

# ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN PARTICIPATIVAS EN LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD

Olga Nirenberg<sup>1</sup> y Néstor Perrone<sup>1</sup>

*Hasta el presente se ha logrado una participación social en los sistemas locales de salud (SILOS) más bien escasa. Para incrementar esta participación se proponen formas organizativas y de gestión basadas en el principio administrativo que sostiene que los fines primordiales de las instituciones de salud deben orientarse a satisfacer las necesidades fundamentales de los individuos, de modo que la acción principal ha de ser el mejoramiento de la relación entre los servicios y las personas. Las formas organizativas y de gestión propuestas se vinculan con los procesos de descentralización y microrregionalización de los servicios de salud y requieren una reorientación de los sistemas globales de salud para que contemplen la interacción comunidad-servicios. Proponen la participación directa de la gente en los ámbitos locales o indirecta en los niveles decisorios mayores, articulándolos mediante mecanismos bidireccionales de gestión. A la vez que se promueve la participación, se procura una mayor eficiencia, transparencia y desburocratización de los sistemas y servicios de salud.*

Se ha escrito mucho en las ciencias sociales en general y en el campo de la salud en particular sobre el tema de la participación social. Pero, comparativamente, parece poco lo logrado en la participación real de los individuos en los sistemas locales de salud (SILOS).

En este trabajo se proponen formas organizativas y modos de gestión para aumentar esta participación. Pecaríamos de ingenuos si pensáramos que los esquemas organizativos carecen de segundas intenciones; lejos de eso, dichos esquemas dependen de la concepción ideológica de los autores acerca de los propósitos de las acciones a los cuales servirá la organización.

No es fácil armonizar a través de una propuesta organizativa las múltiples problemáticas y discursos vinculados con la participación en el ámbito local. Entre las discusiones aún no agotadas, que por su dinámica propia están en permanente reformulación, se encuentran la relación entre participación, estructuras y dinámicas de poder; la articulación de lo local con lo global; la reformulación del papel del Estado para el logro de desarrollos locales más autónomos, y el concepto de satisfactores sinérgicos de las necesidades humanas fundamentales como expresión de los derechos humanos. Aunque en muchos casos constituyen aspectos implícitos, estas cuestiones están presentes en toda propuesta organizativa (1, 2).

Un principio administrativo muy antiguo, nunca desmentido, pero frecuentemente olvidado, sostiene que lo que inicialmente debe establecerse son los fines a los que sirven las organizaciones. Habrá fines manifiestos y fines implícitos, que, de no tenerse en cuenta, podrán producir sesgos que

<sup>1</sup> Centro de Apoyo al Desarrollo Local (CEADEL). Dirección postal CEADEL, Av de Mayo, 776, 1º A (1084) Buenos Aires, Argentina.

desvirtuarán el propósito manifiesto y principal de las organizaciones.

En nuestra propuesta asumiremos que los fines principales de las instituciones y de los sistemas de salud deben orientarse a resolver los problemas que afectan a la satisfacción de necesidades fundamentales de la gente y que, en consecuencia, la acción deberá dirigirse a mejorar la relación servicios-personas.

## Los sistemas locales de salud

Existe un apreciable desarrollo conceptual acerca de los SILOS, concebidos como un "conjunto de recursos de salud interrelacionados y organizados mediante un criterio geográfico-poblacional, en zonas urbanas y rurales, diseñados a partir de las necesidades de la población, definidas en términos de riesgos, y asumiendo la responsabilidad de la atención de los individuos, las familias, los grupos sociales y el ambiente, con capacidad de coordinar los recursos disponibles, sectoriales o extrasectoriales, facilitar la participación social y contribuir al desarrollo del sistema nacional de salud, al cual vigoriza y confiere una nueva direccionalidad" (3).

Esta definición se basa en un enfoque sistémico de la salud (4) y se enmarca en los procesos de descentralización y desconcentración del Estado, en procura de mayor democratización y eficiencia, como verdadera transferencia del poder decisorio y autonomía a las áreas locales. El eje de esta definición lo constituye una población objetivo con base territorial y "capacidad presente o potencial de actuar conjuntamente en beneficio de la salud colectiva" (3). Esta puntualización afecta tanto a la población y a sus prácticas como a la estructura formal de la oferta y a la vinculación entre población y servicios.

Lo novedoso de los SILOS es que incluyen ambas partes de esta compleja ecuación, y no como los modelos tradicionales de planificación y administrativos cuyos enfoques se orientaban fundamentalmente a la reorganización de la oferta de servicios de salud dentro de un área-programa.

## Descentralización y microrregionalización

La organización de la oferta de servicios de salud es uno de los factores más importantes de la situación de salud de las personas. A su vez, "la experiencia universal señala a la excesiva centralización y a la falta de coordinación como factores fundamentales en el funcionamiento inadecuado de los servicios de salud y la ineficiencia de los sistemas vigentes. Es, por lo tanto, imprescindible promover la reorganización necesaria en función de una efectiva descentralización, asegurándose de la coordinación requerida. La constitución y el fortalecimiento de los sistemas locales de salud [...] debe ser la base para el rediseño y desarrollo del sistema de salud en todos sus niveles de atención y administrativos. La descentralización no implica, pues, el fraccionamiento de los sistemas de salud, sino la interacción sinérgica de sus componentes que vigoriza el todo en función del objetivo esencial, que es la salud de la población" (5).

El proceso de descentralización es complejo y conflictivo, ya que no solo supone cambios en los procedimientos, las culturas institucionales y los comportamientos de las personas, sino sobre todo porque conlleva un "cambio en la distribución del poder. Y ello exige una voluntad y un comportamiento políticos sin vacilaciones." (5).

Si bien, desde un punto de vista técnico, la descentralización permite una mayor adaptación de las gestiones a la naturaleza de las actividades y de estas a las necesidades existentes en materia de cuidado y atención de salud, el proceso debe dar respuesta, además, a otras necesidades fundamentales ligadas al ejercicio de la libertad, al refuerzo de la identidad, a la participación de los diferentes actores sociales que intervienen, incluida la propia comunidad, a la convivencia en paz y armonía, y a la creatividad local para resolver los problemas que deben afrontar los servicios de salud.

Los cambios básicos que se debieran alcanzar con los procesos de descentralización son una modalidad organizativa de mayor agilidad y oportunidad en la gestión y prestación de los servicios, de forma inmediata, sin intermediaciones, en el lugar de los hechos y lo más cerca posible al origen de los problemas. Estos cambios suponen una forma de gobierno y conducción que goce de mayor autodeterminación para prestar servicios y resolver problemas a nivel local, así como un mecanismo que canalice la participación legítima y conjunta de funcionarios, políticos, trabajadores y ciudadanos. Su finalidad es conseguir la eficiencia, transparencia y desburocratización de los sistemas y servicios de salud y facilitar la participación directa de la gente en su gestión.

Cuando se decide descentralizar, se debe asumir que quien descentraliza entrega a otros funciones, recursos y la correspondiente cuota de su autoridad para decidir en la materia, manteniendo la responsabilidad primaria al respecto y, por consiguiente, asumiendo el control de su cumplimiento efectivo.

La descentralización representa un proceso ordenado y gradual de transferencia y reasunción de funciones y autoridad dentro de la organización, desde las conducciones centrales a las locales y de estas a los que operan en la realidad de los servicios. Uno de los problemas más graves que se puede presentar es la fragmentación y descoordinación de los servicios. Para mantener la unidad del sistema, la gestión central no podrá prescindir de su función reguladora, fiscalizadora y evaluadora. En la medida en que la conducción central se desprenda de actividades operativas, deberá reforzar estas funciones propias indelegables y, en general, poco desarrolladas.

Es por ello que la descentralización supone, más que un cambio estructural, un cambio cualitativo de los problemas que cada nivel o grupo de personas que conforman los sistemas deberá afrontar, analizar y resolver. El nivel central deberá cambiar su óptica y dirigirla al sistema en su totalidad, mientras que los sistemas locales se ocuparán

de la oportunidad, eficiencia y participación en la atención y cuidado de la salud dentro de sus áreas de responsabilidad.

Desde nuestro punto de vista, la descentralización no constituye un fin en sí mismo, sino un proceso orientado a facilitar el desarrollo de la capacidad de resolución local con modalidades participativas para mejorar la relación servicios-personas y adecuar los servicios que se brindan a las necesidades y expectativas de la gente.

Este sentido es más amplio y profundo que la acepción común del concepto de descentralización, considerada como mero replanteamiento de las relaciones intrainstitucionales centro-periferia, o que los argumentos de incremento de eficiencia para afrontar la crisis económica (6, 7).

De no entenderlos de esa manera, los procesos de descentralización y microrregionalización, que habitualmente se consideran requisitos para la participación, pueden convertirse en elementos restrictivos.

La descentralización debe acompañarse necesariamente de una microrregionalización y de una definición clara de los espacios-población en los que se asientan las personas y las organizaciones comunitarias preocupadas por el bienestar de los moradores.

La descentralización constituye un proceso que afecta a las instituciones y los recursos —o sea, a la oferta— mientras que la microrregionalización identifica a la población y sus organizaciones que requieren y demandan servicios en un espacio definido.

Descentralización y microrregionalización son procesos inseparables cuando lo que interesa es mejorar la relación servicios-personas, ya que la descentralización aislada solo afectaría a la relación centro-periferia y este cambio no colocaría necesariamente a los prestadores de servicios frente a los usuarios y a sus organizaciones representativas. Se espera que de este modo los servicios y los niveles centrales cambien el rumbo de sus

preocupaciones, orientando a los primeros hacia los problemas que afectan a la gente —y no a la respuesta al trámite burocrático central— y a los segundos, al apoyo político, técnico y administrativo necesario para prestar servicios aptos y socialmente aceptables.

Si lo que preocupa realmente es la gente, la articulación institucional y social es una consecuencia ineludible. De este modo, los mecanismos de referencia y contrarreferencia para encontrar el ámbito de solución a los problemas alcanzan la jerarquía de un acto médico similar al de la prescripción o la intervención. En este sentido, complementariedad y cooperación entre servicios adquieren significación, mientras que la identificación de las disponibilidades y la organización de redes cobran sentido para una atención más oportuna, eficaz y eficiente. La descentralización como proceso abarcador y comprehensivo de cambio conlleva otras implicaciones que superan el mero sentido administrativo y avanzan hacia aspectos técnicos organizativos y de articulación intra y extrasectorial con las organizaciones comunitarias.

## La participación social en los SILOS

Tal como se caracterizaron, los SILOS son los escenarios apropiados para que la gente participe en las decisiones relativas a la solución de sus problemas de salud, desde la misma definición, pasando por la determinación de las estrategias para su solución, hasta la ejecución, el control y la evaluación de las actividades, resultados y efectos. Ello es así debido a sus menores dimensiones, a la índole de las relaciones sociales más directas (cara a cara) donde los representantes distan menos de los representados y porque, cuando menos en teoría, se les adjudican grados crecientes de autonomía para la toma de decisiones delegadas por los niveles centrales.

“Se entiende la participación social en los SILOS como el proceso de intervención de la población organizada en las deliberaciones sobre la atención de la salud, en la toma de decisiones que tienen que ver con la satisfacción de necesidades y en el control de los procesos, así como la asunción de responsabilidades y observación de las obligaciones derivadas del desempeño de su facultad decisoria” (4).

Un concepto de participación amplio es el que la define como “influencia sobre el proceso de toma de decisiones a todos los niveles de la actividad social y de las instituciones sociales” (8).

Desde otro enfoque —no antagónico, sino complementario— “participar significa tomar parte de algo con otros, repartir o entrar activamente en la distribución” (9). De esta idea se desprende la presencia simultánea de personas cuyos comportamientos se influyen mutuamente, lo cual requiere elementos organizadores y reglas que permitan agregar las decisiones individuales en decisiones colectivas.

Debe señalarse que la participación crea conflictos políticos, pues implica modificar la distribución del poder; además, repercute en las organizaciones de base fortaleciendo sus perfiles político-organizativos y es probable que no se limite al campo de la salud, sino que se solape con otras áreas sociales.

Entendida como un derecho humano básico, la participación en el campo de la salud equivale en su expresión máxima al proceso de “reapropiación por la población del conjunto de instituciones que regulan las acciones de salud” (4).

Los SILOS también ofrecen el marco apropiado para el intercambio y redistribución necesarios del “saber”, que permite destruir, por un lado, el mito del monopolio del saber técnico como requisito único para programar racionalmente las acciones sociales y de salud, y, por el otro, el mito inverso que sobrevalora el saber popular como única fuente orientadora de la acción. Esta confrontación y complementación de saberes podrá generar una nueva racionalidad política capaz

de superar las formas tecnocráticas y eficientistas o clientelísticas y asistencialistas en la prestación de los servicios.

La gente valora más los problemas relacionados con la satisfacción de sus necesidades fundamentales, mientras que los técnicos valoran más los problemas de organización y funcionamiento de las instituciones. En los SILOS es donde aquella valoración se hace más concreta y donde verdaderamente se realiza la vinculación población-servicios. Porque de lo que se trata en realidad es de "la ruptura de la asimetría existente entre los servicios institucionales de salud y las comunidades" (4).

Las estrategias que se recomiendan para fomentar la participación social en los SILOS son los procesos de deliberación y concertación (4). Deliberar significa co-elaborar un conocimiento sobre la situación de salud, que incorpore los puntos de vista de la gente y de los técnicos. Esto supone reconocer que el conocimiento es un producto social, no estático, sino histórico y transformador. La concertación es el proceso de conseguir acuerdos entre distintos actores (grupos de interés) sobre qué se debe hacer o sobre qué se puede hacer para solucionar los problemas consensuados. Además, supone que al concertar se adjudican responsabilidades para ejecutar las actividades acordadas.

La idea de la concertación surge a partir de la evidencia de que los distintos actores que deben ponerse de acuerdo tienen intereses diversos y controlan variables diferentes en una situación dada; es decir, que ejercen distintos grados y tipos de poder.

La importancia de la organización como fuente de poder en el mundo moderno es indudable (10). En el campo de la salud, como en otros campos sociales, la oferta está más organizada que la demanda y cuenta con más poder. En la mayor parte de los países de América Latina —que tienen sistemas mixtos de salud— hay subsectores cuyos niveles organizativos adquieren una relevancia inu-

sitada; en esos países, las agrupaciones médicas, las federaciones sanitarias, las cámaras de medicamentos, el Estado en sus distintos niveles, los diferentes gremios de trabajadores de la salud, etc., plantean un interjuego de poderes complicado y desigual.

Frente a esta situación, la población carece de un nivel organizativo suficiente que permita una dinámica más equilibrada del poder. La población tampoco es homogénea; por el contrario, los grupos con menos recursos son los más vulnerables y menos organizados y, por ende, los de menor poder relativo (11). Es preciso profundizar aun más en estas cuestiones para entender mejor los procesos sociales y tener más claras las posibilidades de llevar a cabo una democratización efectiva que signifique un avance en la participación real de la gente —principalmente la de menores recursos— en las decisiones por tomar para mejorar sus condiciones de vida.

En cada caso concreto será necesario analizar la estructura y distribución del poder local, así como las restricciones que impone el sistema global de poder a la autodeterminación local.

Para concretar los procesos de deliberación y concertación se requieren espacios de participación adecuados, formas organizativas y metodologías de gestión apropiadas.

## Espacios de participación

Entendemos por espacios de participación los ámbitos materiales y simbólicos para la continencia de las relaciones interactivas de los diversos actores sociales. El nivel de esa continencia y, por tanto, el de su aceptación de la diversidad caracterizarán la profundidad y el alcance de los procesos participativos.

La existencia de espacios locales adecuados para la participación dependerá en gran medida de las restricciones que impongan los espacios mayores y sus características políticas dominantes. La existencia de espacios para la participación parece más posible en los regímenes democráticos que en los au-

toritarios. Sin embargo, los regímenes de democracia formal o representativa no lo garantizan por sí mismos. Los regímenes democráticos que procuran intensificar las formas de democracia directa mejorando las representativas o formales facilitan el desarrollo sistemático de espacios adecuados de participación.

Con frecuencia sucede que los procesos participativos en los niveles locales se reducen al momento deliberativo; la existencia de espacios de deliberación es más posible que la de espacios reales de concertación. Algunas experiencias de diversos comités de gestión se generaron con amplias expectativas y cristalizaron en ámbitos formales o burocráticos donde sus miembros perdieron representatividad y los procesos de concertación se frustraron (12).

## Formas organizativas

Anteriormente se afirmó que los SILOS cambiarán el punto de mira de la atención de la salud; no meramente desde lo institucional y sectorial hacia la comunidad, sino desde la interacción comunidad-servicios, mirando, no solo desde la perspectiva de la oferta, sino también desde la expresión de las necesidades y expectativas de la comunidad en el respeto por modalidades propias para su satisfacción. Para ello, se necesita una reorganización de los sistemas de salud que contemple la interacción comunidad-servicios; la participación directa de la gente en los ámbitos locales e indirecta en los demás niveles decisorios; los niveles ascendentes de representación, deliberación y concertación; los mecanismos decisorios bidireccionales y los de vinculación horizontal con personas e instituciones sectoriales, extrasectoriales y de la sociedad en general; la adopción de modalidades participativas en la gestión y control de las instituciones sectoriales; la disminución de las diferenciales de poder (urbano-rurales, regionales, sectoriales, socioculturales, etc.), y

la reorientación de los niveles centrales teniendo en cuenta la estructura y dinámica de los niveles locales.

Para que la organización global resultante tenga ese carácter, es necesario iniciar un replanteamiento desde su base, para lo cual se propone como elemento nuclear constituir unidades de acción local en las que personas y servicios puedan interactuar directamente.

El reconocimiento formal de dichas unidades de acción local dependerá, por un lado, de la existencia como mínimo de algún recurso de salud (como, por ejemplo, el médico, el agente de salud, el promotor de salud, el auxiliar de enfermería, la asistente social u otros) que esté respaldado por alguna institución sectorial y, por otro, de la existencia de algún grado de organización comunitaria en una población acotada territorialmente. La microrregionalización permitirá señalar en el mapa esas unidades de acción, identificando los espacios-poblaciones, sus organizaciones y los recursos sociales disponibles.

La presencia conjunta de ambos requisitos —la organización comunitaria y el recurso de salud— hará posible la interacción directa y el desarrollo de actividades de planificación participativa (13).

Las funciones básicas por cumplir en estas unidades de acción local serán las de la participación directa de la gente, el cuidado y atención de la salud y la referencia de pacientes a los niveles de atención adecuados.

La definición de la unidad de acción así considerada no dependerá ya, como fue clásico en el caso del área programa, de la existencia de establecimientos de salud de segundo nivel de complejidad. Donde hay comunidad pueden encontrarse los dos requisitos mencionados con mayor o menor grado de adecuación, o bien falencias en uno de ellos o en ambos; esas falencias se transformarán en la prioridad y el objeto de desarrollo sectorial y extrasectorial para lograr mayores grados de adecuación.

Se sabe que, desde el punto de vista administrativo, la suma de estas unidades de acción puede dificultar la gestión, a

causa del peligro de factorización extrema que ello puede acarrear. Para superar esa situación con modalidades articuladas, se prevé la configuración de áreas de gestión local. Estas incluirán un conjunto de unidades de acción local y se constituirán mediante un consejo o comité de gestión integrado al menos por representantes de las organizaciones vecinales de las unidades de acción involucradas y de las instituciones formales del sector, pudiendo incorporar además representantes de otras organizaciones sociales.

El objetivo que se pretende alcanzar es que estas áreas de gestión local asuman a la vez las funciones de coordinación de los niveles locales menores mediante mecanismos de participación por representaciones y de articulación con los niveles ascendentes.

Las áreas de gestión local tendrán límites territoriales que agrupen varias unidades de acción local. Probablemente puedan mantener el criterio espacial de lo que se conoce como área-programa, pero la diferencia estribará en la concepción vinculadora con las organizaciones comunitarias y en los cambios que ello acarreará en sus modalidades de actuación.

La articulación entre las unidades de acción y el área de gestión local respectiva deberá tener un carácter bidireccional. Una función significativa de estas últimas será la de compatibilizar la programación teniendo en cuenta los requisitos que surjan a partir de las unidades de acción, convirtiéndose mediante representaciones en nuevas instancias de consenso. A su vez, las áreas de gestión local se vincularán, a través de nuevas representaciones y también en forma bidireccional, con otros niveles de la red regionalizada, en instancias sucesivas de acuerdos.

De lo que se trata es de generar espacios crecientes de deliberación y concertación. Para ello es necesario impulsar y fortalecer los desarrollos organizativos de la oferta, subrayando los procesos de regionalización y microrregionalización, y descentralizando claramente las funciones centrales, zonales y locales. Si bien se ha acumulado en el campo de la salud cierta experiencia sobre estos procesos, la yuxtaposición de organi-

zaciones de la comunidad con las estructuras de salud en cada uno de los espacios ascendentes constituye una novedad.

Dentro de este esquema se incluyen dos modalidades de participación: la directa o cara a cara y la indirecta o por representaciones. La forma directa será posible exclusivamente en el nivel local, en las unidades de acción. En estas existirán espacios reducidos de participación integrados por representantes de las organizaciones vecinales o de barrio, así como de las organizaciones sectoriales, que se constituirán en grupos responsables o comités de gestión y cuya actividad se desarrollará en forma continua en el tiempo. Asimismo, se contará con espacios ampliados de participación, donde los pobladores puedan participar conjunta y periódicamente y a título personal, de forma directa, convalidando o corrigiendo lo realizado por los representantes en forma de asambleas populares o de barrio, encuentros comunitarios o similares.

En los demás niveles ascendentes la participación será solo de tipo indirecto, o sea, gestionada a través de representantes elegidos democráticamente desde las unidades de acción hacia las áreas de gestión, y hasta los niveles de conducción intermedia (zonal) y superior (central). En los niveles crecientes también existirán espacios participativos reducidos (continuos) y ampliados (periódicos); las diferencias entre esos niveles estarán determinadas por los grados de representación de los participantes.

Por ejemplo, es posible imaginar en el nivel central de un SILOS (una provincia) un consejo o comité de salud integrado por representantes sectoriales, extrasectoriales y de las organizaciones comunitarias surgidos a propuesta de las áreas de gestión. Dicho comité funcionaría continuamente y en un espacio reducido, pero podría ampliarse periódicamente en asambleas o encuentros, con la asistencia de los representantes de las respectivas unidades de acción.

Con todo ello se intentan asegurar los mecanismos bidireccionales de convalidación de las decisiones y las acciones, así como de legitimación de las representatividades. Asimismo, se evitaría la sobreestimación de aquellas unidades de acción de mayor dominio a causa de la complejidad de la infraestructura socioeconómica de la que proceden. Según esto, la unidad de acción a que pertenezca el hospital de mayor complejidad estaría en un pie de igualdad con las restantes unidades de acción del área de gestión local, a fin de no reproducir la estructura de poder vigente en la organización de la oferta.

La viabilidad y dinámica de una organización como la que proponemos exigirá realizar actividades de sensibilización, esclarecimiento y capacitación tanto para los niveles políticos y decisorios, como para los trabajadores de salud y los miembros de la comunidad.

Es recomendable poner en marcha programas de comunicación de apoyo cuyos contenidos y modalidades puedan ser a su vez materia de programación participativa. El subsector público debería ser el eje en torno al cual se promuevan, faciliten y orienten estos procesos y la articulación intersectorial, aunque en algunos países de América Latina ese papel puede ser compartido con el subsector de la seguridad social.

Deberá tomarse en cuenta, asimismo, que dentro de los grupos pluralistas responsables o comités de gestión de las unidades locales podrá surgir la tendencia a reproducir las mismas estructuras y conflictos de poder que existen en el resto de la comunidad de la que provienen los representantes.

En el próximo apartado se describe la figura de los agentes "externos" no inmersos en la dinámica del poder local, para coordinar esos procesos, al menos inicialmente, procurando evitar de este modo que las decisiones que se tomen sean manipuladas por los actores que detentan más poder.

## Métodos de gestión participativa

Al inicio se mencionó que el proceso participativo consiste en adquirir cada vez más influencia en la toma de decisiones, lo cual implica deliberar, generando conocimientos de forma compartida, y concertar acuerdos entre actores con diferentes intereses y grados de poder.

En realidad, el proceso de toma de decisiones, tanto a nivel individual como colectivo, no es más que la esencia del proceso de planificación. La planificación es una forma de razonar antes de actuar frente a problemas que se pretenden resolver: "planificación es el cálculo que precede y preside la acción"; "la reflexión sistemática que sopesa adecuadamente las consecuencias de la acción" (14).

Los modelos de planificación tradicionales, normativos o directivos, han demostrado tener serias limitaciones para ser eficaces en cuestiones de política social, incluida la salud. Esas limitaciones derivan principalmente de su escasa representatividad, dado que los planes así concebidos son producto de un equipo de profesionales que utilizan una teoría del funcionamiento de la realidad social basada en una perspectiva presuntamente objetiva de la cual se infieren fines, medios, intereses y comportamientos de los grupos sociales, que generalmente no coinciden con los reales.

En contraposición, la planificación participativa postula un método de concertación social que permite clarificar mejor las distintas lógicas sociales, institucionales y organizativas, y obtener un significativo grado de control compartido sobre aquellas (15).

En este contexto, la planificación se convierte en un proceso cognoscitivo y de compromiso, en la medida en que recolecta e interpreta la información (cuantitativa y cualitativa) y proyecta estrategias de acción asumiendo responsabilidades. Es, al mismo tiempo, un intercambio y una coordinación de recursos, capacidades y actividades que permite conciliar intereses en conflicto (16).

"La planificación participativa tiene en cuenta los factores de poder, asume



el conflicto como elemento presente en el proceso y aborda diversidad de soluciones concertadas para resolverlo" (4).

De ahí la importancia de adoptar un método que, a partir de problemas concretos, proponga una secuencia lógica de actividades —las etapas de la planificación— y una estrategia operativa e interactiva de grupo que permita construir escenarios de articulación social que incluye a un número cada vez mayor de actores.

Desde el punto de vista metodológico, se deben considerar ciertos requisitos básicos para llevar a cabo el proceso de planificación participativa en los SILOS:

□ La intervención del nivel local del estado como elemento facilitador del proceso y del establecimiento de la agenda de discusión que brindará el marco global que regulará la planificación.

□ La realización de actividades que tiendan a aumentar el entendimiento y la capacidad política y técnica de los actores (decisiones, técnicos, miembros de las organizaciones comunitarias, etc.) para comprender la lógica inherente al proceso de planificación.

□ El establecimiento de estrategias para constituir, consolidar y desarrollar los grupos responsables o comités de gestión en el nivel local —unidades de acción y áreas de gestión—, en términos de su desarrollo organizativo, sus funciones de canalización de las demandas de la población, su capacidad para procesar de nuevo las demandas locales y su articulación con las áreas de gestión en los niveles zonales, provinciales y nacionales, con vistas a influir en las políticas globales de salud.

El método de planificación participativa que se aplique en este contexto encierra una secuencia lógica de intervenciones constituido por las siguientes etapas: reconocimiento y priorización de los problemas y sus causas; selección de alternativas sobre cursos de acción; atribución de responsabili-

dades; ejecución y control de la toma de decisiones, y evaluación de productos y consecuencias (17).

Dado que estas etapas se atraviesan colectivamente, en un ámbito en el que se expresan y confrontan intereses, capacidades y percepciones divergentes, es difícil fijar los límites o secuencias temporales claras de la mencionada secuencia lógica, que es más lógica que lineal. En la realidad se dan flujos y reflujo, momentos que se entrelazan y yuxtaponen. El método constituye el eje ordenador que permite resolver esas etapas, obteniendo productos concretos y consensuados con el auxilio de técnicas de grupo adaptadas a los contenidos sustantivos, a la índole de los actores y a cada instancia del proceso planificador.

Las técnicas participativas constituyen herramientas que apuntan a un doble objetivo: facilitar en un tiempo adecuado la obtención de decisiones plasmadas en productos tangibles (documentos, programas, convenios, etc.) y procesar los fenómenos de grupo que surgen de todo escenario participativo, evitando el asambleísmo o la monopolización y concentración de la palabra y las decisiones en los actores con mayor poder o capacidad sociocultural.

Teniendo en cuenta esto último, es recomendable que en los escenarios de planificación participativa —donde se reúnen los grupos de actores involucrados— se prevea que la coordinación de las actividades de grupo esté a cargo de un técnico debidamente adiestrado en el método. Ese técnico será un agente "externo" a la estructura y dinámica del poder local; sin embargo, dicho carácter externo no debe permitir que se suponga que sea "neutral" o que aplique una batería de técnicas a modo de recetario básico, sino que se constituirá en un agente regulador de la democratización del proceso de planificación. Desde esa perspectiva, el técnico-coordinador cumple una doble función estratégica: como capacitador y consultor y como activador de los grupos más débiles para potenciar su poder de negociación social. La inclusión de ese tipo de agente se recomienda sobre todo al inicio del proceso participativo.

La modalidad de trabajo en grupo más apropiada para este enfoque es el taller, dado que genera un ámbito privilegiado para desenvolver simultánea e integralmente las funciones de investigación, capacitación, organización y movilización para la acción. El taller constituye el marco de trabajo participativo donde se aplican las técnicas adecuadas para desarrollar las etapas del proceso de planificación, comenzando por establecer una relación inicial de integración entre los participantes, aclarando sus respectivas expectativas y generando un contrato implícito entre los actores, que sin duda fortalecerá la tarea compartida. El llevar a cabo dicha tarea y el aprovechar la posibilidad de transformar en acciones las decisiones concertadas también forman parte de un proceso que se va construyendo en la práctica; la participación se aprende, fundamentalmente, practicándola.

## Legislación participativa en una provincia argentina

Aunque sería interesante relatar una experiencia concreta de organización y gestión participativas de un SILOS para ejemplificar la presente propuesta, ello resulta muy difícil tanto en la Argentina como en América Latina. Existen ejemplos de gestiones participativas en el marco limitado de programas o instituciones de salud, pero resulta más difícil encontrar antecedentes válidos a nivel de sistemas locales como una provincia o un municipio argentinos.

Pese a esa dificultad, interesa sintetizar un intento participativo llevado a cabo en la provincia de Río Negro, a pesar de que quedó reducido a su expresión legislativa y su grado de aplicación fue escaso. Ese intento se inició en 1959 con la promulgación de la ley 60/59 bajo la cual se creaba el Consejo Provincial de Salud Pública como ente autárquico dependiente del Ministerio de Asuntos Sociales. La experiencia abarcó un período de 30 años.

La ley 60/59 contemplaba además la creación de consejos vecinales, definidos como órganos de colaboración y consulta, de los cuales formarían parte representantes municipales, de asociaciones de comercio, agrícola-ganaderas, gremiales y de la industria. Asimismo, la ley preveía la formación de consejos regionales integrados por los jefes de los establecimientos y servicios asistenciales de la región y por representantes de los sectores municipales y de la producción y el trabajo. La función primordial de esos consejos sería la de "hacer cumplir las medidas dispuestas por el Consejo Provincial de Salud Pública".

Si bien dicha formulación estaba influenciada por el corporativismo y distaba mucho del concepto de participación asumido en este trabajo, en aquel año, cuando el discurso descentralizador y participativo no era corriente, la propuesta legislativa constituyó un notable avance.

El Consejo Provincial, integrado por los presidentes de cada consejo regional y presidido por un médico designado por el poder ejecutivo, contaba con la participación —con voz, pero sin voto— del presidente de la Federación Médica Provincial, de un representante del Consejo Universitario Nacional y de cuantas personas se dispusiera en calidad de consultores.

En la práctica, los consejos vecinales no tuvieron vigencia. A nivel regional solo hubo presencia permanente de los directores de región. A su vez, el Consejo Provincial se integró con los directores regionales y su presidente era un médico que habitualmente contaba con la aprobación de la Federación Médica Provincial, así como del representante formal de dicha federación. La gestión estaba muy influenciada por los intereses del gremio médico.

En 1973, se produjo una modificación legislativa —ley 898/73— que incorporó un consejo provincial de distinta configuración: un representante por cada zona elegido por las entidades gremiales del área y un representante del gremio de los trabajadores de salud pública, ambos con voz y voto. El consejo estaba presidido por un mé-

dico designado por el poder ejecutivo provincial.

Los consejos zonales estaban presididos por el director del hospital zonal e integrados por dos directores de hospitales de la zona renovables cada año, dos representantes de municipios de la zona, también renovables anualmente con el fin de asegurar la participación de todos los municipios, tres representantes de la asociación de trabajadores y uno de los empleados de salud pública. Esa modificación legislativa preveía además consejos de áreas programáticas —de cada hospital— presididos por un representante del poder ejecutivo provincial e integrados por representantes municipales, de comisiones de fomento y vecinales, de los trabajadores y de los empleados del Consejo Provincial de Salud Pública.

Esa ley fue la que contempló la participación más amplia de la comunidad y asignó al Consejo Provincial de Salud Pública plena responsabilidad en el planeamiento, organización y fiscalización de todo el sector, limitando la participación de la Federación Médica a la convocatoria que el presidente del Consejo Provincial efectuara. No obstante, esa ley nunca tuvo vigencia, pues no se integraron los consejos a causa de obstáculos políticos, exigencias y presiones de los diferentes sectores involucrados en los años turbulentos de 1974 y 1975. Desde marzo de 1976, y durante ocho años, el proceso militar intervino en el Consejo Provincial de Salud Pública.

Inmediatamente después de la constitución del gobierno democrático en 1984, se sancionó una nueva ley de alcance menor, ya que quitaba el carácter autárquico al Consejo de Salud, reducía su ámbito de competencia, reincorporaba a un representante de la Federación Médica con voz y voto y se anulaba la posibilidad de generar recursos genuinos en el sector público por la venta de servicios a las obras sociales.

El espíritu de esa ley, claramente favorable a los intereses del gremio médico, era contradictoria con las políticas nacionales de salud expresadas por el gobierno democrático.

En 1985 se formuló un nuevo régimen legal —ley 2034/85— vigente en la actualidad, por el cual el Consejo Provincial de Salud recuperó su carácter autárquico, y quedó integrado por representantes de la Federación Médica, la Confederación General del Trabajo y los empleados del sector.

Los consejos zonales incluyen representantes municipales y de los trabajadores de la salud. A nivel local, se conforman los consejos hospitalarios de la comunidad, que están constituidos por representantes de las municipalidades, comisiones de fomento, juntas vecinales y de los trabajadores de la salud.

Ya se mencionó el fracaso de los consejos en los distintos niveles y particularmente en los niveles locales de la legislación anterior. En ese sentido debe recordarse que en la Argentina el gobierno constitucional estuvo interrumpido de 1966 a 1973, que de 1973 a 1975, aun bajo un régimen constitucional, el Consejo Provincial de Salud estuvo intervenido y que, de 1976 a fines de 1983, hubo de nuevo gobiernos de facto.

Sin embargo, desde 1984, bajo gobiernos democráticos, tampoco pudieron concretarse completamente las prescripciones legales en materia de participación. A nivel provincial, el Consejo está integrado y cuenta con la participación activa del representante de los trabajadores de la salud. La presencia de la Federación Médica es menos frecuente, pues ha orientado más sus preocupaciones al campo de la seguridad social. Los niveles zonales y locales tampoco alcanzaron los desarrollos previstos por la legislación.

Podría elaborarse una lista de razones que dificultaron la concreción completa de tan valioso instrumento legislativo; ello no solo sería útil para comprender qué pasó en Río Negro, sino además para advertir algunos de los obstáculos que podrán presentarse en otros sistemas locales pluralistas donde se intenten introducir los cambios que implican los procesos participativos.

Buena parte de la viabilidad de la modalidad organizativa propuesta requerirá la realización de actividades de sensibilización, esclarecimiento y capacitación, así como de programas adecuados de comunicación. Ello hace referencia no solo a la incorporación de técnicas y procedimientos, sino también a la modificación de actitudes antiparticipativas, tanto en funcionarios y técnicos como en la propia comunidad.

No cabe duda de que en Río Negro había un grupo de funcionarios y políticos —por ejemplo, los que promulgaron las leyes en 1973 y 1985— con alto nivel de motivación para implantar procesos participativos y cambios estructurales en el sistema de salud provincial. Sin embargo, ello no fue suficiente para que el resto de funcionarios, profesionales, técnicos y otros actores sociales compartieran esas motivaciones y pudieran surgir espacios adecuados para la deliberación y concertación. Un indicador de esa circunstancia fue la falta de interés de actores tan significativos como:

- los directores de hospitales, acostumbrados a administrar, discutir y acordar con los recursos institucionales de nivel profesional, técnico, administrativo y de maestría, pero que contemplan como un riesgo desconocido e incierto la incorporación de actores sociales “ajenos” a la institución, que podrían menguar el poder del equipo de salud;

- los trabajadores de la salud, más preocupados por los intereses gremiales y por la posibilidad de su acceso directo a los niveles de conducción, y que temen que ello peligre con la incorporación de los actores sociales “extrainstitucionales”, y

- los funcionarios municipales, más habituados a prácticas de tipo paternalista y asistencialista, cuyo rédito político visibilizan como más sencillo e inmediato que las modalidades participatorias con la gente, y que además temen el desborde de las demandas.

Por otra parte, la convocatoria a las juntas vecinales y comisiones de fomento fue inadecuada, al no tener en cuenta la escasa tradición de articulación en entidades de segundo grado que existe en la Argentina entre organizaciones comunitarias, vecinales o de barrio. Este hecho se puso de manifiesto en las dificultades para designar a sus representantes. La atomización no superada de las organizaciones comunitarias les ha dificultado trascender lo estrictamente local y adquirir mayores grados de negociación frente a organizaciones públicas o corporativas.

Otro factor que se debe tener en cuenta es el alto grado de dependencia de la población de las pequeñas ciudades respecto de los servicios de salud y de los profesionales médicos, que impide que los representantes de la comunidad afronten los conflictos derivados de los procesos participativos.

Asimismo, la inadecuación de la oferta para dar respuestas oportunas a las demandas crecientes constituye en sí misma un elemento desalentador para la participación.

Un factor de carácter general, que no solo afectó a Río Negro, sino que constituye una característica argentina, es la discontinuidad política e institucional. Los procesos participativos necesitan espacios adecuados y tiempos apropiados, que nunca son cortos, sino más bien prolongados. Las discontinuidades y rupturas institucionales inciden negativamente en esos procesos, no solo interrumpiéndolos, sino también produciendo retrocesos.

Una conclusión que surge de este somero análisis, es que la legislación, por sí misma, no constituye un motor suficiente para generar procesos participativos. Las leyes que más se cumplen son aquellas que emergen de y expresan los procesos sociales en marcha, con cierto grado de consolidación en las actitudes y conductas de los actores sociales.

Cabría analizar también cómo se produjeron, si lo hicieron, otros procesos participativos en distintas áreas de la política social provincial, cuán alejados estuvieron del intento del sector salud o cuál era el contexto de la política social provincial. Es ilusorio pen-

sar que los procesos participativos prosperen en un sector aislado del resto de la sociedad.

## Observaciones finales

Introducir la participación como modalidad de la relación de cualquier nivel de trabajo es un proceso laborioso y conflictivo:

- ☐ que requiere un esfuerzo deliberado, consciente, persistente y continuo;
- ☐ que exige una flexibilización de las posturas mentales, acompañada de una actitud crítica y sin temor a los cambios propios de la maduración;
- ☐ que habrá de facilitarse acercando los lenguajes y códigos de los actores;
- ☐ que debe permitir que la comunidad disponga de opciones;
- ☐ que debe tener en cuenta que todos tienen motivos para vivir, pensar, hablar e intervenir, y que, por lo tanto, no es preciso "motivar" a las personas a participar, sino que las instituciones deben posibilitarlo y los funcionarios y técnicos han de escuchar a la gente y actuar en consecuencia.
- ☐ que implica avances y retrocesos, lo cual demanda otros tiempos, más allá de las urgencias;
- ☐ cuyos frutos no son ponderables a corto plazo ni exclusivamente por cumplimiento de metas concretas, sino por la adquisición de la experiencia que comporta su práctica;
- ☐ que los cambios se producen más por las modificaciones de mentalidades, actitudes, conductas y relaciones entre las personas que por cambios en legislaciones, normas, organigramas o estructuras formales;
- ☐ que requiere un contexto propicio para su desarrollo, ya que parece ilusorio que solo prospere en un sector aislado del resto de la sociedad, y
- ☐ que, ante todo, supone un valor inmanente a cada comportamiento, representado por la dimensión humana de los sujetos de la acción.

## AGRADECIMIENTO

Los autores agradecen la colaboración de Graciela Cardarelli en los aspectos de metodologías participativas y de Alberto Dal Bó en el relato de la experiencia legislativa de la Provincia de Río Negro.

## REFERENCIAS

- 1 Mallman, C. y Nudler, O., eds. *El desarrollo humano en la sociedad contemporánea*. San Carlos de Bariloche, La Patagonia, Fundación Bariloche, 1984.
- 2 Max-Neef, M., Elizalde, A. y Hopenhayn, M. Desarrollo a escala humana: una opción para el futuro. *Dev Dialogue* [No. especial], 1986. Santiago, Chile, CEPAUR y Fundación Dag Hammarskjöld.
- 3 Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. Washington, DC, 1989. Documento CD33/14.
- 4 Organización Panamericana de la Salud. *Participación social en los sistemas locales de salud*. Washington, DC, 1988. Serie Desarrollo de Servicios de Salud 35.
- 5 Guerra de Macedo, C. Mensaje del Director. *Bol of Sanit Panam* 102(2), 1987.
- 6 Coraggio, J. L. La propuesta de descentralización: en busca de un sentido popular. Trabajo presentado en el seminario internacional "Descentralización del Estado, Requerimientos y Políticas en la Crisis". Buenos Aires, 1988.
- 7 Mattos, C. A. Falsas expectativas ante la descentralización. *Revista del CLAEH* 51, Montevideo, Uruguay, 1989.
- 8 Pearse, A. y Stiefel, M. Participación popular: un enfoque de investigación. Separata de *Socialismo y participación*, 1982. (UNRISD—Naciones Unidas).
- 9 Robirosa, M., Cardarelli, G. y Lapalma, A. *Turbulencia y planificación social*. Buenos Aires, Siglo XXI, 1990.
- 10 Galbraith, J. K. *La anatomía del poder*. Madrid, Plaza y Janés, 1985.
- 11 Nirenberg, O. y Perrone, N. Aportes para el programa de democratización de la cultura. Área de salud. Buenos Aires, Secretaría de Cultura, 1987. Documento mimeografiado.

- 12 Centro de Apoyo al Desarrollo Local (CEADEL). *Programa de Planificación Social Participativa para el Ministerio de Asuntos Sociales. Provincia de Río Negro. Argentina.* Buenos Aires, 1988.
- 13 Hevia, P., Nirenberg, O., Perrone, N. y Cotigiani, M. R. *Programación local con enfoque de riesgo.* Buenos Aires, Secretaría de Salud y Oficina Sanitaria Panamericana. 1988. Documento mimeografiado.
- 14 Matus, C. *Planificación, libertad y conflicto.* Caracas, Cuadernos de Ipeplan, 1984.
- 15 Flisfisch, A., Franco, R. y Palma, E. Planificación con participación: dimensiones, viabilidad y problemas. In: Documento del Seminario sobre Participación Social. Quito, CONADE, ILPES, CEPAL, PNUD, DCTD, 1982.
- 16 Nirenberg, O. y Perrone, N. Ideas para incorporar a la planificación en salud. *Rev Med Soc* 5(10), 1987.
- 17 Guerra, F. Problemas generales de la participación. In: Documento del Seminario sobre Participación Social. Quito, CONADE, ILPES, CEPAL, PNUD, DCTD, 1982.

## SUMMARY

### PARTICIPATORY ORGANIZATION AND MANAGEMENT IN LOCAL HEALTH SYSTEMS

Up to now, community participation in local health systems has been rather limited. To increase this participation, the authors propose organizational and management approaches based on the administrative principle that the primary aims served by health institutions need to be established. These aims should be defined in a way that meets the basic needs of individuals, and main actions should focus on improving the

relationship between people and services. The proposed approaches include decentralization and microregionalization of health services. Both these processes, which are complex and subject to conflict, should be implemented in tandem. Their use will allow attainment of greater efficiency, transparency, and debureaucratization of health systems and services and, at the same time, facilitate the direct participation of users in the management of these services.