de los fenómenos a investigar (Batthyány & Cabrera, 2011). En este sentido es que este trabajo se propone caracterizar las mesas barriales de salud.

Pero también el diseño tendrá alcance exploratorio, en tanto se propone estudiar el dispositivo mesa barrial. En este sentido, se aventura en un campo nuevo, relativamente inestructurado, poco estudiado como es el caso de la participación social en salud. Los estudios exploratorios se efectúan, normalmente, cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes (Batthyány & Cabrera, 2011).

De la misma forma que los estudios exploratorios sirven fundamentalmente para descubrir y prefigurar, los estudios descriptivos son útiles para mostrar con precisión los

ángulos o dimensiones de un fenómeno, suceso, comunidad, contexto o situación (Hernández Sampieri y col, 2010).

Se aborda la temática de las mesas barriales de salud como un **Estudio de caso**. El caso o los casos de un estudio pueden estar constituidos por un hecho, un grupo, una relación, una institución, una organización, un proceso social, o una situación o escenario específico, construido a partir de un determinado, y siempre subjetivo y parcial, recorte empírico y conceptual de la realidad social, que conforma un tema y/o problema de investigación (Neiman & Quaranta, 2006).

Las mesas barriales se proponen desde la gestión local como un momento de encuentro para recomponer los lazos sociales. Se busca involucrar a gran parte de los actores sociales de los barrios (Clubes, Unidades sanitarias, Escuelas, Jardines, Sociedades de Fomento, referentes barriales, Iglesias, partidos políticos, etc.). Cada mesa barrial plantea una modalidad diferente de integración y funcionamiento. Durante el período estudiado (2013-2015) funcionan mesas barriales en: Santa Catalina, Santa Marta, San José, Villa Albertina, Villa Centenario y Villa Fiorito.

Este trabajo se propone abordar la caracterización de las Mesas barriales, porque representan una estrategia de participación comunitaria, en el conurbano y en la provincia, novedosa y poco estudiada. Se pretende, entonces, responder ciertos interrogantes: ¿Cuáles son los criterios de conformación de las Mesas de Salud? ¿Quiénes participan? ¿Cuáles son las reglas de discusión, quién las elige? ¿Qué tipo de decisiones se toman, cómo se toman? ¿Qué grado de participación se promueve? ¿Cómo perciben su participación los actores involucrados? ¿Cómo se distribuye la relación saber/poder?

Por lo tanto, se analizará este dispositivo en las siguientes dimensiones:

- El mecanismo y la modalidad de la participación de la comunidad: canales y formas de participar.
- Amplitud de la participación: tipo y cantidad de participantes, frecuencia de la participación.
- Áreas de la participación comunitaria en los servicios de salud: si se participa en la planificación, en la ejecución y/o en la evaluación.
- Grados de participación comunitaria en salud: como utilización de servicios y participación en los beneficios, como cooperación en la ejecución de actividades, o como participación en la planificación y gestión de los programas.
- Relación saber/poder: qué grado de información y conocimiento en el área de salud tenían los actores involucrados, y cómo se movilizaba ese saber al momento de tomar decisiones.
- Impresiones de los actores: cómo percibieron los actores su propia participación en las mesas barriales, cómo valoran esa participación.

1.2 Población y Unidades de Análisis

El objetivo general de este trabajo plantea caracterizar el tipo de participación social alcanzado a través de las mesas barriales de salud del Municipio de Lomas de Zamora. De esta forma, el universo que se corresponde con este objetivo está constituido por todas estas mesas barriales y la población involucrada del Municipio. Se escogió hacer un recorte y trabajar con las mesas de Villa Albertina y Villa Fiorito. El criterio de esta selección es que

estas experiencias fueron las más convocantes en cuanto a cantidad de actores institucionales que participaron y, además, su funcionamiento se extendió por más tiempo en relación a las mesas de otros barrios.

El objetivo general pretende relevar las percepciones de los actores. Estas percepciones permitirán, por un lado, caracterizar las mesas barriales y, por otro lado, develar las ideas, apreciaciones, pensamientos y sentimientos de los actores, que darán cuenta de su propia participación en el dispositivo.

En primer lugar, las mesas seleccionadas (Villa Albertina y Villa Fiorito) constituyen la unidad de análisis. Según Neiman & Quaranta (2006) en los estudios de caso la selección suele ser intencional, en función de los intereses temáticos y conceptuales, y los casos se pueden seleccionar según diversos criterios. Como se mencionó anteriormente, se seleccionan las mesas de Villa Fiorito y Villa Albertina por tratarse de las que más extendieron su labor en el lapso de tiempo que se aborda y tuvieron una participación de diversidad de actores.

Se trata de una unidad de análisis compleja, puesto que la mesa barrial organiza un campo de fuerzas constituido por los actores que convoca y hacia todos aquellos a quienes llega la influencia de sus decisiones. Se plantea la idea de campo como espacio social de acción en el que confluyen determinadas relaciones sociales. Según De Luque (1996) Bourdieu plantea que los campos son espacios estructurados de posiciones, que son ocupadas por los distintos agentes sociales. El campo es analizado como una estructura de relaciones.

Para dar cuenta del objetivo del trabajo se parte de develar las percepciones de los actores que participan del dispositivo. En este caso, para la selección de los actores se realiza un recorte por conveniencia, puesto que se toman casos disponibles a los que se tienen acceso (Hernández Sampieri y col, 2010). En este sentido, se trabaja con los vecinos que actuaron como representantes de las instituciones. Estos vecinos fueron convocados por un referente barrial de cada uno de los barrios donde funcionaron las mesas seleccionadas para este trabajo.

1.3 Recolección de datos

Para responder a los objetivos identificados se recurre a las siguientes fuentes de información:

- Entrevistas grupales con diferentes actores sociales que han participado en las mesas barriales de salud de los barrios Villa Albertina y Villa Fiorito. Se utilizará la técnica de historia oral.
- Entrevistas semi-estructuradas con autoridades y referentes de la Secretaría de Salud del municipio de Lomas de Zamora, que ejercieron su función en el período 2013-2015.

La cantidad de entrevistas se determina siguiendo los criterios de **saturación teórica** . Esto sucede en el momento en el que ya no se obtiene nueva información y ésta comienza a ser redundante.

En las investigaciones cualitativas la cantidad de casos no es relevante desde una perspectiva probabilística, ya que el interés no es generalizar los resultados. Lo que se busca

es una indagación profunda que nos permita entender el fenómeno estudiado y responder a las preguntas de investigación (Sampieri, Fernández-Collado, & Lucio, 2006).

Se incorpora como técnica la historia oral, que permitirá ir a la realidad desde la palabra y con la palabra como constructo de conocimiento (Lara & Antúnez, 2014).

Esta técnica se utiliza para las entrevistas grupales con los actores de cada una de las tres mesas seleccionadas.

Barela y col (2009) indican que la entrevista en el campo de la historia oral es un espacio de encuentro entre entrevistado y entrevistador, en el que ambos construyen el documento. No sólo se trata de recuperar lo vivido, sino también los significados que tienen para las personas. Esta perspectiva permitirá, finalmente, relevar las percepciones de los actores respecto de su propia participación en el dispositivo.

1.4 Categorías y análisis de datos

Para Strauss y Corbin (2002) categorizar consiste en la identificación de regularidades, de temas sobresalientes, de eventos recurrentes y de patrones de ideas en los datos provenientes de los lugares, los eventos o las personas seleccionadas para un estudio. La categorización constituye un mecanismo esencial en la reducción de la información recolectada.

Las categorías generales para las entrevistas fueron las siguientes:

Sobre el dispositivo mesas barriales:

- Tipo y modo de participación
- Áreas y grados de participación

- Distribución de la relación saber/poder

Sobre los actores y su participación:

- Percepciones generales

Estas categorías amplias se fueron afinando durante el procesamiento a partir de los datos obtenidos en el campo. A partir del análisis de las entrevistas se decide agrupar las categorías en dos *dimensiones*: *Prácticas* y *Percepciones*. Si bien existen conexiones entre estas dos *dimensiones*, el criterio de esta división es analizar por un lado la caracterización de las mesas en cuanto a acciones y modalidades prácticas, y por otro las percepciones de los actores participantes sobre el dispositivo y sobre su propia participación.

Las categorías que conforman la *dimensión Prácticas* son:

- Tipo y modo de participación: Criterio de selección de los temas a tratar, modalidades de conducción, tipo de acciones en salud que se promueven e implementan, mecanismos, canales y áreas de participación.
- Grados de participación: Se seguirá la clasificación de Ander-Egg (1992) mencionada en el marco teórico, donde se tipifica el grado de participación de la comunidad desde nulo (sólo como invitación sin participar en la toma de decisiones) hasta amplia (la autogestión).
- Distribución de la relación saber/poder: Modo de circulación de saber en función de la toma de decisiones.

Como categorización a priori, se planteaba para la *dimensión Percepciones* una única categoría que estaba conformada por las percepciones generales. Pero es a partir del propio

discurso de los actores que se plantea incorporar otra categoría. Esta *dimensión* queda conformada de la siguiente manera:

- Percepciones sobre el dispositivo mesas barriales: los discursos, ideas, creencias sobre este espacio de participación.
- Percepciones generales: experiencias, valoraciones, sentidos, sobre su propia participación en el dispositivo.

1.5 Procesamiento de datos

El procesamiento en principio se realizó a partir de una transcripción completa de las entrevistas individuales y grupales. Luego se realizó una transcripción analítica de las entrevistas en base a las categorías definidas en este trabajo. Esto facilitó el análisis posterior de las entrevistas. Como base se utilizaron las categorías pre establecidas, pero se incorporaron nuevas, que surgieron a partir del discurso de los entrevistados.

El análisis se realizó con la asistencia del programa Atlas ti en su versión 7.5.4.

2. Trabajo de campo

El acercamiento a los barrios donde se desarrollaron las mesas barriales seleccionadas, se produjo gracias a un agente que trabaja en la Secretaría de salud del municipio. A partir de este contacto se trabó conocimiento con dos referentes barriales, uno en Villa Fiorito y otro en Villa Albertina. Se realizaron una serie de entrevistas informales con ambos referentes y se les presentó el proyecto. Aceptaron participar y convocar a vecinos que hubieran formado parte de las mesas barriales. Las entrevistas grupales en Villa Fiorito se

realizaron en el domicilio particular de un vecino que participó en la mesa barrial. En Villa Albertina, se realizaron en la casa del referente barrial.

Por otro lado, a través del mismo agente municipal se logró establecer contacto con el ex Secretario de Salud, el ex Sub secretario y la ex Directora de Organización para la Salud Comunitaria. Estos miembros de la gestión local cumplían sus funciones durante el período seleccionado para este trabajo (2013-2015). Con ellos se mantuvieron entrevistas individuales.

Tanto las entrevistas individuales y grupales se realizaron entre abril y junio de 2018.

RESULTADOS

El objetivo de este trabajo plantea describir la implementación práctica de las mesas barriales de salud en Lomas de Zamora, relevando las percepciones de los actores involucrados. Para dar cuenta de este objetivo, se analizará la palabra de los entrevistados a partir de las categorías anteriormente planteadas en el apartado metodológico.

Las mesas barriales de salud conforman un sistema de abordaje de Atención Primaria del que también forman parte otras experiencias como los operativos territoriales y el trabajo de promotores de salud. Quienes forman parte de la gestión de la Secretaría de salud del municipio en el período que se selecciona en este trabajo (2013-2015) entienden la necesidad de la articulación con el territorio cuando se habla de salud comunitaria. Esa articulación implica la participación de la comunidad, pero también el trabajo de los promotores de salud y el enlace con las Unidades Sanitarias. De modo que el planteo de los miembros de la gestión de la Secretaría de salud, es la necesidad de sistematizar y fortalecer el abordaje territorial.

En este sentido, surge de la palabra de los miembros de la gestión la idea de que la acción territorial implica un poco más que solamente cumplimentar con el carnet de vacunación o realizar controles sanitarios. Se proponía establecer un vínculo médico y social con la población que se abordaba.

Resulta significativo que en el discurso de los miembros de la gestión no haya expresiones del tipo de *bajar al territorio*, tantas veces escuchada cuando se habla de

políticas de APS. Por el contrario, se refieren al trabajo territorial como una parte fundante de la estrategia sanitaria, como una acción o tarea tal vez más ligada al espacio de la militancia. Esto no resulta casual, puesto que algunos miembros de la gestión de la Secretaría de salud antes de ejercer como funcionarios, desarrollaban su militancia en los barrios lomenses.

Como se mencionó anteriormente, la idea de promocionar la participación comunitaria en salud no es novedosa, aunque se torna considerablemente difusa cuando se trata de sistematizar experiencias y prácticas. Los miembros de la gestión relatan que tomaron como referencia para el abordaje de APS, el modelo de los ATAMDOS de Floreal Ferrara, en tanto experiencia de fortalecimiento de la comunidad en la provincia de Buenos Aires⁹.

Además, el municipio de Lomas de Zamora tiene como antecedente en cuanto a participación comunitaria la experiencia de los Consejos de Organización de la Comunidad (C.O.C.), que habían sido creados por la Secretaría de Promoción de la Comunidad durante la intendencia de Bruno Tavano (1991-1999). En ese momento, el municipio fue dividido 53 C.O.C., que estaban conformados por sociedades de fomento, clubes, centros culturales, asociaciones de jubilados y pensionados, representantes de los partidos políticos. Desde la Secretaría de salud se toma esta primera iniciativa como modelo de un dispositivo de participación pero pensado desde la gestión de salud y destinado no sólo a la recopilación de demandas, sino pensado como espacio de discusión/acción.

⁹ ATAMDOS fue un programa provincial de muy corta duración, que se desarrolló en la provincia de Buenos Aires, bajo la conducción del entonces Ministro de Salud, Dr. Floreal Ferrara, durante el gobierno de Antonio Cafiero. ATAMDOS quiere decir Atención Ambulatoria y Domiciliaria de la Salud. La atención era brindada por equipos multidisciplinarios compuestos por un médico, una enfermera, un psicólogo, una trabajadora social, un bioquímico y por un odontólogo cada dos ATAMDOS. Cada equipo de especialistas tenía a su cargo 300 familias, las cuales decidían por medio de asambleas sobre el presupuesto del equipo. Los ATAMDOS sólo funcionaron por 4 meses debido a la oposición que generó en ciertos sectores.

El sistema propuesto desde la gestión como estrategia para la atención primaria, implica un acomodamiento y puesta en valor de la Secretaría, antes del trabajo en territorio. Si bien el municipio cuenta con experiencias previas en cuanto a participación, la idea de generar espacios de discusión/acción circunscriptos al ámbito de salud es novedosa. Los miembros de la gestión que fueron entrevistados mencionan que se realizó un trabajo previo, que tuvo que ver con el mejoramiento de instalaciones y distribución de insumos. Un trabajo que se propuso posicionar a la Secretaría de salud en la gestión local, ocupando un lugar preponderante en el organigrama municipal, con una estructura sólida y un presupuesto que pudiera dar cuenta de las necesidades de salud de la población. Por otro lado, se propuso sostener y resignificar las Unidades Sanitarias, a partir de mejoras edilicias e incorporación de personal sanitario. Una vez cumplimentada esta etapa, la gestión se proponía una estrategia de promoción de la comunidad.

En la concepción de este sistema, las mesas barriales surgen como espacio de articulación con las Unidades Sanitarias. Estos centros tienen una gravitación sustancial en la política de salud del municipio, ya que se constituyen para facilitar el acceso a la atención primaria de salud. Por otro lado, muchas de estas Unidades tienen una historia que las identifica con el barrio en el que están instaladas, puesto que fueron construidas por los vecinos. Hay una o dos Unidades Sanitarias en cada barrio lomense. Más allá de su historia, la gestión local percibe a estas instituciones como fragmentadas. Señalan que el vínculo con los vecinos estaba desgastado, que se percibía por un lado una gran demanda de la población respecto de las prestaciones de las Unidades Sanitarias y, además, un importante grado de insatisfacción con estas prestaciones.

En este sentido, se proponían fortalecer el vínculo de los vecinos con estas Unidades Sanitarias que se había intentado apuntalar, o jerarquizar. Y para ello es que se proponían como instancia de encuentro y diálogo, las mesas barriales de salud.

Por otro lado, esta mirada que mantiene la gestión sobre la relación de los ciudadanos con las Unidades Sanitarias también es compartida por los actores que participan en las mesas barriales de Villa Fiorito y Villa Albertina, que perciben a las *salitas*¹⁰ como con poca raigambre territorial y alejadas de las necesidades de los vecinos. Sienten que estas instituciones ya no forman parte de la vida de la comunidad, que se han convertido en espacios cerrados, con una mirada meramente asistencial:

“De golpe son de esas personas llegan a la Unidad Sanitaria... tienen al paciente, lo diagnostican y derivan...no se involucran con la otra parte social digamos del por qué a veces una persona saca el turno y no va o por qué no continuó con la medicación y esas cosas”.

Para recomponer este lazo social entre el barrio y las Unidades Sanitarias, la Secretaría de salud plantea el funcionamiento de las mesas barriales, que se conforman con autoridades de la Secretaría de salud, autoridades de las Unidades Sanitarias, representantes de las instituciones del barrio, movimientos sociales, vecinos en general.

De modo que, desde la gestión de la Secretaría de salud, las mesas barriales son espacios de articulación entre vecinos, instituciones y Unidades Sanitarias, espacios multisectoriales para pensar la salud en territorio. Se retoma la idea fundacional de los C.O.C. pero, en este caso, orientada en salud y pensado más que como un modelo de

¹⁰Se suele llamar familiarmente a las Unidades sanitarias como *salitas*, en referencia a las tradicionales Salas de Primeros Auxilios.

descentralización, una instancia de trabajo conjunto, de diálogo y de fortalecimiento de la comunidad.

Por otro lado, la percepción de los actores sobre el dispositivo mesas barriales plantea un lugar de encuentro, de escucha, de acción. Relatan que en estos espacios había lugar para el reclamo y la demanda, pero también para la búsqueda de soluciones en conjunto a esas demandas.

El objetivo de este trabajo es describir el funcionamiento de las mesas barriales de salud a partir del relevamiento de las percepciones de quienes en ellas participaron. Si se analiza la perspectiva de todos los actores, esto daría cuenta de los rasgos que tuvo esta política sanitaria ya no sólo desde la mirada de la gestión local sino de su implicancia en la realidad de los vecinos de los distintos barrios. En este sentido, resulta interesante contrastar las percepciones de los miembros de la gestión y la de los actores participantes, en cuanto al dispositivo de la mesa barrial, su sentido y conformación. Desde la gestión se concibe como iniciativa propia, como lugar de reunión, como el lugar físico, material y espacial donde se va a dar ese encuentro entre varias instituciones, los administrativos de las Unidades Sanitarias y la Secretaría de salud. En cambio, los vecinos perciben a las mesas barriales de salud como un espacio de construcción propia, al que se suma luego la Secretaría de salud.

Este contraste no es ingenuo ni carece de sustento. Los barrios en los que se armaron las mesas de salud que logran mantener un trabajo consolidado por más tiempo (Villa Fiorito y Villa Albertina) son barrios con una historia previa de participación y armado

interinstitucional autónomo. El caso de Villa Fiorito resulta interesante, ya que cuando desaparece la mesa de salud continúa el trabajo participativo de vecinos e instituciones, que deriva en el armado de la Mesa de Trabajo de Campo Unamuno¹¹, actualmente institucionalizada.

Resulta interesante, también, analizar la reflexión crítica que realizan algunas autoridades de la Secretaría, acerca de cómo fue pensado y armado este dispositivo. Esto podría dar cuenta de que no se aplicaron instancias de revisión o evaluación (o co-evaluación) de esta práctica durante su período de funcionamiento. Pero podría implicar que tampoco hubo una instancia de evaluación ex-post, ya que la palabra de los miembros de la gestión no es unánime al respecto. Por otro lado, esta reflexión choca con la mirada de los actores respecto de la concepción de este dispositivo que, como se analizó anteriormente, percibían como una iniciativa propia.

Las mesas barriales comienzan a funcionar entre los años 2013 y 2014, cada una de ellas va a asumir una identidad propia en función del barrio, y las instituciones y actores que las conforman. Los miembros de la gestión de la Secretaría indican que las mesas se constituyeron en: Villa Fiorito, Barrio Obrero, Villa Albertina, Santa Marta y San José. Y señalan que tuvieron más fuerza y participación institucional en Villa Albertina y Villa Fiorito.

Por otro lado, los actores participantes dan cuenta de la amplia y diversa participación institucional, que abarca partidos políticos, movimientos sociales, Instituciones educativas y Clericales, Centros de jubilados, Comedores comunitarios, Centros culturales y vecinales,

¹¹ La Mesa de Trabajo del Campo de Unamuno abarca los barrios Diego Armando Maradona, Primero de Octubre, Soledad, Libre Amanecer, Tres de Enero, La Lonja, 17 de marzo, y Dos de mayo. Barrios delimitados por la ribera del Riachuelo y las calles Hornos, Chivilcoy y El Plumerillo.

Clubes deportivos, delegados de los distintos barrios, además de los miembros de la Secretaría y los representantes de las Unidades Sanitarias. En el relato de los actores entrevistados aparece como recuerdo el resquemor que presentaron los profesionales de la *sala* al momento en que se inicia la experiencia de las mesas, ya que reportan que los médicos y administradores manifestaban molestia o desagrado, y sentían que los vecinos y actores institucionales se acercaban para denunciarlos o exponerlos. Este dato se ajusta a la percepción de la brecha que analizaban los miembros de la gestión entre las *salitas* y el barrio.

En cuanto a las categorías Tipo y modalidad de participación y Grado de participación que propician las mesas barriales de salud, podemos identificar un acuerdo en cuanto a las percepciones de todos los entrevistados. Las mesas barriales son valoradas como espacio de intercambio, de demanda y de puesta en común para la gestión conjunta de acciones que se piensan para el beneficio de la comunidad. En este sentido, se *aprovechaban* los recursos de los que disponía la Secretaría para realizar acciones en territorio. Una de estas acciones que aparece varias veces en el discurso de los actores, es el uso del tráiler sanitario. La Secretaría cuenta con dos tráilers, que se apostaban en zonas que definía la mesa de salud de cada barrio. Este insumo era valorado como muy positivo en función de que la Unidad Sanitaria no daba abasto a responder la demanda de los vecinos. Por otro lado, estos tráilers se apostaban en zonas menos céntricas, más alejadas de las Unidades Sanitarias y próximas a los barrios periféricos. Esto impulsaba el acercamiento de los vecinos, ya que al emplazarse en una zona cercana a sus domicilios, y en una franja horaria amplia y accesible, se ampliaba significativamente la cantidad de vecinos que resultaban atendidos respecto de la asistencia

a la Unidad Sanitaria. Además, los actores de las mesas señalan que esta instancia era importante porque, más allá de ofrecer atención, completar los calendarios de vacunación, etc., impulsaba el contacto directo entre los vecinos y los profesionales de la Unidad Sanitaria.

De este modo, las mesas barriales se posicionan como nexo entre la Unidad Sanitaria y el barrio, o cubrían el espacio que no lograban llenar las *salitas*, sea por falta de personal o por los horarios en las que está abierta. La mesa barrial está más cerca del vecino, es un espacio de escucha.

Por otro lado, las mesas barriales se organizaban cuando surgía un problema de salud puntual, como lo fue el caso del dengue o el caso de varios vecinos de una misma zona con forúnculos, según reportan los actores. Aquí aparece como fundamental la estrategia del relevamiento. Los actores participantes cuentan que en estas instancias se salía casa por casa junto con profesionales de la salud y promotores de salud a ofrecer información y a relevar los casos para que tuvieran atención prioritaria y seguimiento posterior en la Unidad Sanitaria.

El relevamiento que se menciona constituye parte de la estrategia de abordaje, y lo llevan a cabo los profesionales de las Unidades Sanitarias, los promotores de salud y los actores de la mesa barrial. Estos operativos reciben el nombre de Misión Materno Infantil¹².

Las estadísticas y resultados de este relevamiento luego son informadas a la mesa barrial, y son tomadas como insumos para plantear actividades o, incluso, para definir la

¹² Este ítem fue desarrollado en Ámbito de estudio

localización de la posta sanitaria en el barrio. En este sentido, podemos hablar de una cierta distribución saber/poder:

“Porque eso que hablan del paradigma y todas esas palabritas difíciles que tienen que ver con salud, tienen que ver con que la gente tenga cierto grado de poder. Y ese grado de poder se construye en la participación directa en la toma de decisiones que puedan cambiar es realidad...”

El dispositivo de las mesas barriales permanece en acción aproximadamente un año tanto en Villa Fiorito como en Villa Albertina, que iniciaron esta experiencia en forma independiente y con distintos tiempos. El dispositivo se desactiva a partir de un cambio de autoridades en la Secretaría de salud, a finales de 2015. El hecho de que el dispositivo dejase de funcionar a partir de un cambio de autoridades no debería resultar una sorpresa, puesto que los modelos de gestión participativa aún no son prácticas cotidianas en Argentina, en ninguno de los espacios de gestión: municipal, provincial o nacional, sólo se trata de casos excepcionales. Por lo que, de momento, estas prácticas asociadas con la democracia participativa no son políticas de estado, sino acciones que tienen que ver con la voluntad, decisión o visión de quienes ocupan un cargo coyunturalmente. Este podría ser el caso de las mesas barriales de Lomas de Zamora, ya que al cambiar las autoridades, la nueva gestión no comulga con estos modelos de apertura, con lo que deja de impulsar el funcionamiento de este dispositivo.

Los actores participantes señalan como muy fuerte el impacto de esta política pública sobre la población a la que estaba destinada, indican que se produjo un acercamiento al

vecino y una mejora en la calidad de atención de las Unidades Sanitarias. Si bien señalan que no hubo mejoras en cuanto a cantidad de insumos para las prácticas médicas o incluso cantidad de personal médico necesario en función del crecimiento demográfico del barrio, argumentan que la estrategia de los tráilers y de los relevamientos aportó a la creación de un vínculo entre los vecinos y la Unidad Sanitaria. Por otro lado, indican que el dispositivo aportó a la escucha de los reclamos de los vecinos. Y que esa escucha pudo transformarse en acciones conjuntas para el beneficio del barrio. Por otro lado, los actores reportan un impacto directo respecto del acceso de la comunidad a la atención primaria, al cumplimiento del calendario de vacunación y a la atención y seguimiento de embarazadas.

La experiencia deja huellas en la palabra de los actores que participaron, que recuerdan el espacio con nostalgia pero, también, con esperanza y señales de aprendizaje. Aparecen repetidos en el discurso de los vecinos cuando se refieren a las mesas barriales, términos como: esperanza, colectivo, lucha, reivindicación, solución, fuerza, voluntad, escucha, orgullo. En términos de Bronfman & Gleizer (1994), la participación de la comunidad nunca es absolutamente neutra y siempre tendrá algún efecto sobre la estructura social de la comunidad:

“... hoy me siento orgullosa de haber transitado todo ese tiempo”

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

1. Lo que deja este caso

Este trabajo se plantea caracterizar el dispositivo mesas barriales de salud del municipio de Lomas de Zamora durante el período 2013-2015, dimensionando su grado de funcionalidad como mecanismo de construcción de saber y poder de las comunidades y de instrumentación de la relación comunidad/gobierno en el campo de la salud. Para ello se propone dar cuenta de las percepciones generales de los actores que participan en esta experiencia. Con esta idea, se llevó adelante una investigación cualitativa, de alcance descriptivo y exploratorio y se analizaron las mesas barriales como estudio de caso.

A partir de los resultados obtenidos en el trabajo de campo y del marco teórico elaborado, se proponen las siguientes reflexiones que retoman el problema de investigación:

El término participación implica una polifonía de sentidos, y existen diversas miradas sobre la participación en salud, de las cuales se dio cuenta en esta investigación. En este sentido, se puede suponer que la modalidad de trabajo de la gestión de la Secretaría de salud implicó un modelo participativo y con base territorial. El dispositivo de las mesas barriales surge en el municipio como parte de una estrategia más amplia de atención primaria de la salud (APS). Esta estrategia incorpora operativos territoriales en algunos barrios del municipio, que se llevan a cabo con personal de las Unidades Sanitarias, con promotores comunitarios y también con la participación de los actores de las mesas barriales.

Los promotores de salud perciben una beca del programa Médicos Comunitarios, pero también su capacitación y tarea se subvenciona a través de programas como Ellas hacen¹³. Esto último se debe a que, en su mayoría, son mujeres quienes ejercen la función de promotoras. El criterio de *contratación* de estos promotores de salud es discrecional, muchas veces se trata de vecinos que ya venían colaborando con la Unidad Sanitaria, pero también de referentes barriales o punteros que se identifican políticamente con la gestión de la Secretaría de salud. De todos modos no existe en este período ningún marco legal que indique el modo de contratación de estos agentes. Más allá de esta ausencia legal, cabe señalar que de cara a una política territorial de salud, caminar el territorio es fundamental y para eso hace falta un promotor de salud. Promotores que son del barrio, que conocen a los vecinos y que conocen la zona en la que habitan y en la que trabajan. Promotores que se capacitan, se forman, ya que, en definitiva, constituyen la salud en el territorio. De modo que una herramienta legal para el financiamiento de esta actividad, institucionalizaría y jerarquizaría la función de los promotores de salud.

Actualmente la Ley Provincial 14882 sanciona la creación de la figura del promotor de salud en el ámbito del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, y determina el ejercicio de esta actividad. No obstante, fueron vetados por el gobierno provincial los artículos referidos a la financiación del salario de estos agentes y a su estabilidad laboral. De modo que persiste el hueco legal, lo que está implicando que la figura del promotor se disipe

¹³ El Ministerio de Desarrollo Social de la Nación lanza el programa Ellas hacen en el año 2013, en el marco del programa Argentina Trabaja. Su objetivo principal era que mujeres en estado de vulnerabilidad pudieran acceder a un trabajo mediante de la conformación de cooperativas. También se impulsaba la terminalidad de estudios secundarios y la creación de espacios de capacitación.

en las gestiones de salud de los municipios, que no cuentan con el respaldo económico como para encarar el salario de estos agentes.

Finalmente, como tercer elemento de la estrategia de APS están las mesas barriales de salud, que nacen como espacio de articulación del barrio y las Unidades Sanitarias. Aquí resulta interesante destacar un fragmento de la historia de estas *salitas*, ya que muchas de ellas fueron creadas y construidas por los propios vecinos del barrio, y luego pasan a formar parte de la órbita municipal. Es por ello que muchas de estas Unidades Sanitarias están emplazadas en Sociedades de Fomento o Unidades básicas. A pesar de su origen barrial, estas salitas aparecen como escindidas, como alejadas de la problemática de los barrios. Esto en principio podría suceder debido a que el enorme crecimiento poblacional de estos barrios durante los últimos años, implicó que las salitas *quedaran chicas* para atender a la demanda de todos los vecinos. Otra explicación posible es que el modelo de atención en estas Unidades Sanitarias haya mutado de una práctica más cercana al vecino y a sus problemáticas a un modelo *tradicional* de atención, convirtiendo a estos centros en *hospitalitos*. Pero también hay otra explicación posible que tiene que ver con la historia fundante de estas *salitas*. El hecho de que estén afincadas en Sociedades de Fomento o Unidades Básicas, podría haber generados espacios de poder, *guetos* de poder de los punteros políticos, que podrían distribuir los insumos, turnos y atención con carácter discrecional o prebendario.

En cuanto al tipo y modalidad de participación que propone este dispositivo, y siguiendo a Aguilar Idáñez (2001), se pueden establecer los siguientes alcances:

- Como participación en la planificación y programación de las acciones y servicios: En las mesas barriales se discute el relevamiento barrial realizado¹⁴ y en función de los resultados se decide dónde emplazar el tráiler sanitario. Las mesas barriales definen la logística de la distribución de los recursos de la Secretaría.
- Como participación en la toma de decisiones sobre problemas y programas que les afectan: Cuando los promotores y vecinos detectan alguna problemática particular, se definen las acciones a emprender junto con la secretaria. Este es el caso de la campaña de prevención que se realizó en Villa Fiorito a partir de la detección de forúnculos en varios vecinos de una misma zona.
- Como co-gestión y autogestión de programas y servicios: Si bien se trata de un solo caso, desde la mesa de Villa Fiorito se plantea a la Secretaría la necesidad de optimizar y facilitar el acceso a los aptos físicos requeridos por los clubes para la participación de los niños en las actividades físicas. Estos aptos eran costosos y las Unidades sanitarias no podían dar respuesta a la gran demanda, fundamentalmente para pediatría. Finalmente este ítem se convierte en política sanitaria y comienzan a realizarse aptos físicos en las Delegaciones Municipales¹⁵ de cada barrio.

En este sentido, las acciones que se emprenden tienen que ver con dar respuesta urgente a casos puntuales. Por otro lado, el emplazamiento del tráiler, que es reportado por los entrevistados como muy positivo porque permite operativos masivos de vacunación-

¹⁴Estos operativos que ya han sido mencionados bajo el nombre de Misión Materno Infantil.

¹⁵ El Municipio tiene Delegaciones en los siguientes barrios: Fiorito, Villa Centenario, Banfield Oeste, Banfield Este, Temperley Oeste, Temperley Este, Lomas Oeste, Villa Albertina, Ing. Budge, Villa Lamadrid, Santa Catalina, Parque Barón, Santa Marta, Lomas Centro, Turdera, San José Este, San José Oeste, Llavallol Norte, Llavallol Sur.

incluso mayores de los que se realizan en la Unidad Sanitaria- también se trata de una acción paliativa y segmentada. Briceño-León (1998) propone la Participación Comunitaria no como una meta sino como un medio para transformar el sector salud. Por otro lado, Aguilar Idáñez (2001) señala a la participación comunitaria, además de como medio, como meta para la autogestión de la comunidad y la cobertura total de los servicios de salud. El dispositivo de las mesas barriales se planteó como herramienta de articulación comunidad/gobierno en el marco de salud. En principio podría pensarse que el dispositivo fue proyectado en acuerdo con el concepto de Briceño-León, puesto que la intención era una mejora en el sector salud, en términos de accesibilidad de los vecinos a los niveles de atención primaria. Por otro lado, se procuraba una transformación de APS a partir de mejorar el vínculo de las unidades sanitarias con los vecinos. Pero en el relato de los actores entrevistados no aparece ninguna percepción respecto de sentirse co-gestores de la política de salud. Con lo cual no se puede hablar, en principio, de una meta hacia la autogestión. En cambio, la posibilidad de definir la locación del tráiler sanitario, o la posibilidad de participación en el relevamiento casa por casa, aparece de manera reiterada en el discurso como un gran logro del trabajo común. De modo que toda práctica que tendiera a la resolución de problemáticas puntuales era sumamente valorada. Esto podría revestir al dispositivo mesas barriales con un carácter meramente paliativo, en el sentido de constituirse sólo para apuntalar los déficits en atención primaria abriendo un espacio de participación. Pero, por otro lado, el haber incorporado desde la Secretaría de salud como política sanitaria la gestión de los aptos físicos de los niños, indica una posible apertura hacia las propuestas de lo resuelto en las mesas barriales. Con lo cual, posiblemente, de haber continuado el trabajo de las mesas barriales

se podría haber avanzado, si no hacia la autogestión, por lo pronto hacia espacios de co-gestión.

Retomando el tipo y modo de participación, y siguiendo a Manderson et al., 1991 en Bronfman y Gleizer (1994), a partir del relato de los entrevistados se puede percibir que la participación comunitaria se dio tanto en la discusión como en la toma de decisiones, la ejecución de tareas y la utilización de servicios.

La agenda de las reuniones se define a partir del resultado del relevamiento, pero se nutre de los aportes de los representantes institucionales y vecinos. No hay actas formales, sólo se toma nota de las acciones que se emprenderán a posteriori. Generalmente se realiza una reunión mensual, que dura entre dos y tres horas. La conducción de estas reuniones no tiene un único liderazgo, en la mesa de Villa Fiorito son conducidas por los miembros de la gestión de salud junto con un representante institucional, en tanto que en Villa Albertina la conducción de las reuniones va rotando entre los participantes. En referencia a las reuniones, en los dos barrios se realizaban en diferentes horarios. Mientras que en Villa Albertina se hacían al mediodía, en Fiorito se llevaban a cabo por la noche. El hecho de que se realizaran en horario nocturno podría haber limitado la participación de los administradores de las Unidades Sanitarias, ya que implicaba asistir fuera de su horario de trabajo y, además, fuera de cualquier cobertura por accidentes laborales o eventualidades. Esto sumado a que se trata de barrios caracterizados trivialmente como *peligrosos*, podría haber desanimado la asistencia de estos agentes municipales, ya que la participación en las mesas barriales no representaba una obligación laboral sino que estaba limitada a la buena voluntad individual.

Por otro lado, al no llevar actas, a las reuniones se les podría haber revestido con un halo de informalidad. Esto es, si no se llevan actas no hay registro de lo acordado, con lo cual lo definido en estos espacios puede ser difuso, puede ser modificado o puede ser suplantado. Además, si es un espacio *informal*, lo definido no resulta ineludible, con lo cual podría convertir a las mesas barriales en meros espacios de denuncia y catarsis.

Se puede hablar de un grado de participación moderada en términos de Ander Egg (1992) en tanto que los vecinos e instituciones tienen la posibilidad de influir mediante propuestas acerca de lo que conviene hacer. Si bien se llega a la co-gestión en acciones puntuales, las decisiones o propuestas de las mesas barriales no inciden en la definición de la política sanitaria del municipio, ni modifica significativamente las estrategias de APS planteadas por la Secretaría, como se mencionó anteriormente.

La Participación Comunitaria opera en la distribución del Poder en un grupo social. Con lo cual, los espacios como las mesas barriales de salud podrían constituirse en espacios comunes para crear y recrear nuevos sentidos y prácticas políticas. Y esto remite a pensar sobre la equidad/inequidad en los procesos participativos. Por caso, una manera de escamotear Poder es abrir espacios de participación en salud pero negar a la comunidad la información necesaria para la toma de decisiones.

Para Rovere (2016) la distribución del saber y del poder construye equidad en términos de salud. En el dispositivo mesas barriales existe un intercambio de información, puesto que los resultados estadísticos del relevamiento se comparten para la discusión. Estos datos funcionan como insumo para la toma de decisiones posterior. De este modo, si la

información está disponible y resulta accesible para todos, es posible pensar en la plena participación de todos los actores en la toma de decisiones.

Por otro lado, el relato de los entrevistados da cuenta de que se buscan estrategias para horizontalizar el debate, de modo que *valga* tanto la palabra de profesionales de la salud como la de no profesionales.

Las mesas de salud son percibidas por los entrevistados como un espacio de intercambio, de *ida y vuelta*, de escucha y de trabajo. En retrospectiva, valoran su participación y cuentan que la experiencia también resulta apreciada por los vecinos del barrio, quienes fueron *beneficiados* con los operativos territoriales o con los tráilers ubicados de modo de facilitar el acceso.

2. Algunas propuestas para avanzar hacia estrategias de participación comunitaria en salud

El cambio más importante que se plantea en Alma Ata en cuanto a la estrategia de APS, es que los miembros de la comunidad dejan de ser sólo pacientes, objeto de atención, y se convierten en actores que conocen, participan y toman decisiones sobre su propia salud. Este parecería ser el espíritu que orienta a la Secretaría de salud para la construcción de su modelo de abordaje. Aunque el dispositivo funcionó más bien como un lugar para escuchar las demandas de los vecinos y responder a los casos más urgentes, operó como espacio de articulación comunidad/estado municipal, desde el que pudieron generarse acciones de manera mancomunada.

Para seguir avanzando con la estrategia, podría haberse pensado en *institucionalizar* el espacio, esto es, otorgarle un encuadre regulatorio que permitiera, en primero lugar, que las definiciones o decisiones tomadas al interior de la mesa tuvieran cierto grado de jerarquía o fueran *mandatarias*. *Institucionalizar* en el sentido de otorgar un marco legal que ubique a estos espacios dentro del organigrama de la Secretaría de salud, por ejemplo. O también institucionalizar las mesas mediante una Ordenanza del legislativo municipal, de modo que se les reconozca como instancia de trabajo conjunto y de toma de decisiones.

De este modo, la institucionalización hubiera exigido la presencia tanto de representantes de la gestión de la Secretaría como de miembros de las Unidades sanitarias. Finalmente, un marco regulatorio hubiera consolidado el espacio a fin de no diluirse con los cambios de gestión.

De esta manera, con espacios de participación comunitaria institucionalizados y consolidados, en los que no sólo se resuelva lo urgente sino que se propicie la posibilidad de co-gestionar la política sanitaria, se podría avanzar, también, a la coparticipación de los recursos y presupuestos. Es probable que los recursos con que cuentan las gestiones municipales sean relativamente escasos, pero abrir el debate a la comunidad permitiendo discutir y decidir, si no sobre la totalidad del presupuesto al menos sobre un porcentaje, podría significar avanzar hacia prácticas democráticas participativas y con carácter emancipatorio. Y, de esta forma, entender a la participación comunitaria como medio para la transformación del sector salud y como meta (herramienta) para la autogestión.

Por otro lado, resulta interesante que el dispositivo mesa barrial sea percibido por los actores como una *red*. Rovere (2016) caracteriza a las redes como redes de personas, ya que

no conectan instituciones o cargos, sino personas entre sí. En este sentido, redes sería el lenguaje de los vínculos. Las redes de organización comunitaria serían un entramado de relaciones y mediaciones organizadas que aportan al fortalecimiento de la comunidad. Pensar la gestión en salud desde la perspectiva de redes permitiría mostrar su capacidad de transformación y su carácter fortalecedor en el abordaje colectivo de la salud de la comunidad. En palabras de uno de los entrevistados: *“lo mejor es juntarse, organizarse y lucharla...”*

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar Idáñez, MJ. (2001) *La participación Comunitaria en salud ¿Mito o realidad?* Ediciones Díaz de Santos S.A. Madrid.
- Alberich Nistal, T. (2014) *Experiencias a favor y en contra de la participación Ciudadana en el ámbito local en participación política y derechos Sociales en el siglo XXI*. Fundación Manuel Giménez Abad. Zaragoza.
- Alberich Nistal, T. (1999) *Gestión pública, participación ciudadana y desarrollo local: propuestas para una gestión participativa y eficiente de lo público*. Revista Política y Sociedad, ISSN 1130-8001, Nº 31 .Universidad Complutense de Madrid. pp. 163-174.

Recuperado:<https://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/viewFile/POSO9999230163A/24789>
- Ander Egg, E. (1992) *Introducción al trabajo social*. Siglo XXI. Madrid.
- Ander-Egg, E. (2003) *Acción municipal, desarrollo local y trabajo comunitario*. Ayuntamiento de Guía de Isora. Canarias, España.
- Arroyo, D. (2009) *Políticas Sociales. Ideas para un debate necesario*. Ed. La Crujía, Buenos Aires.
- Bang, C. & Stolkiner, A. (2013) *Aportes para pensar la participación comunitaria en salud/salud mental desde la perspectiva de redes*. Ciencia, Docencia y Tecnología – Año XXIV - Nº 46. Recuperado de :

http://www.revistacdyt.uner.edu.ar/spanish/cdt_46/documentos/46_cssociales05_bang.pdf

- Barela, L. y col. (2009) *Algunos apuntes sobre historia oral y cómo abordarla*. Dirección General Patrimonio e Instituto Histórico. Buenos Aires.
- Batthyány K. & Cabrera M. (Coord.) (2011) *Metodología de la investigación en Ciencias Sociales. Apuntes para un curso inicial*. Universidad de la República. Montevideo.
- Bauman, Z. (2003) *Modernidad líquida*. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires.
- Belmartino, S. & Bloch, C. (1984) *Reflexiones sobre participación popular en Salud en Argentina*. Cuadernos Médico Sociales N° 27.
- Blanco, I.; Fleury, S.; Subirats, J. (2012) *Nuevas miradas sobre viejos problemas. Periferias urbanas y transformación social Gestión y Política Pública*. Centro de Investigación y Docencia Económicas, A.C. Distrito Federal, México. pp. 3-40.
Recuperado de : <http://www.redalyc.org/pdf/133/13324931001.pdf>
- Borja, J. (2003) *La Ciudad conquistada*. Alianza Editorial S.A. Madrid.
- Briceño-León, R. (1998) *El contexto político de la participación comunitaria en América Latina*. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v14s2/1333.pdf>
- Bronfman, M. & Gleizer, M. (1994) *Community Participation: Need, Excuse, or Strategy? What are We Talking About When We Refer to Community Participation?* Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 10 (1): 111-122. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000100012

- Brugué, Q., & Gomá, R. (1998). *Gobiernos locales y políticas públicas*. Ed. Ariel. Barcelona.
- Caracciolo Basco, M. & Foti Laxalde, M. (2003) *Economía solidaria y capital social – Contribuciones al desarrollo local*. Ed. Paidós. Buenos Aires
- CEPAL (1982) *Participación popular en el desarrollo en América Latina, División de Desarrollo social*, L. 264, (para ser presentado al seminario Internacional sobre Participación Popular de Ljubljana, Yugoslavia), Santiago de Chile.
- CEPAL (1985) *Participación comunitaria, Estado y Desarrollo hacia la incorporación de la dimensión participativa en la formulación y ejecución de programas de desarrollo, División de Desarrollo social, LC/L. 363*, Santiago de Chile.
- Cohen, J. (1985) *Estrategia e identidad: paradigmas teóricos nuevos y movimientos sociales contemporáneos*, en *Social Research*, Vol. 52, Nº 4. Traducción en *Teoría de los Movimientos Sociales*. Flacso, Cuaderno de Ciencias Sociales. Costa Rica.
- De Luque, S. (1996) *Pierre Bourdieu: Las prácticas sociales* en Díaz, E. (Editora) *La ciencia y el imaginario social*. Editorial Biblos. Buenos Aires.
- Hernández Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Lucio, P. B. (2006). *Metodología de la investigación*. Cuarta edición. McGraw-Hill Interamericana. Méjico.
- Hernández Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Lucio, P. B. (2010). *Metodología de la investigación*. Quinta edición. McGraw-Hill Interamericana. Méjico.

- Huergo, J. (2005) *Medios y Tecnologías en Educación*. Ministerio de Educación de la Nación.
- Lara, P & Antúnez, A. (2014) *La historia oral como alternativa metodológica para las ciencias sociales*. Revista de Teoría y Didáctica de las Ciencias Sociales, núm. 20. Universidad de los Andes. Venezuela. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/652/65247751003.pdf>
- Ley N° 14882. Boletín Oficial de la Provincia de Buenos Aires, 9 de enero de 2017
- Mac Adam, D.; Mc Carthy, J.; Zald, N. (1999): *“Oportunidades, estructuras de movilización y procesos enmarcadores: hacia una perspectiva sintética y comparada de los movimientos sociales”* en Mc Adam, Mc Carthy y Zald (comp.), *“Movimientos Sociales: perspectivas comparadas”*, Madrid, Istmo.
- Manzano, V. (2004) *Movimiento social y protesta social desde una perspectiva antropológica*. Facultad de Filosofía y Letras-Colección Ficha de Cátedra. Buenos Aires.
- Menéndez, E. (1998) *Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado* en Cuadernos Médicos Sociales, Rosario, N° 73, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales. Asociación Médica de Rosario.
- Montero, M. (2003). *Teoría y práctica de la psicología comunitaria. La tensión entre comunidad y sociedad*. Paidós. Buenos Aires.
- Montero, M. (2004) *Introducción a la Psicología Comunitaria. Desarrollo, conceptos y Procesos*. Paidós. Buenos Aires.

- Montero, M. (2009) *El fortalecimiento en la comunidad, sus dificultades y alcances*. Univ. Psychol. Bogotá, Colombia V. 8 No. 3. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657>
- Neiman G. & Quaranta G. (2006) Los estudios de caso en la investigación sociológica en Estrategias de investigación cualitativa. Gedisa. Barcelona.
- Pagani, ML. (2005) *Naturaleza, alcances y limitaciones de la Participación Ciudadana en municipios del gran Buenos Aires*. Tesis de Maestría. Flacso Andes. Recuperado de: <http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/1032/1/TFLACSO-2006MLP.pdf>
- Pérez, G. & Natalucci. A. (2008) *Estudios sobre movilización y acción colectiva: interés, identidad y sujetos políticos en las nuevas formas de conflictividad social* en Natalucci, A. (Editora): *La comunicación como riesgo. Sujetos, movimientos y memorias: relatos del pasado y modos de confrontación contemporáneos*. Al Margen. La Plata.
- Rovere, M. (2016) *Redes en salud. Los grupos, las instituciones y la comunidad*. El Ágora, Buenos Aires.
- Secretaría de Salud de Lomas de Zamora. *Misión Salud. La visión y experiencia de los equipos de Salud del municipio de Lomas de Zamora*.
- Sirvent, M. T. (1999) *Cultura Popular y participación social. Una investigación en el barrio de Mataderos, Buenos Aires*. UBA-Miño y Dávila Editores.

- Strauss, A. & Corbin, J. (2002) *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Editorial Universidad de Antioquia. Colombia.
- Testa, M. (1985) *Atención ¿primaria o primitiva? de salud* en Cuadernos médicos sociales, Rosario, N° 34, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales. Asociación Médica de 288 Rosario.
- Torres Goitía, J. (1987) *Salud y Democracia. La Experiencia de BOLIVIA (1982 - 1985)* Estudios ILPES UNICEF Sobre Políticas Sociales. Recuperado de: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/9025/S614T693_es.pdf?sequence=1
- Ugalde, A. (1987) *Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria en los programas de salud en Latinoamérica* en Cuadernos Médicos Sociales, Rosario, N° 41, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales. Asociación Médica de Rosario.
- Vasilachis de Gialdino, I. (Coord.) (2006) *La investigación cualitativa en Estrategias de investigación cualitativa*. Gedisa. Barcelona.
- Villasante, T. (1998) *Del desarrollo local a las redes para mejor-vivir*. Ed. Lumen/Humatitas, Buenos Aires.

ANEXOS

1. Consentimiento Informado

La presente investigación es conducida por Natacha Traverso Vior de la Universidad FLACSO Argentina. La meta de este estudio es caracterizar las mesas barriales de salud que funcionaron en el municipio de Lomas de Zamora y contrastar las percepciones de los actores que participaron en este dispositivo.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista. Esto tomará aproximadamente 1 hora, 30 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que la investigadora pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a la entrevista serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, las grabaciones se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es: caracterizar las mesas barriales de salud que funcionaron en el municipio de Lomas de Zamora y contrastar las percepciones de los actores que participaron en este dispositivo

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Natacha al teléfono XXXXXXXXXXXXXXXXX

Una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

(En letras de imprenta)

2. Guía de preguntas para las entrevistas grupales

- 1) A qué institución pertenecen?
- 2) Hace cuánto que integran esta institución?
- 3) Cómo es la relación de la institución con el barrio?
- 4) En qué años participaron de las mesas barriales de salud?
- 5) Cómo fue convocada su institución? Quién los convocó?
- 6) Qué pensaron en ese momento? Qué ideas tenían de lo que iba a ser esa mesa?
- 7) Dónde se realizó la primera reunión? Quiénes estaban, qué otras instituciones, qué autoridades?
- 8) Cuántas reuniones recuerdan que se hicieron? Cada cuánto se hacían?
- 9) Quién o quiénes coordinaban esas reuniones?
- 10) Qué se discutía en las reuniones? Quién o quiénes elegían los temas de discusión? Quiénes eran los que más hablaban?
- 11) Qué decisiones se tomaron en esas reuniones?
 - Actividades
 - Planificación
 - Propuestas
- 12) Cómo se tomaban las decisiones?

- 13) Qué poder de decisión tenían como para hacer planteos o pedir cambios o proponer acciones a realizar?
- 14)Cuál era la relación que tenían con los médicos o con los administradores de la sala dentro de las reuniones de la mesa barrial?
- 15) Qué aportes, ideas, propuestas llevaron a esas reuniones los representantes institucionales? Qué respuesta hubo desde la secretaría de Salud al respecto?
- 16) Cómo era la relación entre los que participaban de esa reunión? (peleas, disputas de poder, chicanas, acuerdos?)
- 17) Qué fue lo mejor que se llevaron de esa experiencia?
- 18) Si pudieran volver a hacerlo, qué le cambiarían a esas reuniones? Qué le modificarían a la mesa barrial?

3. Guía de preguntas para las entrevistas grupales

1. Cuándo y en qué contexto surge el proyecto de las mesas barriales de salud
2. De qué antecedentes o modelos previos se parte?
3. Con qué objetivo surge este dispositivo?
4. En qué barrios comenzaron a funcionar? Cuál fue el criterio de selección de esos barrios?
5. Qué Instituciones participaron? Cuál fue el criterio de selección de las Instituciones?
6. Qué papel jugaron los y las Promotores/as de salud en el proceso?
7. Qué rol tuvieron las Unidades sanitarias en el proceso?
8. Qué tipo/nivel de participación comunitaria se propició en esas mesas? (Como oferta/invitación, como Consulta, como Recomendación, como Co gestión, como Autogestión...)
9. Cómo se definían los temas a tratar en las mesas barriales? Quién definía la agenda? Quién “daba la palabra” en las reuniones? Había actas?
10. Quién/quienes coordinaban las reuniones?
11. En qué barrios pudo sostenerse este dispositivo? A qué se lo atribuye?
12. Cuál fue el período de inicio y el de finalización de este proyecto?
13. Qué rol jugaron las mesas barriales de salud en el sistema de abordaje de la APS?