

## Participación cívica en programas de salud pública: el caso de Argentina

Civic programmatic participation in public health: the case of Argentina

Participação programática cidadã na saúde pública: o caso da Argentina

Tulia G. Falletti <sup>1</sup>  
Santiago L. Cunial <sup>1</sup>

doi: 10.1590/0102-311X00243218

### Resumen

*Desde la Conferencia de la Organización Mundial de la Salud de Alma Ata en 1978, varios países alrededor del mundo han creado instituciones que promueven la participación de la ciudadanía en sus sistemas públicos de salud. En este artículo, en primer lugar, describimos los orígenes e implementación de un programa cívico participativo en el territorio nacional, que se realizó en Argentina a mediados de la década de los años 2000, denominado Proyectos Locales Participativos; en segundo lugar, analizamos 201 proyectos locales participativos que se llevaron a cabo en el país entre 2007 y 2008. Estudiamos los problemas de salud y medioambientales que motivaron la participación de la gente en el programa, así como la dinámica social a través de la cual se canalizaba esta participación.*

*Participación de la Comunidad; Planificación en Salud; Gobierno Local; Política de Salud*

### Correspondencia

T. G. Falletti  
University of Pennsylvania,  
133 S. 36th Street, PCPSE, Office 324, Philadelphia,  
Pennsylvania 19104, USA.  
falletti@upenn.edu

<sup>1</sup> University of Pennsylvania, Philadelphia, USA.



## Introducción

Desde la Conferencia de la Organización Mundial de la Salud de Alma Ata en 1978, varios países alrededor del mundo han creado instituciones que promueven la participación ciudadana en sus sectores de salud pública. El alcance de las actividades cívicas es bastante variado: abarca desde simplemente informar o consultar a la población sobre los programas de salud, hasta convocarlos e incorporar sus opiniones en el diseño de políticas, así como supervisar los servicios de salud, e incluso en algunos casos realizar conjuntamente políticas de programas públicos de salud <sup>1</sup>.

A pesar de que la salud es un rasgo definitorio de la vida y que se requieren unas condiciones mínimas de salud para la vida humana, se ha prestado poca atención a las políticas de salud dentro de las ciencias políticas <sup>2</sup>, en particular, dentro de la literatura relacionada con la participación ciudadana. La reciente literatura sobre participación comunitaria se ha enfocado en los consejos educativos <sup>3</sup>, de seguridad <sup>4</sup>, y de cuencas hidrográficas <sup>5</sup>, entre otras instituciones participativas locales, regionales, y nacionales <sup>6</sup>. El primer objetivo de este artículo es describir los orígenes e implementación de un programa participativo cívico en el territorio nacional, que tuvo lugar en Argentina, a mitad de la década de los años 2000: los Proyectos Locales Participativos (PLPs). El programa fue en gran parte concebido y diseñado por administradores públicos y médicos de atención primaria de salud, que habían estado trabajando durante algún tiempo en proyectos comunitarios a nivel provincial y local. El programa se hizo posible por el contexto político que favoreció la participación popular y la atención primaria de salud. El segundo objetivo fue avanzar en nuestra comprensión de los problemas de salud y medioambientales que promovieron la participación ciudadana, así como las dinámicas a través de las cuales se hizo realidad tal participación.

En este contexto, analizamos el caso de la participación cívica en Argentina en los contextos de la *participación programática* <sup>1</sup>. Definimos la participación programática como un tipo de participación institucionalmente organizada y de carácter individual, o colectiva -aprobada por el estado-, que influye o intenta influir en la gestión o distribución de bienes públicos o servicios sociales como: presupuestos públicos, escuelas, clínicas de salud, o aquellos relacionados con el medioambiente. Es decir, no se trata de una participación que busca conseguir acceso individual a servicios o bienes, como en el caso de los intercambios clientelares, donde el apoyo político se proporciona para conseguir acceso individual a servicios sociales ya sean públicos o semiprivados. La participación programática es de carácter voluntario, pero a diferencia de definiciones más amplias de participación cívica o voluntaria, estamos interesados en la participación programática que está aprobada, promovida, o al menos reconocida institucionalmente por el estado. Este tipo de participación puede, a su vez, promover diferentes tipos de actividades cívicas, entre las que resaltamos: consulta, planificación, supervisión y ejecución de políticas públicas.

El artículo está estructurado como indicamos a continuación. En el apartado siguiente, describimos los orígenes institucionales de la participación cívica en la salud pública argentina. El tercer apartado explica cómo se llevaron a cabo los PLPs. En el cuarto apartado analizamos 201 PLPs que se realizaron desde mediados de 2007 a mediados de 2008. Entre otros temas, resaltamos los problemas de salud pública abordados por las comunidades, las características de los participantes, y algunos de los rasgos hallados entre estas comunidades que participaron más frecuentemente a lo largo del año. El quinto apartado hace un balance sobre el declive del programa, y el apartado final resume los hallazgos más importantes, plantea preguntas para investigaciones futuras y algunas de las implicaciones políticas de la experiencia argentina.

## Los orígenes institucionales de la participación cívica en la salud pública argentina

Durante el siglo XX, el sistema de salud argentino evolucionó hacia un sistema fragmentado compuesto por tres subsistemas: el del sector público, que ofrece servicios públicos de salud gratuitos a través de la red de hospitales y clínicas de atención primaria de salud; el sector de seguros sociales, denominado obras sociales, para trabajadores con contrato laboral e insertados en la economía formal, así como jubilados; además del sector privado de seguros de salud. En 2010, según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), un 46% de la población estaba cubierta por obras sociales,

un 15,6% por el sector privado de salud, y el 38,4% restante de la población estaba cubierta exclusivamente por el sistema público. Es este último porcentaje de la población argentina, que depende del sistema público de salud, en el que se centra este trabajo.

Cuando se celebró la conferencia de Alma Ata, en 1978, Argentina se encontraba en el segundo año de su dictadura militar más violenta y represiva. La descentralización de los servicios nacionales de salud hacia las provincias comenzó en aquella época, y continuó en 1991, durante el período de las reformas económicas neoliberales<sup>7,8,9,10,11</sup>. Al mismo tiempo que el gobierno militar iba deshaciéndose de los servicios de salud para cedérselos a los gobiernos provinciales, también adoptó la denominación atención primaria de la salud (APS), para referirse a los programas de salud, higiene y prevención de enfermedades, que habían estado funcionando desde la década de los años 1960, basados en criterios territoriales. Estos programas se habían desarrollado en áreas rurales, particularmente en las provincias noroccidentales de Jujuy, Salta, y Tucumán (productoras de azúcar, algodón, y tabaco), en la provincia de Neuquén, y en los suburbios y periferias de grandes centros urbanos, como Buenos Aires. Además de crear la nomenclatura de APS para referirse a estos programas de salud de atención primaria, el gobierno militar desincentivó activamente la participación comunitaria. De hecho, el régimen autoritario consideró que las actividades relacionadas con la promoción de la participación comunitaria en el ámbito de la salud eran “subversivas”, y por lo tanto, sujetas a la represión sistemática del Estado. Un agente de salud trabajando en aquella época en el departamento de Güemes, en la provincia norteña de Salta, expresó muy elocuentemente el estado de la situación: *“en 1978, nace la APS (...) pero con una condición: sin participación comunitaria. Así de clarito. Todo lo que nosotros quisieramos, pero sin participación comunitaria. Digamos, por favor, [se decía en ese entonces] no patrocinen la subversión”*<sup>12</sup> (p. 368).

Con la transición a la democracia en 1983, algunos programas sociales dirigidos a poblaciones vulnerables empezaron a promover la participación comunitaria. No obstante, permaneció muy localizada y fuera del ámbito del Ministerio de Salud. De hecho, hacia el final del primer gobierno de transición democrática del Presidente Raúl Alfonsín (1983-1989), la idea de que la participación comunitaria en salud formaba parte de una agenda política izquierdista y subversiva estaba todavía profundamente enraizada en sectores de la sociedad, y en particular entre las fuerzas federales y provinciales de seguridad. El Dr. Carlos Anigstein, un médico de atención primaria y pediatra, que trabajaba en la APS en aquel momento, nos dijo (Anigstein C, Buenos Aires, 28//Dic/2017; comunicación personal):

*“A pesar de que sea inverosímil, cuando estaba en el hospital [Ramón Carrillo, en la provincia de Buenos Aires], colocaron dos bombas en mi coche y recibí amenazas de muerte. Tenía un apellido judío (...) ‘Vamos a matarte, judío de mierda’. Pero luego, cuando vinieron la policía federal y las fuerzas de seguridad de inteligencia, me dijeron ‘Y ¿qué esperaba, Doctor? Considerando el trabajo que usted hace (...)’ Para ellos, cualquier cosa que tenga que ver con participación es subversiva (...) Incluso cuando ya estábamos en 1989 [con seis años de gobierno democrático]”.*

Solamente, tras la crisis económica y política de 2001, fue cuando entró en la agenda gubernamental la participación comunitaria en salud, en gran medida como una forma de abordar las necesidades inmediatas en salud de los sectores sociales más vulnerables tras la crisis. La participación comunitaria en la supervisión (primero) y planificación (después) de los programas de salud y proyectos estuvo inspirada también por la ideología inclusiva de los diseñadores de políticas que se convirtieron en formuladores de políticas a nivel federal. Algunos de estos formuladores de políticas habían trabajado en la atención primaria de salud desde el principio de los años 1970 y habían sido influenciados profundamente por las experiencias participativas de Cuba (en los años 1960) y Brasil (desde finales de los años 1980).

Durante la administración del Dr. Ginés González García, como Ministro Nacional de Salud y Medioambiente (2002-2007), quienes ahora (a nivel nacional) eran formuladores de políticas, fomentaron la participación comunitaria en la red federal de programas de atención primaria y prevención en salud. Entre los principales formuladores de políticas que diseñaron las políticas participativas estaban: el Dr. Carlos Pacheco, el Dr. Carlos Anigstein, y el sociólogo Federico Tobar. Estos programas en el territorio nacional incluyeron, entre otros, el Programa REMEDIAR (2002-2017), el programa Médicos Comunitarios, el programa Municipalidades Saludables, y el programa PLP, que analizamos a continuación.

REMEDIAR, un programa para la distribución de medicinas gratis entre los pacientes de las clínicas de atención primaria (Centros de Asistencia Primaria de la Salud – CAPS), fue el principal antecedente de estos programas. Fue diseñado para abordar algunas de las necesidades más acuciantes de la población tras la crisis económica de 2001. Consistió en la entrega de los medicamentos y genéricos más comúnmente recetados para su distribución entre los pacientes de los CAPS, a lo ancho y largo del territorio argentino. En 2006, el programa distribuyó cajas de medicamentos genéricos (botiquines) a aproximadamente 5.000 CAPS en todo el país <sup>11</sup>. En 2007, durante su quinto aniversario, el programa elaboró un vídeo descriptivo, *Remediar 5 Años* (<https://youtu.be/OTEEzZMekio>). En el año 2012 (cuando el programa se encontraba en su décimo año de funcionamiento), la Presidenta Cristina Fernández de Kirchner (2007-2015) distribuyó el botiquín número 1.500.000 <sup>13</sup>. En las oficinas nacionales del Ministerio de Salud, REMEDIAR fue gestionado por un grupo de jóvenes profesionales relativamente pequeño y altamente cualificado, así como de expertos (algunos de ellos científicos políticos y sociólogos). Eran conscientes de las necesidades sociales y las inequidades en la distribución de los beneficios públicos de salud, y trataron de hacer frente a estos problemas abordando la eficiencia en el gasto público (mediante compras de gran volumen con medicamentos genéricos, por ejemplo) y en la distribución de estos medicamentos a pacientes, así como los botiquines, para que alcanzara a los CAPS y sus pacientes. Para evitar el posible desvío de estos recursos, las organizaciones de la sociedad civil fueron invitadas a participar como observadores del programa.

Como programa de atención en salud, REMEDIAR sobresale particularmente por diversas razones. Primeramente, fue (hasta donde tenemos conocimiento) el primer programa en el territorio nacional para promover la implicación cívica en políticas de salud. El programa tenía diez metas explícitas; entre ellas estaban: el fortalecimiento de la atención primaria en salud, la distribución directa de medicinas, el control social directo, la participación, y la transparencia <sup>13</sup>. Incluso, aunque al principio del programa la implicación de la sociedad civil estuvo limitada al papel de observadora (como vigilantes de los funcionarios locales, a quienes el gobierno central no podía supervisar completamente), tal participación se extendió con el tiempo a otros tipos de tareas, que implicaban la planificación y ejecución de políticas, como explicamos más abajo. En segundo lugar, REMEDIAR es importante porque se trató del programa desarrollado con más duración entre aquellos que fomentaron la participación, sobreviviendo a diferentes administraciones presidenciales (desde Eduardo Duhalde, a Néstor Kirchner y Cristina Fernández de Kirchner). En tercero, impulsó la implementación de otros programas participativos, como los PLPs.

La implicación cívica de la comunidad en el programa REMEDIAR fue en un primer momento en calidad de observadora. Las organizaciones sociales de carácter civil, así como los individuos que trabajaron como “guardianes” para que los botiquines repartidos por todo el país llegaran efectivamente a los CAPS para los pacientes y no se desviarán para otros usos o se distribuyeran a cambio de apoyo político por parte de personal afiliado a partidos políticos. Este tipo de comunidad supervisora se describió como de “control social directo” (Casabal A, Buenos Aires, 16/Jul/2009; comunicación personal/Monsalvo LM, Buenos Aires, 16/Jul/2009; comunicación personal). El Ministro trabajó con Cáritas (una organización católica) y la Cruz Roja (una institución considerada aconfesional) tanto a nivel central, como en las municipalidades.

Estrechamente relacionados con el programa REMEDIAR, los PLPs procuraron aumentar la participación cívica en salud, no solo en su papel como supervisores, sino también planificando (planificación participativa) y ejecutando programas. Los orígenes del programa comienzan en 2004, cuando el área dedicada a la participación del programa REMEDIAR realizó una convocatoria para recibir informes de salud de los CAPS.

A medida que los informes llegaron a las oficinas centrales del Ministerio Nacional de Salud, el personal que los leyó se dio cuenta que muchos de ellos (bien en forma de cartas, informes cortos, composiciones fotográficas) estaban presentando, en realidad, proyectos para trabajar con la comunidad o para mejorar el CAPS (Casabal A, Buenos Aires, 16/Jul/2009; comunicación personal/Monsalvo LM, Buenos Aires, 16/Jul/2009). De hecho, los informes fueron tantos, tan variados y tan interesantes que consiguieron premios en algunos eventos internacionales. Fue entonces cuando la idea de realizar una convocatoria de propuestas para la participación comunitaria a través del CAPS empezó a tomar forma. Esta iniciativa encontró el terreno abonado institucionalmente entre quienes estaban dirigiendo el Ministerio y estaban deseosos de apoyarla. Es decir, el apoyo político para este

proyecto en el nivel de liderazgo del Ministerio de Salud fue fundamental para que el proyecto pudiera ver la luz. Este apoyo, o la falta del mismo, también explicaron la futura inestabilidad del programa, como se describe más abajo.

## Proyectos Locales Participativos en salud pública

La primera convocatoria para propuestas tuvo lugar en 2006. A nivel nacional, el programa de PLP estuvo dirigido por tres trabajadores sociales altamente comprometidos con las ideas de participación comunitaria y compromiso cívico: Andrea Casabal (el único miembro del equipo que todavía estaba trabajando en el Ministerio Nacional después de 2011), Cristina Ruano, y Daniel Ventura. Ellos trabajaron en estrecha colaboración con el programa REMEDIAR, que ya contaba con experiencia en miles de CAPS en todo el país. Trescientos sesenta y nueve proyectos se presentaron al ministerio ese año. Mediante un préstamo internacional como financiación, se seleccionaron y financiaron 198 proyectos. Los proyectos se distribuyeron en 23 provincias y en la ciudad de Buenos Aires (solo la provincia de Tierra del Fuego, la situada más al sur, no contó con un proyecto participativo ese año).

En 2006, se celebró una convocatoria para recibir propuestas que tenían una serie de directrices, creadas específicamente para la planificación de la participación comunitaria, concretamente sobre cómo priorizar la salud y los problemas sanitarios a los que se enfrentaba la comunidad y el personal del CAPS a través del programa. El problema del modelo priorización fue uno de los pasos de las directrices, y merece la pena describirlo, puesto que estos problemas son excelentes descriptores del contexto socioeconómico de las comunidades donde se llevaban a cabo PLPs. Para cada problema que identificó la comunidad se tenían que preguntar seis cuestiones y las respuestas debían puntuarse entre 0 y 4: (1) “¿Cuántas personas de este grupo social están afectadas por este problema?”; (2) “¿Qué tendencia es la esperable en los próximos años?”; (3) “¿Qué probabilidad tiene este problema de generar importantes perjuicios?”; (4) “¿Qué probabilidad existe de que desarrollando acciones preventivas se reduzcan los perjuicios?”; (5) “¿Qué tipos de soluciones existen: institucionales, financieras, comunitarias?”; (6) “¿Cuál es el grado de interés de la comunidad para resolver el problema?”.

De este modo, en una reunión con agentes de salud de los CAPS, los miembros de la sociedad civil se congregaban para identificar los problemas más acuciantes en sus comunidades y el rango de los mismos, según los criterios mencionados. Se animó al uso de tableros o pósteres para realizar un seguimiento de los problemas y puntuaciones de las preguntas (en el caso de la población analfabeta estos problemas fueron representados por imágenes dibujadas a mano). También se animó a las comunidades a realizar tormentas de ideas en tableros y pósteres para identificar las causas profundas de los problemas identificados y distinguir entre los que podrían estar enfocados a una implicación de la comunidad mediante este programa y aquellos que no eran adecuados. Por ejemplo, mientras que la falta de contenedores para tirar la basura era una causa abordable, la inadecuación del servicio de recogida de basuras en el municipio no lo era.

El equipo del ministerio nacional editó un vídeo titulado *Protagonistas* con entrevistas a agentes de salud y miembros de la comunidad de siete de estos proyectos, en 5 provincias argentinas. El primer proyecto presentado en el vídeo, desde el CAPS Las Pircas, en la municipalidad de La Merced, Salta, muestra el uso de pósteres y dibujos para identificar problemas (presumiblemente, debidos a que al menos parte de la población captada por el CAPS era analfabeta), priorizarlos siguiendo las directrices, así como la tormenta de ideas sobre las causas abordables de estos problemas. En esa comunidad, el problema priorizado fue el tratamiento del agua (el proyecto se tituló *Agua y Vida*).

Los siete casos que se grabaron en el vídeo retratan las comunidades participantes que eran pobres o extremadamente pobres. En el caso del proyecto comunitario Godoy Cruz, Mendoza, por ejemplo, todos los miembros de la comunidad vivían de rebuscar en la basura de un vertedero cercano. En la comunidad norteña de Rosario de Lerma, Salta, los participantes en el proyecto son en su mayoría indígenas, y el proyecto comunitario consistió en un huerto comunitario. Como describió un miembro de la comunidad en el vídeo, el huerto comunitario emprendido con el PLPs “*Nos dejó dinero [en su hogar] para comprar algunas frutas o algo de carne*”. En otra comunidad, en la localidad de Trancas, Tucumán, el mayor problema abordado por el proyecto fue la desnutrición infantil. Una de las mujeres de la sociedad civil que participó en este proyecto explicó que el PLP la había empoderado,

al enseñarla cómo dar comidas nutritivas a sus hijos y educar a otras familias con lo que ella había aprendido: *“Estoy orgullosa de lo que he hecho, porque mi hija estaba en el tercer grado de desnutrición [severa] y ahora está normal”*.

Al año siguiente, se realizó la segunda convocatoria para PLPs. Se usaron las mismas directrices para priorizar los problemas e identificar las causas abordables <sup>14</sup>. La financiación de los PLPs durante el año 2007 procedió del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y consistió en un préstamo de 1.000.000 de Pesos Argentinos (cerca de USD 320.000) y 200 subvenciones concedidas por una cantidad de 5.000 Pesos Argentinos (cerca de USD 1.600) cada una. El ministerio recibió 569 propuestas, entre las que se seleccionaron 201, como se señala a continuación, tras una cuidadosa evaluación doble.

### Los Proyectos Locales Participativos de 2007-2008

Elegimos analizar los PLP de 2007-2008 por diversos motivos. En primer lugar, la convocatoria de propuestas en 2007 contaba con un conjunto de directrices muy claras del Ministerio Nacional de Salud (elaboradas según las directrices del año previo) y, por esta razón, basada en proyectos que estaban muy bien diseñados. Las directrices indicaban cómo se deberían presentar las propuestas, y lo más importante, cómo debía proponer la comunidad los problemas más acuciantes, según su ranking, relacionados con la salud pública (definida a grandes rasgos para incluir también asuntos medioambientales y de higiene), y cómo debería abordar la comunidad tales problemas a través de los proyectos. Estas directrices hicieron llegar al personal de los CAPS, así como de las comunidades los pros y los contras de la planificación participativa comunitaria. Fueron muy explícitos sobre cómo conseguir un diagnóstico de la comunidad local, respecto a sus problemas más acuciantes, que se podrían abordar desde una perspectiva de la participación comunitaria (así como los que no eran abordables para este tipo de proyectos, como el desempleo o la pobreza). En relación con las actividades de la sociedad civil, los PLPs promovieron: la consulta, la planificación, la supervisión, así como la ejecución de los proyectos <sup>1</sup>. La contratación de personal fue directa: cualquier miembro de la comunidad podría participar. De hecho, a todos los trabajadores de salud en los centros de atención primaria, profesionales y no-profesionales, se les preguntó acerca de su disponibilidad para trabajar con instituciones comunitarias y miembros de la comunidad (vecinos). Finalmente, las directrices también contaban con criterios claros sobre el tipo de gastos que eran subvencionables y los que no lo eran (por ejemplo, solamente hasta un máximo del 20% del presupuesto podría estar destinado a recursos humanos que no formaban parte de los CAPS, la remuneración del personal de los CAPS, o la infraestructura de gasto de los CAPS, no eran gastos susceptibles de ayudas).

La segunda razón por la que los PLPs de 2007 eran particularmente provechosos para su análisis es que, debido al hecho de que la convocatoria de propuestas se extendió a todos los CAPS en Argentina, los 201 proyectos financiados (uno más de los que se pretendían en un principio) se extendieron por localidades de todas las provincias de Argentina (Figura 1), en lugar de en solo algunas de ellas, como sería el caso de las reediciones futuras del programa de PLP.

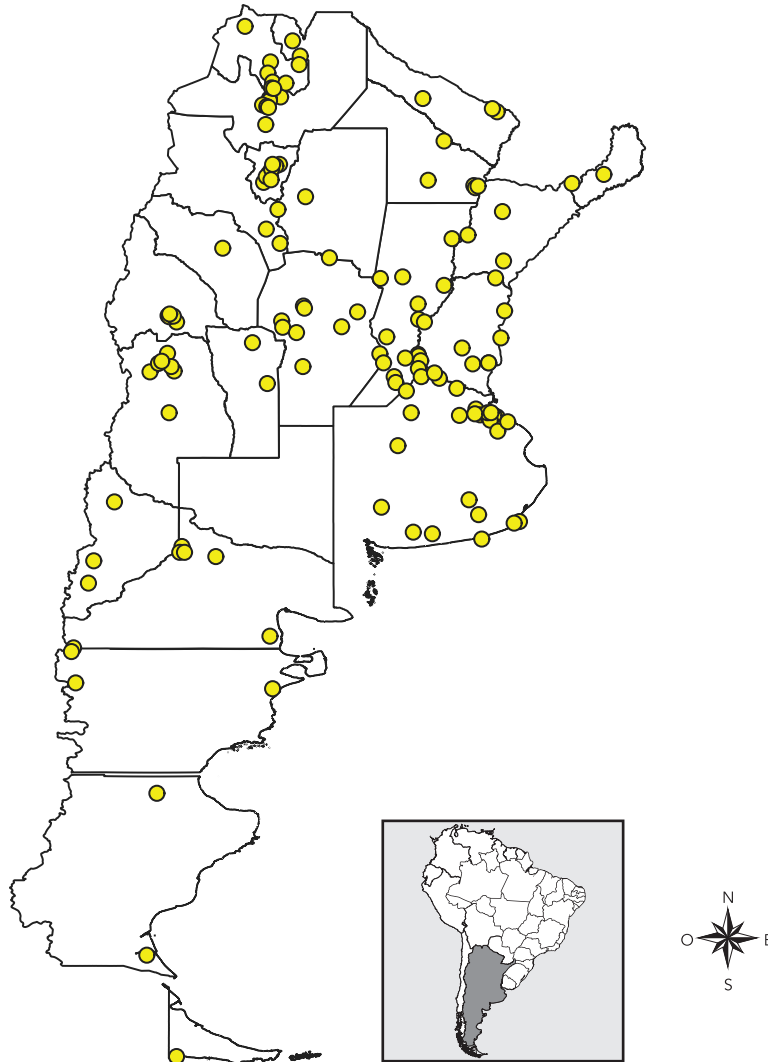
Finalmente, 2007 fue el año en el que pudimos encontrar la mayor parte de la información disponible en las oficinas y archivos del Ministerio Nacional de Salud. La información disponible consistió en docenas de archivadores de doble anillado y 5 pulgadas de grosor, que contenían fotocopias de propuestas de proyectos, presentados por las comunidades, dos evaluaciones independientes de proyectos, una evaluación de progreso a medio término, así como la evaluación final, y en 120 casos los minutos de todas las reuniones que tuvieron lugar en las comunidades, referentes a los proyectos PLPs, y también a algunos materiales adicionales, tales como copias de recibos y fotos. Toda esta información estaba disponible en el caso de los proyectos financiados. A uno de los autores se le permitió consultar y compilar electrónicamente esta información. Estos datos después fueron combinados con los datos del censo de CAPS del Ministerio de Salud del 2005.

El Ministerio recibió 569 propuestas en 2007. Entre ellas se seleccionaron 201 tras dos evaluaciones independientes. Un evaluador estaba liderando el equipo de PLP en el Ministerio Nacional de Salud. El otro evaluador, o bien era miembro de la Cruz Roja, o de Cáritas (las dos ONG que habían estado trabajando con el programa matriz REMEDIAR desde 2002). La parrilla de evaluación contaba



**Figura 1**

Distribución de los Proyectos Locales Participativos (PLPs) en salud del 2007, por localidad. Argentina.



con criterios muy claros sobre cómo evaluar cada propuesta. Estas incluían: (1) la metodología usada para diseñar los PLPs (hasta 25 puntos), (2) participación comunitaria (hasta 35 puntos), (3) relevancia sanitaria (hasta 20 puntos), (4) posibilidad de continuidad del proyecto (hasta 10 puntos, aquí se debía mencionar si existió apoyo por parte de las autoridades locales u otras fuentes de financiación, los proyectos conseguidos sumaban 5 puntos más), (5) creatividad como contribución a la APS (hasta 10 puntos). Cada evaluador asignó una puntuación entre 0 y 100 a cada propuesta, cumplimentando cada sección del cuestionario de evaluación compuesto por 3 hojas. Se promediaron las dos evaluaciones. Las 201 propuestas con mayor puntuación se seleccionaron para financiarlas.

Revisamos y compilamos las puntuaciones de todas las evaluaciones dobles de los proyectos financiados. La puntuación de las dos evaluaciones promediadas para los proyectos financiados varió de los 60,5 a los 98 puntos, con un promedio de 75,41 puntos. Respecto a la evaluación de la participación comunitaria (que podía variar de 0 a 35 puntos), la puntuación media fue 25,15, con un valor mínimo

13,8 y uno máximo de 35 puntos. Respecto a la participación comunitaria, comparando la puntuación otorgada por los dos evaluadores (diferencia de puntuación en el proyecto de participación), la media de diferencia fue de casi 3,1 puntos. Estos valores se encuentran en la Tabla 1, que también incluye el resumen estadístico de las demás variables numéricas analizadas en esta sección.

Todo en el archivo de materiales del Ministerio indicaba que el proceso de evaluación estaba basado en el mérito y no existían otras consideraciones que afectasen a los proyectos que serían financiados. No obstante, en una entrevista uno de los miembros que lideraba un equipo reconoció que intentaron contar con al menos una propuesta por provincia. Esto se puede apreciar en la Figura 2, que representa, por orden decreciente, el número de propuestas financiadas por provincia. A la provincia más poblada (Buenos Aires) se le concedieron 36 propuestas. En contraposición con esta figura, la Ciudad de Buenos Aires, y las provincias de La Pampa, La Rioja, Santa Cruz y Tierra del Fuego contaron con una propuesta financiada cada una de ellas.

Cada proyecto financiado recibió \$5.000 Pesos Argentinos (equivalente en aquella época a USD 1.600) para abordar los problemas de salud identificados como la prioridad número uno por parte de la comunidad. La mitad de la ayuda se pagó a la comunidad en julio de 2007 y la otra mitad al principio de 2018, tras la presentación de la primera evaluación del progreso del proyecto que realizó el equipo de PLP del ministerio, la Cruz Roja, Cáritas, o los miembros de la comunidad.

### **Los problemas de salud pública afrontados por las comunidades**

La primera tarea de la participación comunitaria (requería para la propuesta preliminar del PLP) fue elaborar una tormenta de ideas sobre los problemas de la salud de la comunidad y sus causas. Los problemas se definieron como la distancia real entre la situación real y una ideal, donde la situación real se consideró insatisfactoria. Asimismo, como se mencionó anteriormente, el problema tenía que ser abordable mediante la participación comunitaria. Una vez que la comunidad elegía el problema (siguiendo las directrices del sistema de puntuación), al igual que se identificaban sus causas abordables, el paso siguiente era identificar estrategias y procedimientos a seguir para abordar estas causas.

**Tabla 1**

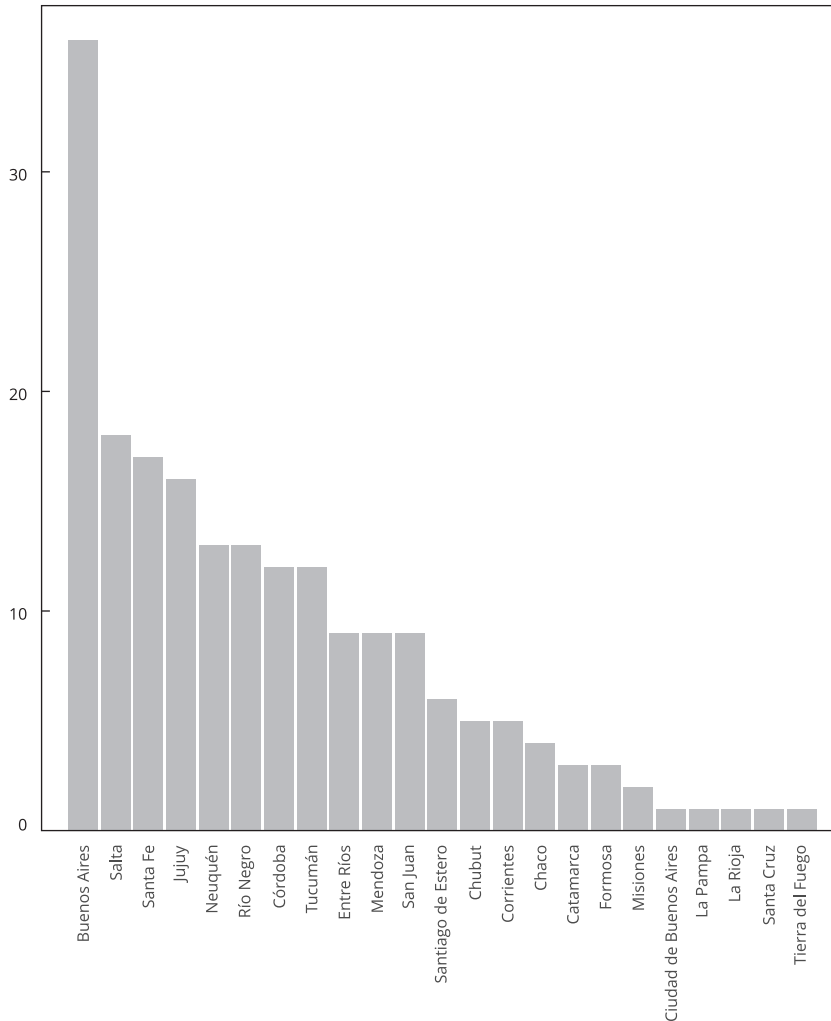
Resumen estadístico.

<b>Variable</b>	<b>Media</b>	<b>Valor mínimo</b>	<b>Valor máximo</b>	<b>Desviación estándar</b>	<b>Número de observaciones</b>
Puntuación media del proyecto	75,41	60,5	98	7,65	184
Puntuación media de la participación en el proyecto	25,15	13,8	35	5,2	184
Diferencia de puntuación de la participación en el proyecto	3,07	0	15	3,42	183
Participantes de la sociedad civil en el proyecto	8,53	0	39	5,63	184
Mujeres de la sociedad civil en el proyecto	6,14	0	25	4,17	180
Hombres de la sociedad civil en el proyecto	2,38	0	14	2,51	180
Participantes de la sociedad civil en el informe final	6,06	0	29	4,73	115
Mujeres de la sociedad civil en el informe final	4,79	0	24	4,09	115
Hombres de la sociedad civil en el informe final	1,27	0	8	1,55	115
Número de reuniones a lo largo del año	7,02	1	31	5,36	121
Número medio de participantes de la sociedad civil en las reuniones	4,53	0,11	31	4,49	118
Porcentaje del presupuesto ejecutado	79,92	18,5	100	21,51	123



**Figura 2**

Número de propuestas financiadas por provincia. Argentina.



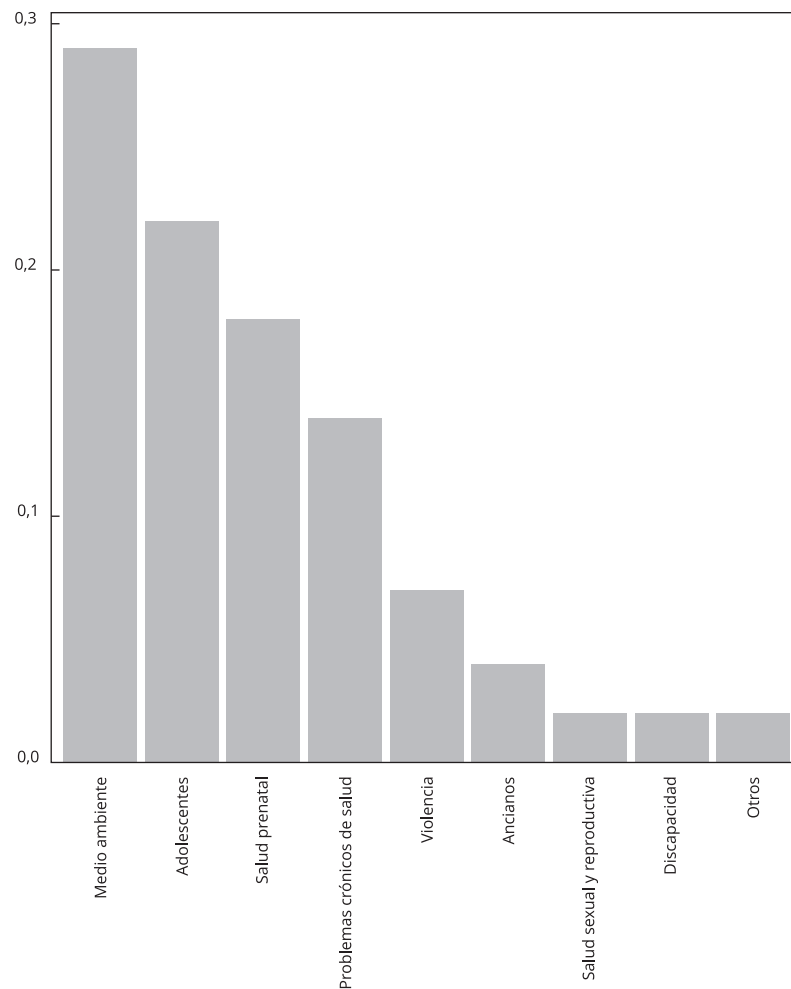
Estos procedimientos tenían que ser negociados localmente, con participación comunitaria, y encontrarse dentro de los límites del presupuesto disponible.

Entre las propuestas financiadas, la categoría con el problema más común fue la medioambiental (29% de los proyectos financiados). La mayoría de las propuestas trataban sobre el tratamiento de basuras, alcantarillado y saneamiento. Las siguientes fueron propuestas que abordaban cuestiones relacionadas con adolescentes (22%) y salud prenatal (18%). Los problemas con adolescentes algunas veces tenían que ver con embarazos adolescentes, así como con el desempleo juvenil. Otra serie de áreas problemáticas que les siguieron: problemas crónicos de salud (14% de las propuestas), violencia (un 7%, los más comunes eran proyectos relacionados con la violencia familiar), y ancianos (4%) entre otros, como se puede apreciar en la Figura 3.

La mayoría de estos problemas estaban reflejados en comunidades pobres. Los ejemplos de los problemas más prioritarios en las comunidades pobres o extremadamente pobres incluyeron: la inadecuada recogida y vertido de basura, la contaminación del agua, la falta de inodoros en los domi-

**Figura 3**

Categorías de los problemas priorizados por las comunidades en los Proyectos Locales Participativos (PLPs) (%).



cilios, niños pequeños malnutridos y que no alcanzaban marcadores de desarrollo para su admisión en preescolar, prevalencia de embarazos adolescentes, consumo de drogas (algunas veces inhalando componentes del pegamento), consumo abusivo de alcohol por parte de adolescentes, falta de oportunidades de ocio para niños y adolescentes, debido a la falta de áreas verdes comunes o instalaciones como gimnasios. En otro (pequeño número de) casos, los proyectos se centraron en problemas relacionados con la tercera edad, como talleres de memoria u otras actividades de ocio para ancianos. Sorpresivamente, estos proyectos pertenecían a comunidades urbanas, como Paraná en Entre Ríos, que se suponía menos afectada por la extrema pobreza que las áreas rurales.

### **¿Quién participa y con qué frecuencia?**

Los tipos de problemas de salud pública identificados por las comunidades y los materiales de apoyo (fotos, por ejemplo) muestran que los PLPs se encontraban la mayoría de las veces en comunidades pobres o extremadamente pobres. Asimismo, el hecho de que los CAPS eran la mayor parte de las veces usados por argentinos de un estatus socioeconómico bajo (aquellos que no contaban con cobertura por parte de una obra social o plan privado de salud) significó que el programa estuvo por su diseño sesgado hacia este sector de la población.

Las propuestas originales, así como los informes finales, tenían que estar firmados por todos los participantes presentes en la reunión en la que estos documentos se elaboraban. Mediante el cómputo de firmas, y la codificación de los nombres de los firmantes por género, pudimos calcular el número de participantes de la sociedad civil presentes en el momento de la firma del documento, así como la hora del informe final y su género.

En el momento de la firma de la propuesta del proyecto, se encontró una media de 8,5 firmas procedentes de miembros de la sociedad civil entre los 201 proyectos. El proyecto con el número más alto de firmas de la sociedad civil fue 39 -y estuvo localizado en la Villa San Isidro, Santa María, Córdoba-, y los sextos más bajos, no tenían ninguna. En el momento del informe final, la media en el número de firmas de miembros de la sociedad civil era 6, con un máximo de 29 firmas -CAPS localizados en San Pedro, Jujuy-, y un mínimo de ninguna. En el caso de los 112 proyectos en los que figuraban firmas de los miembros de la sociedad civil, tanto en la propuesta, como en el informe final, encontramos que la correlación del número de participantes es positiva y estadísticamente significativa ( $r = 0.29$ ).

Respecto de las diferencias de participación por género, la Figura 4 muestra entre los participantes de la sociedad civil, las firmas de las mujeres participantes estuvieron presentes en una proporción más grande que la de los hombres. En el momento del diseño de la propuesta, la proporción era de casi 3 mujeres por 1 hombre (parte izquierda de la Figura 4). Esto es particularmente significativo, porque la propuesta firmada refleja quien estuvo presente en el momento de priorizar los problemas dentro de la comunidad, la actividad de la sociedad civil la hemos denominado planificación. En el momento del informe final, la proporción era más grande a favor de las mujeres: casi 5 mujeres por 1 hombre.

¿Por qué las mujeres participan desproporcionadamente más que los hombres en los PLP? Creemos que esto se debe al hecho de que dentro de la división de trabajos dentro del hogar las responsabilidades relacionadas con el cuidado de la salud, predominantemente, han sido de la incumbencia de las mujeres.

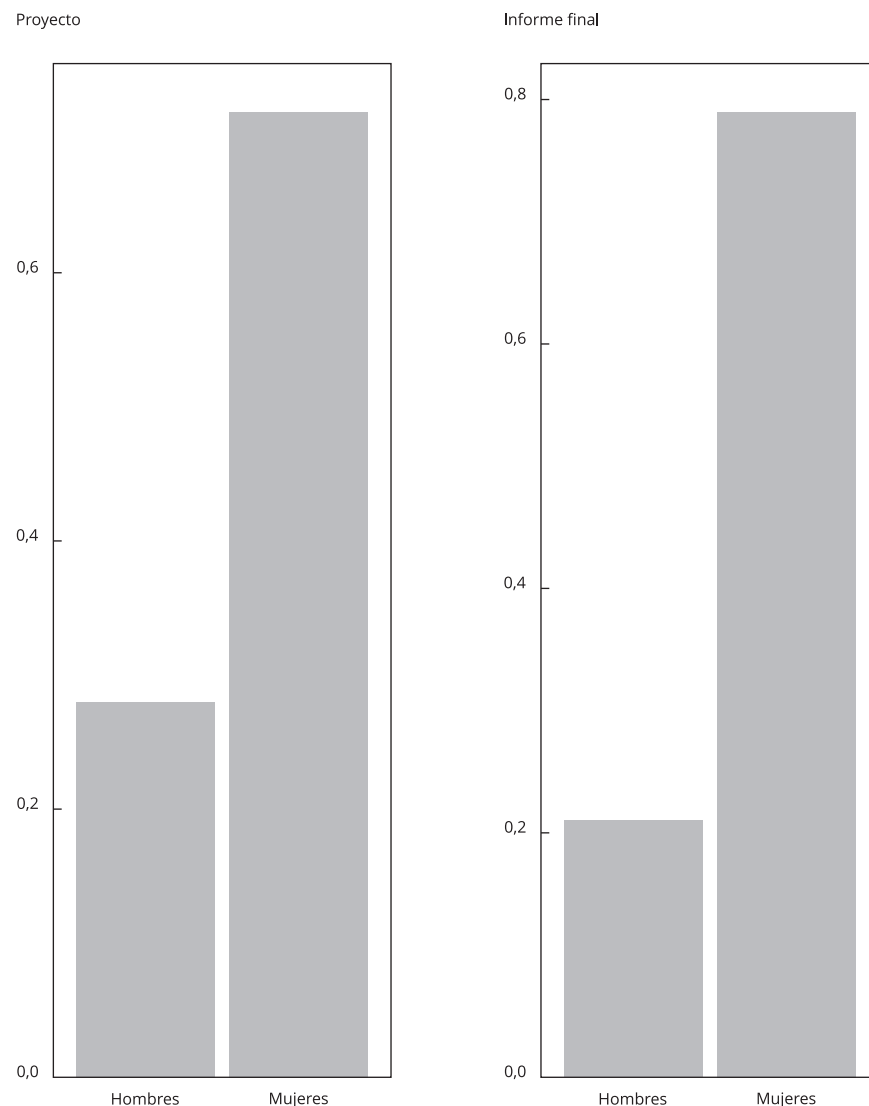
En los 121 proyectos realizados se celebraron reuniones a lo largo del año. El número de modalidades de reunión que se llevaron a cabo a lo largo del año es 3 y la media es 6. Pocos casos, a los que denominamos “súper participantes”, y que analizamos abajo, tuvieron más de una reunión por mes (Figura 5). Asimismo, para el número de participantes de la sociedad civil en esas reuniones, la media está entre 4 y 5 personas por reunión, con dos casos destacados que contaron con más de 20 participantes por reunión.

### **¿De qué forma funciona mejor la participación comunitaria programática?**

A los PLPs se les asignó un presupuesto y un mandato del Ministerio Nacional de Salud para ejecutar el presupuesto y completar el proyecto en un año. No obstante, llegado el momento de los informes finales, la variación en el porcentaje de presupuesto ejecutado mostró que había una amplia diferencia entre los PLPs en cuanto a la cantidad del presupuesto que se había gastado, oscilando del 100% al 18,5%, con una media de aproximadamente el 80%. Observando más de cerca algunos de los informes de los PLPs a los que les sobró dinero, encontramos que en algunos casos las comunidades fueron extremadamente cuidadosas con los gastos, buscando algunas estimaciones antes de proceder a la compra de materiales, y algunas veces esto significó tomarse más tiempo para ejecutar el presupuesto. Es decir, no está claro que el grado de ejecución presupuestaria es el mejor indicador para describir la eficiencia en el proyecto, pero es la mejor medida aproximada de la que disponemos. Asimismo, debido al número relativamente bajo de casos y problemas con datos perdidos, no podemos estimar los modelos causales estadísticos. Sin embargo, con el fin de observar más de cerca la forma de fun-

**Figura 4**

Participantes en Proyectos Locales Participativos (PLPs) por género.



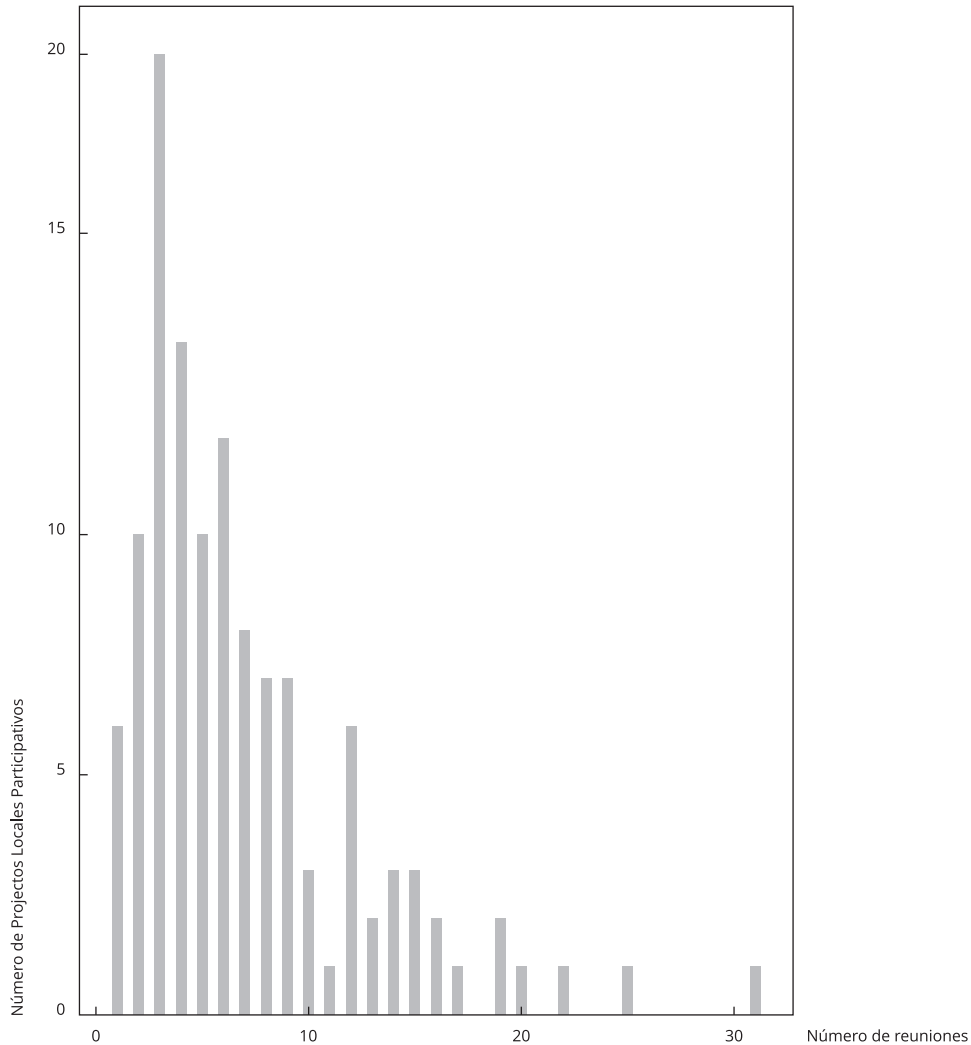
cionar de los PLP, analizamos en profundidad aquellos proyectos que contaron con un alto nivel de participación de la sociedad civil.

#### **¿Qué aprendimos de los “súper participantes”?**

Con el fin de comprender mejor el tipo, y la calidad de la participación en los PLPs, empezamos nuestro análisis examinando grupos de participación programática comunitaria, en proyectos donde figuraban a quienes denominábamos “súper participantes”. Estos eran PLPs cuyos miembros se reunían 15 veces o más a lo largo del año (representando cerca de un 5% del número total de proyectos). Desde un análisis en profundidad de estos proyectos, basados solamente en la información recabada por el Ministerio (informado también por nuestras entrevistas en profundidad con los formuladores de políticas a nivel nacional) aprendimos lo siguiente.

**Figura 5**

Número de reuniones mantenidas a lo largo del año.



En primer lugar, los empleados de los CAPS actuaron como agentes puente entre comunidades y políticos a nivel local. En algunos contextos (principalmente rurales), se desalienta la “politización”. Por ejemplo, en el informe final de un PLP en una comunidad rural en la parte oriental de la provincia sureña de Neuquén (CAPS 3.675, en Los Álamos, Plottier), la comunidad estaba compuesta por 268 hogares que se reunieron en 25 ocasiones a lo largo del año, constatando que el principal problema que encontraron fue “político”. Se debería enfatizar que los entrevistados se referían a la noción de politización, con el fin de denunciar situaciones en las que los partidos políticos intentaban influenciar en proyectos. Ellos explicaron que el proyecto tuvo que estar suspendido durante 3 meses, debido a las elecciones nacionales de octubre de 2007: “*El proyecto estuvo parado durante los tres meses de las elecciones. Los partidos políticos se nos acercaron para infiltrarnos con agentes políticos [conseguidores de votos], que querían hacerse visibles en la comunidad. Decidimos no asociarnos con [no quedar vinculados] ningún partido en particular y tomarnos un tiempo de descanso, en vez de hacer eso. (...) Desde el principio sabíamos*

*que si permanecíamos unidos no conseguirían derrotarnos. Existía también el problema de que algunas personas solo querían participar en el proyecto por motivos políticos. Esto nos desmotivaba. Pensamos que la decisión de paralizar [temporalmente] el proyecto era la correcta. Ahora el proyecto se está ejecutando a todo vapor”.*

El título de este PLP fue *Los Chicos se Perdieron, Vamos a Recuperarlos*. El problema principal fue la falta de actividades para los niños y la juventud del vecindario, que estaba localizado a cuatro kilómetros del centro de la ciudad de Plottier. El proyecto pretendía la rehabilitación de un gimnasio que fue abandonado, al igual que un campo de fútbol. Entre otras tareas, los participantes fueron capaces de negociar con la compañía eléctrica el suministro al gimnasio. El PLP también ofreció clases de Taekwondo, fútbol, y un concierto de música a lo largo del año.

En otros PLPs, sin embargo, se procuró la vinculación y ayuda del municipio y se consideró provechosa. Por ejemplo, justo en las afueras al oeste de la ciudad de Buenos Aires, en la Gran Buenos Aires, el vecindario de Villa Insuperable, en la localidad de La Matanza, Provincia de Buenos Aires, los miembros del PLP, que se reunieron 22 veces a lo largo del año, trataron de lograr el apoyo de la municipalidad, con el fin de decidir conjuntamente la localización de un gran contenedor de basura que se construiría con la financiación de los PLP y la participación comunitaria. El secretario local para desarrollo social participó en algunas de las reuniones y el personal del CAPS actuó como un puente entre la comunidad y el gobierno local.

En segundo lugar, la participación programática de la comunidad en los PLP ayuda a articular y proporcionar una voz explícita a las demandas sociales ante las autoridades. En ambos PLP citados anteriormente (el que corresponde al CAPS 3.675 en Neuquén y al CAPS 11.590 en la Provincia de Buenos Aires), incluso aunque el enfoque o relación con el liderazgo político local fuera diferente, ambos CAPS trabajaron con el gobierno local para canalizar la demanda de la sociedad civil de más programas deportivos en un caso, y para mejorar la recogida de basuras en el otro.

En tercer lugar, durante la ejecución de los PLP, una línea de actuación concreta o estrategia comunitaria podía a menudo conducir a otras actividades que no habían sido originalmente incluidas en la propuesta, pero que estaban, sin embargo, relacionadas con el problema al que se enfrentaba la comunidad y era parte de su solución. Ejemplo de transiciones de tareas incluyen desde el tratamiento de basuras, al embellecimiento de un área común verde, así como el aplanamiento de la carretera principal sucia en el PLP del CAPS 11.590 en La Matanza, Provincia de Buenos Aires. Otro ejemplo, fue la expansión de actividades desde la instalación de baños, hasta el problema de la limpieza de los tanques de almacenamiento de agua de la ciudad. Este fue el caso del PLP del CAPS 11.361 en Campo Quijano, Rosario de Lerma, Salta. Esta comunidad se reunió 20 veces a lo largo del año. Construyeron 23 baños, y posteriormente afrontaron otros asuntos relacionados con el medioambiente.

En cuarto lugar, en la mayoría de los proyectos, hubo componentes de formación o educativos como talleres, con el fin de alcanzar no solo a la población, sino también a sus familias, y frecuentemente a sus hijos. De hecho, a través de los PLPs, los CAPS a menudo articularon educación y juegos para los niños. Abrieron sus puertas y salieron hacia la comunidad. Esto aumentó la confianza entre la comunidad y el personal de salud. Las comunidades también informaron sentirse más cómodas yendo a los CAPS no solo cuando estaban enfermas, sino también cuando buscaban vacunación, u otros cuidados preventivos, así como para cuestiones organizativas de la comunidad.

## **Los resultados del programa de Proyectos Locales Participativos**

En 2008, un cambio en la dirección del Ministerio significó que el programa de PLP quedaba en suspenso. En 2009, el equipo que lideraba los PLPs propuso revitalizar el programa, enfocándose en el problema del dengue. El país estaba enfrentando la amenaza del dengue epidémico ese verano -ya se habían producido brotes en Brasil y en el norte de Argentina. Las autoridades responsables del Ministerio estuvieron de acuerdo con esta idea. No obstante, el programa de PLP de 2009 estuvo geográficamente limitado a las provincias con más probabilidad de verse afectadas por el dengue, en el centro y norte de Argentina.

Con este cambio, el programa no solo perdió cobertura nacional, sino que también su componente de planificación participativa se vio limitado, en lo referente a abordar los problemas de las comunidades, puesto que buscaba solo un objetivo: la lucha contra el dengue. Mientras que las líneas de actua-



ción y estrategias podrían variar, la priorización del problema vino dada desde el estado y no desde la sociedad civil. Por tanto, el programa estaba pasando de ser un programa participativo programático a un programa de diseño de políticas, con un alcance mucho más limitado desde el punto de vista de las actividades que tendría que llevar a cabo la sociedad civil.

En 2010, en el contexto del programa más amplio REMEDIAR + REDES, el equipo nacional de PLP propuso coordinar una comunidad de redes, trabajando ahora como lo estaba haciendo el programa REMEDIAR + REDES, directamente con las administraciones provinciales. Una de las deficiencias más graves de los años anteriores, según el equipo responsable de los PLPs nacionales, fue la falta de coordinación entre el gobierno nacional y los CAPS. El programa expandido REMEDIAR + REDES proporcionó una infraestructura intermedia: las redes regionales o provinciales que los PLPs podrían utilizar. Las instituciones financieras internacionales (principalmente del Banco Interamericano de Desarrollo BID y el Banco Mundial) eran muy escépticos sobre la utilidad de la participación de la comunidad en salud e insistieron en la evaluación del estudio de los impactos <sup>15</sup>. No obstante, financiaron el proyecto en 2010 y los PLPs fueron puestos en marcha en el subconjunto de provincias que habían suscrito el programa REDES. Pese a que en ese momento el programa había perdido su cobertura nacional, transmitió la metodología para la planificación participativa y la priorización de los problemas comunidad a las provincias.

A nivel nacional, se atacó al PLP de nuevo en 2012 y el programa fue interrumpido. En 2015, bajo los auspicios del nuevo Ministro de Salud, interesado en que el Ministerio alcanzara territorios locales, el programa de PLP fue revitalizado y la Universidad Nacional de Sarmiento (una universidad pública), en el área de la gran Buenos Aires, se convirtió en parte del equipo de planificación y evaluación nacional. No obstante, según diferentes observadores el programa por aquel entonces fue usado principalmente por motivos electoralistas, para continuar construyendo apoyos para el Gobierno de Cristina Kirchner (2007-2011 y 2011-2015) y para Daniel Scioli, quien estaba preparándose para ser el candidato sucesor a la presidencia en las elecciones de diciembre de aquel año. En 2017, el nuevo gobierno de derecha y conservador de Mauricio Macri decidió acabar el programa REMEDIAR y con esta decisión, el programa de PLP también acabó.

El hecho de que el programa fuera diseñado e implementado desde arriba significó que una vez que cambiaron los responsables del Ministerio de Salud y las autoridades nacionales, el programa podría haber terminado de un plumazo. Ha habido algo de resistencia social del personal de los CAPS, cuyas pagas se retrasaron, o por parte de quienes no habían sido vueltos a contratar por parte del estado, pero no ha habido una movilización social para mantener el programa activo.

## Conclusión

Según Charles Tilly <sup>15,16</sup>, uno de los tres prerequisites de la democratización es la integración de las redes sociales de confianza en el estado. Con el fin de democratizar, Tilly discute que los estados deben absorber la confianza privada, o, definido vagamente, el capital social, llevados al ámbito público: ahí es donde debe existir una ampliación de la participación pública <sup>16</sup>. Es en este proceso, donde la sociedad civil se integra en el Estado y el Estado se democratiza.

Desde la *Declaración de Alma Ata*, la implicación de la comunidad, así como las iniciativas para promover la participación de la comunidad han florecido. En un trabajo previo <sup>1</sup>, describimos cómo el proceso de descentralización, era, en gran medida, la condición para la posibilidad de que los ciudadanos participaran en salud pública, en Europa y Latinoamérica. No obstante, no todos los países adoptaron tipos similares de instituciones participativas. Mientras algunos países han promovido la implicación de los ciudadanos en el diseño y ejecución de políticas de salud pública (participación programática para la formulación de políticas), otros estados han desarrollado marcos institucionales orientados a escuchar las opiniones específicas de los ciudadanos y sus evaluaciones sobre las prestaciones de los servicios públicos de salud (participación programática para la supervisión) <sup>1</sup>.

Nuestro análisis de los PLPs en el área de la salud pública argentina estuvo enmarcado como un tipo de participación programática comunitaria, orientada más hacia la formulación de políticas, y menos hacia la supervisión. Asimismo, mostró que también las élites sectoriales fueron instrumentos en el proceso de generar instituciones participativas, justo como Mayka <sup>17</sup> ha debatido en el caso de

los consejos locales de salud en Brasil, y como Harris ha documentado para el caso de las reformas de salud para la universalización de su acceso <sup>18</sup>. Formuladores de políticas progresistas, actuando en nombre del interés común de otros, contribuyeron en PLPs en Argentina, por ejemplo, los consejos locales de salud local en Brasil. Sin embargo, pensamos que fue precisamente la falta de un movimiento social organizado lo que estaba detrás de esos líderes, lo que significó que el programa de PLP tuviera una corta vida y fuera altamente dependiente de la voluntad política de los líderes nacionales.

Asimismo, también mostramos que este programa de PLP se centró en poblaciones. A diferencia de otras formas de participación política, la participación programática en salud pública en el mundo desarrollado puede ser sin duda un medio de incorporar a los sectores más necesitados de la población. También encontramos que en la mayoría de de los asentamientos rurales o semiurbanos, las mujeres participaron más tanto en la fase de priorización de problemas de salud, como en el final del proceso. En al menos uno de los PLPs, las mujeres informaron que se sintieron empoderadas como resultado del conocimiento adquirido a través de los PLPs y las nuevas oportunidades para el liderazgo y voluntariado en sus comunidades. Sin embargo, tal inserción de la sociedad civil o incorporación no es sin intermediación. Como descubrimos, el personal de salud fueron mediadores clave (o “constructores de puentes”) entre las comunidades y la abultada burocracia del estado en salud, así como con las autoridades políticas locales. Ellos podrían mantener a raya los impulsos clientelistas de los políticos locales y prevenir, en algunos casos, la cooptación de los proyectos en contrapartida de intereses partidistas particulares.

El análisis del programa PLP también mostró la importancia del conjunto de directrices claras, bien diseñadas, para priorizar problemas, y para identificar las causas y estrategias abordables de una acción programática participativa de la comunidad. Finalmente, no encontramos evidencia en los PLPs de que se requiriera una relación sinérgica entre representantes y ciudadanos para una participación significativa. La vinculación que tuvo más importancia fue la establecida entre la comunidad y el personal de salud. La relación con las municipalidades o autoridades locales fue sinérgica y productiva en ocasiones, o conflictiva e improductiva en otros casos. De cualquier manera, el grado de implicación de la comunidad en el proyecto y su exitosa implementación no estuvo correlacionado con la participación por parte de las autoridades municipales -de hecho, la participación de la iglesia local en el proyecto fue la única variable que alcanzó una correlación estadística y positiva con la ejecución de los proyectos-.

¿Es la participación programática en salud la panacea? Ciertamente no. La participación no siempre significa inclusión. Varios académicos resaltaron el problema de la representación sesgada hacia proveedores de salud u organizaciones de pacientes con más conocimientos y medios, por ejemplo. En el caso de los PLPs en Argentina, encontramos que la relación entre la participación programática de la comunidad en el nivel local y el liderazgo político es compleja. Amenazada por nuevos liderazgos, los líderes políticos locales tal vez competían por la participación programática o intentaban cooptarla. Es necesaria más investigación para entender mejor las condiciones del contexto local que conducen a incentivos, bien sean colaborativos, o competitivos entre las comunidades organizadas y los políticos locales. A pesar de estos ámbitos de incertidumbre, los PLPs en Argentina brindaron, mediante la participación programática comunitaria, coordinados por el personal de salud, soluciones a las comunidades que las necesitaban con urgencia y les proporcionaron herramientas para la organización que sobrevivieron al alcance de los proyectos en sí. Estos resultados posiblemente son un buen presagio para aquellas innovaciones institucionales, respecto a la participación comunitaria en los sistemas de salud pública, que hayan atravesado procesos de reformas políticas. También, muestra el potencial que tendría la participación programática en instituciones para la supervisión cívica, si se hubiera expandido para incluir más actividades de la sociedad civil y para otorgar a esta última un papel en la formulación de políticas.

## Colaboradores

T. G. Falleti fue responsable de la recogida de datos. T. Falleti y S. L. Cunial compartieron responsabilidad en el análisis de datos y redacción.

## Informaciones adicionales

ORCID: Tulia G. Falleti (0000-0002-0995-4682); Santiago L. Cunial (0000-0002-4657-7388).

## Agradecimientos

Les agradecemos a Luis Caiella, Luis Cecchi, Emmerich Davies, Galileu Kim, Yasmín Mertehikian, y Sara Niedzwiecki por su apoyo en la investigación. También estamos muy agradecidos a todos los entrevistados, quienes fueron tremendamente generosos al compartir su conocimiento sobre la participación comunitaria; a Carlos Anigstein y Federico Tobar, que también nos proporcionaron documentos relevantes y bibliografía; y a las autoridades del Ministerio Nacional de Salud de Argentina, quienes nos garantizaron el acceso a los archivos de Proyectos Locales Participativos (PLP) del año 2007. Dos revisores anónimos de CSP realizaron comentarios útiles que mejoraron nuestro artículo.

## Referencias

- Falleti TG, Cunial S. Participation in social policy: public health in comparative perspective. Cambridge: Cambridge University Press; 2018. (Elements in the Politics of Development).
- Carpenter D. Is health politics different? *Annu Rev Polit Sci* (Palo Alto) 2012; 15:287-311.
- Altschuler D, Corrales J. The spillover effects of participatory governance: evidence from community-managed schools in Honduras and Guatemala. *Comp Polit Stud* 2012; 45:636-66.
- Gonzalez Y. Varieties of Participatory Security: Assessing Community Participation in Policing in Latin America. *Public Adm Dev* 2016; 26:132-43.
- Abers RN, Keck ME. Practical authority. Agency and institutional change in Brazilian water politics. New York: Oxford University Press; 2013.
- Pogrebinschi T, Samuels D. The impact of participatory democracy: evidence from Brazil's National Public Policy Conferences. *Comp Polit* 2014; 46:313-32.
- Cetrángolo O, Jiménez JP. Política fiscal en Argentina durante el régimen de convertibilidad. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y Caribe, Naciones Unidas; 2013.
- Eaton K. Politicians and economic reform in new democracies: Argentina and the Philippines in the 1990s. University Park: Pennsylvania State University Press; 2002.
- Eaton K. Politics beyond the capital: the design of subnational institutions in South America. Stanford: Stanford University Press; 2004.
- Falleti TG. Decentralization and subnational politics in Latin America. New York: Cambridge University Press; 2010.
- Tobar F. Descentralización y reformas de salud en América Latina. In: Yadón Z, editor. Descentralización y gestión del control de las enfermedades transmisibles in América Latina. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; 2006. p. 65-114.
- Berlotto A, Fuks A, Rovere M. Atención primaria de salud en Argentina: proliferación desordenada y modelos en conflicto. *Saúde Debate* 2012; 36:362-74.
- Programa REDES. REMEDIAR+REDES: 10 años comprometidos con la salud pública. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2012.
- REMEDIAR; Programa Médicos Comunitarios; Red Argentina de Municipios y Comunidades; Munisterio de Salud. Guía de planificación local participativa. <http://municipios.unq.edu.ar/modules/mislibros/archivos/Gu%EDa.pdf> (accessed on Dec/2018).
- Tilly C. Trust and rule. New York: Cambridge University Press; 2005.
- Tilly C. Democratization. New York: Cambridge University Press; 2007.
- Mayka L. Building participatory institutions in Latin America: reform coalitions and institutional change. New York: Cambridge University Press; 2019.
- Harris J. Achieving access: professional movements and the politics of health universalism. Ithaca: Cornell University Press; 2017.

**Abstract**

*Since the Alma Ata World Health Organization Conference in 1978, countries around the world have adopted institutions that promote the participation of citizens in their public health systems. The main objectives of this article are two-fold. First, we describe the origins and implementation of a national-level civic participatory program that was in place in Argentina in the mid-2000s: the Local Participatory Projects (Proyectos Locales Participativos). Second, we analyze the 201 local participatory projects that were carried out in Argentina between 2007 and 2008. We study health and environmental problems that prompt people's participation in the program and the social dynamics through which such participation is executed.*

*Community Participation; Health Planning; Local Government; Health Policy*

**Resumo**

*Desde a Conferência de Alma Ata da Organização Mundial da Saúde em 1978, países do mundo inteiro adotaram instituições que promovem a participação dos cidadãos nos sistemas de saúde pública. O artigo teve dois objetivos principais. Primeiro, descrevemos as origens e a implementação de um programa participativo em nível nacional que foi implementado na Argentina em meados da primeira década deste século: os chamados Projetos Locais Participativos (Proyectos Locales Participativos). Segundo, analisamos os 201 projetos de participação local que foram implementados na Argentina entre 2007 e 2008. Estudamos os problemas sanitários e ambientais que motivaram a participação popular no programa e a dinâmica social através da qual essa participação é efetivada.*

*Participação da Comunidade; Planejamento em Saúde; Governo Local; Política de Saúde*

---

Recibido el 17/Dic/2018  
Version final presentada el 11/Abr/2019  
Aprobado el 15/Abr/2019