

“LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN LA COGESTIÓN DE LA SALUD “

FORMACIÓN DE UN CONSEJO LOCAL DE SALUD EN
EL MUNICIPIO DE PILAR

(PROVINCIA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA)

Enero 2004

Cintia A. Cejas

Investigadora del Área de Política de Salud

Ariana Koffsmon

Directora del Área de Política de Salud

INDICE

Prólogo	3
1. Introducción	5
2. El Consejo Local de Salud	6
2.1. Antecedentes	6
2.2. La experiencia en Alberti.....	8
2.2.1. Características del Centro de Salud “Manuel Alberti”	8
2.2.2. Conformación del Consejo Local de Salud y definición de sus funciones.....	9
3. Conclusiones	14
4. Bibliografía	17

PRÓLOGO

Incontables son las oportunidades en las cuales leemos el “deber ser” de un proceso, es decir la teoría. Más escasas suelen ser las veces en donde podemos leer u observar en la práctica o fácticamente lo que la teoría nos proponía. Asimismo, ocurre que dichas experiencias “reales” suceden en escenarios distantes o ajenos a los nuestros, y con razón nos parece a priori difícil imaginar que dicha práctica pueda traspolarse a nuestro hábitat y a nuestras costumbres. Es por ello que solemos mirar con mejores ojos lo que ocurre en países latinos de habla hispana, por ejemplo, o bajo condiciones similares a las nuestras. Por ello, consideramos importante compartir con usted esta experiencia que hemos podido trasladar desde la teoría a la práctica, adaptándola a la realidad local.

Disfrútenlo!

Ariana Koffsmon
Directora del Área de
Política de Salud
CIPPEC

El objetivo de este documento es presentar un caso que describe la canalización de participación comunitaria a través de la conformación de un **Consejo Local de Salud** en el seno del **Centro de Atención Primaria “Manuel Alberti”** que, desde mediados del 2002, viene desarrollándose en el **Municipio de Pilar**, Provincia de Buenos Aires. Las razones que fundamentan la presentación de un caso de estas características son numerosas.

En principio, se trata de una experiencia de nivel local nacida como consecuencia de un proceso nacional (la descentralización administrativa) que caracterizó a la Argentina durante la década del noventa y de la que el ámbito de la salud no estuvo ajeno. De esta forma, los tradicionales sistemas administrativos centralizados, la característica concentración de recursos y la falta de coordinación entre los niveles de atención, entre otros, se constituyeron en los factores decisivos a ser transformados en el marco de este proceso de descentralización y desarrollo local del sistema de salud. Asimismo, ante una creciente demanda de servicios de salud con recursos cada vez más limitados, el propósito fue lograr una mayor equidad, efectividad y eficiencia del sistema. No obstante, se trata de un proceso que aún continúa su marcha y que está lejos de haber finalizado.

El segundo elemento que nos motiva a presentar este caso es el deseo de exponer por qué la estrategia de atención primaria es imprescindible para lograr el fortalecimiento y desarrollo de los sistemas locales de salud. En este sentido, sostenemos que son ellos quienes representan el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema sanitario, acercando la atención de la salud al lugar donde residen y trabajan las personas.

Finalmente -y en tercer lugar- consideramos que se trata de una experiencia de participación comunitaria organizada en el marco de un Centro de Salud que puede ser replicable en otros contextos en vistas a fortalecer el sistema local de salud a través de la incorporación de la comunidad en el proceso decisorio. Así la comunidad pasa de ser un objeto de la intervención a ser el sujeto del propio sistema, ajustando las medidas de salud a las necesidades y condiciones locales.

1. INTRODUCCIÓN

La **descentralización** de los sistemas de salud ha sido promovida en la Argentina hace varias décadas, sin embargo se la enfatizó durante la década de los noventa como parte de un proceso de reforma del Estado. Por medio de la misma, se buscaba aumentar la flexibilidad y el acercamiento de los servicios de salud a la población, que éstos fuesen más receptivos a las necesidades locales y favoreciesen la colaboración con la comunidad.

Una de las manifestaciones de este proceso de descentralización la constituyó la **regionalización**¹ sanitaria de las provincias, entendida como un sistema formal de asignación de recursos con una apropiada distribución geográfica de las instalaciones de salud, de los recursos humanos y programas. Dicha regionalización fue llevada a cabo a través de las **áreas programáticas** -zonas epidemiológico-sociales asignadas planificadamente a una o varias instituciones de salud² - y de los **sistemas locales de salud** (SILOS) - un espacio poblacional, epidemiológico, tecnológico, económico, social y político insertado en una totalidad donde se articulan las unidades productoras de servicios y la población con sus diferentes necesidades y posibilidades.

Los SILOS constituyen el punto focal de planificación y gestión periféricas de los servicios de salud, bajo la influencia integradora y normativa de la coordinación nacional del sistema de salud – nivel en que se formulan políticas globales y se definen los sistemas de apoyo logístico, técnico y administrativo que requiere la ejecución de programas y prestación de servicios en el nivel local ³.

Sin lugar a dudas la columna vertebral de la estrategia de los SILOS y las áreas programáticas es una eficiente organización de los niveles de atención que son tres: el primario, secundario y terciario⁴. El primero es responsable de la promoción y protección de la salud y en este primer nivel de atención donde existe espacio para la **participación de la comunidad**. La verdadera participación de la comunidad requiere una considerable descentralización de la autoridad decisoria y del poder en lo que se refiere a la asignación de los recursos.

En la Argentina, la participación organizada como un proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a la salud y bienestar propios y los de la colectividad, y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo y al

¹ La regionalización es definida como “esquema de implantación racional de los recursos de salud, organizados dentro de una disposición jerárquica en la que es posible ofrecer la máxima atención en los centros primarios, y los demás servicios van siendo apropiadamente utilizados de acuerdo a las necesidades individuales del enfermo”. De Moraes Novaes, H y Capote Mir, R.E: *Sistemas Locales de Salud: un medio para la regionalización de los servicios de salud*, OPS/Pub. Cient. Nro.519, 1990.

² Lemus, Jorge: *Salud Pública: Marco conceptual e instrumentos operativos*, C.I.D.E.S, 2001.

³ Paganini, J.M: *Sistemas Locales de Salud: un nuevo modelo de atención*, OPS/Pub. Cient.Nro. 519, 1990.

⁴ El primer nivel es responsable del tratamiento y seguimiento de patologías sencillas y de la promoción y protección de la salud. Se apoya en los niveles superiores donde refiere temporalmente a pacientes. En general, las actividades del primer nivel de atención se enfocan en diagnósticos precoces y tratamiento oportuno de padecimientos frecuentes cuya resolución es factible mediante una combinación de recursos simples y poco complejos. Al segundo nivel de atención corresponden las actividades dirigidas a la restauración de la salud, en las que se atienden daños poco frecuentes y de mediana complejidad. Finalmente, el tercer nivel es aquel que realiza actividades de restauración y rehabilitación a las personas que presentan padecimientos de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento.

comunitario, es una iniciativa novedosa. Y lo es más aún si se considera que la participación es promovida por una política oficial que la apoya.

Por esta razón es que el presente documento presenta un caso ejemplificador de la participación comunitaria en el ámbito de un Centro de Salud a través de un **Consejo Local de Salud**.

Los Consejos Locales de Salud son organismos de carácter consultivo o asesor, integrados por distintos miembros de la comunidad, personal local de salud, entre otros. Entre otras funciones se destacan la participación en la elaboración y actualización de la información sustantiva, el participar en la búsqueda y utilización de recursos directos e indirectos, el contribuir al cumplimiento de los programas de salud, etc.

El caso que se expone, al mismo tiempo que deja evidenciado lo difícil que es concientizar a la comunidad de participar para mejorar sus condiciones de vida; refleja la distancia existente entre la teoría y la práctica a nivel operacional.

2. EL CONSEJO LOCAL DE SALUD

2.1. ANTECEDENTES

Durante los últimos años, el cuidado y la atención de la salud de la población en Argentina se han visto resentidos por una serie de causas. En primer lugar, la devaluación de la moneda produjo que los medicamentos, insumos, equipos y toda la tecnología médica importada aumentara su costo hasta valores que dificultan su acceso⁵. De esta forma, los servicios de salud no pudieron reponer ni actualizar equipamiento médico, dificultándose el acceso de la población a los medicamentos e insumos básicos.

En segundo lugar, la disminución del poder adquisitivo de la población y el fuerte aumento del desempleo y el trabajo informal -que no provee aportes a la seguridad social- produjo un incremento notable en el número de personas sin cobertura de Seguro de Salud (privado y voluntario, como es el caso de las Prepagas y Seguros, o Público y obligatorio, como las Obras Sociales del Sistema de la Seguridad Social ligado al empleo). Este sector de la población, que habitualmente se atendía en establecimientos privados y/o con profesionales privados se ha volcado masivamente a los hospitales públicos en la búsqueda de algún tipo de resolución a sus necesidades sanitarias⁶. De esta forma, en la actualidad el sector estatal de la salud se ve desbordado por la masiva demanda de atención de la población sin seguro de salud: indigentes, pobres, desempleados, “nuevos pobres”, etcétera.

A partir de estos antecedentes, la experiencia que se describe a continuación fue, en parte, una iniciativa del Municipio de Pilar que -en el marco de la emergencia sanitaria nacional- propuso reorganizar su sistema local de salud sobre la base del fortalecimiento del primer nivel de atención de la salud.

⁵Téngase en cuenta que en muchos casos se produjeron aumentos de hasta el 300% en el costo de insumos básicos.

⁶Szapira, Ignacio: Los Servicios de Salud en Argentina: Situación actual y tendencias, Argentina Salud Comunidad Económico Social, 2002.

Dicho Municipio cuenta con un hospital general, 5 centros de salud⁷, 6 salas de primeros auxilios, 1 unidad periférica y 6 unidades sanitarias. El objeto era integrar a todos los efectores públicos de la municipalidad de Pilar con los principios de gratuidad, eficacia, equidad y descentralización. En este sentido, al mismo tiempo que se trabajaría por mejorar el acceso de la población a los servicios de salud dentro de un proceso de descentralización, se expresaría la necesidad de crear niveles administrativos y asistenciales regionalizados.

De esta forma, cada uno de estos 5 centros tendrían bajo su responsabilidad la atención de un área geográfica definida denominada “área programática local”. La programación asistencial ha de responder a las necesidades y demandas concretas de la población atendida, y esta respuesta no ha de ser pasiva sino que, por el contrario, ha de implicar la búsqueda activa de los problemas de salud bajo una perspectiva multidisciplinaria que integre los aspectos biológicos, con los psicológicos y sociales.

Se incluyó también la figura del **coordinador del Centro de Salud** que tendría a su cargo entre otras funciones, promover la participación e integración de la comunidad en el diagnóstico, la planificación, ejecución y evaluación de las acciones y/o programas que se desarrollaran en ese ámbito a través de los Consejos Locales de Salud.

En consecuencia, el equipo de salud del gobierno municipal de Pilar decidió darle fuerza a la estrategia de Atención Primaria con el objetivo de integrar la asistencia, prevenir enfermedades, promover la salud y rehabilitar a los pacientes con los recursos disponibles dentro de los Centros de Atención Primaria. El eje fundamental de este plan fue la integración de la comunidad en los Centro de Salud, haciéndolos partícipes de las decisiones que allí se tomaran, junto con los equipos de salud. De esta forma se pretendía descomprimir la demanda en los hospitales que pasarían a concentrar su atención a los pacientes con enfermedades de mayor complejidad. Asimismo, esta estrategia favorecería el acercamiento de la atención a la comunidad, reduciendo la brecha que tradicionalmente los distanciaba de los Centros Sanitarios.

Con tal fin se crearon, en cada uno de los Centros de Atención Primaria del Municipio, **Consejos Locales de Salud**, integrados por miembros de la comunidad. Si bien se les otorgó a los Consejos autonomía funcional para que pudieran definir en forma independiente su forma de funcionamiento y organización, su esencia estaba orientada a la representación de los diferentes sectores de la población a través del debate, en conjunto con el personal de salud, de las cuestiones referidas a la salud de la comunidad.

De lo anterior, se desprende que el Consejo sería quien –en adelante– pasaría a interpretar y expresar las aspiraciones de la comunidad ante las autoridades del establecimiento de salud y de la Municipalidad; de forma tal de convertirse en el principal vehículo trasmisor de sus necesidades y requerimientos de la comunidad.

En general, las políticas orientadas a fomentar la participación de la sociedad en cuestiones vinculadas a los servicios de salud han sido iniciativas promovidas por las propias instituciones más que respuestas de éstas a una demanda popular organizada en este sentido. Es por ello que para que el derecho de participación que se le otorga a la población se haga efectivo las instituciones sanitarias deberán proporcionar ciertas facilidades y herramientas a los ciudadanos interesados⁸.

⁷ “Los Cachorros”, “Manuel Alberti”, “Maria Auxiliadora”, “Santa Teresa” y “Villa Verde”.

⁸ Vázquez, Siqueira, Kruze, Da Silva, Leita: *Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina*, Gacetilla Sanitaria 16(1), España, 2002.

Este fue el objetivo de dicha iniciativa municipal de fortalecimiento de la atención primaria a través de la participación de la comunidad.

2.2. LA EXPERIENCIA EN ALBERTI

2.2.1. Características del Centro de Salud “Manuel Alberti”

El Centro de Atención Primaria “Manuel Alberti” está ubicado en el barrio Manuel Alberti perteneciente al Municipio de Pilar, en la provincia de Buenos Aires, Argentina.

La población del Barrio “Manuel Alberti” es una población vulnerable y con algunos indicadores, como Necesidades Básicas Insatisfechas o Riesgo Sanitario elevados que la caracterizan como una población de alto riesgo. Sólo el 3% tiene cobertura de Obra Social por lo que el cuidado de la salud del 97% de la población se encuentra exclusivamente en manos del Estado.

A partir de los datos del último Censo de Población y Vivienda relevado por el INDEC (Noviembre 2001), se calcula que posee una Área Programática de acción de 16.000 habitantes. Debido a la explosión demográfica producida en los últimos años, el Centro se ve sobrepasado en su capacidad. Este crecimiento ha llevado a que aumente de forma exponencial la solicitud de consultas y el Centro de Salud cuenta con poco espacio físico para atender a la gran demanda de pacientes.

Dicho Centro ha sufrido, en el último tiempo, un crecimiento vertiginoso en la demanda de sus servicios. La cantidad de consultas que actualmente atiende prácticamente se ha duplicado de un año al otro: a fines del 2001 las consultas mensuales del Centro no superaban las 3000, mientras que en el mes de noviembre del 2002 habían llegado a 7360⁹.

Respecto a su infraestructura y equipamiento, dicho Centro de Salud cuenta con los elementos básicos para atender a los pacientes: los consultorios están equipados, según cada especialidad, con balanzas, medidores, camillas, nebulizadores, entre otros.

También cuenta con varios programas que tienen como beneficiarios a los miembros de la comunidad a la que pertenece. Estos son: Programa de prevención de HIV, Programa de Desnutrición, Programa de Diabetes, Programa de Tuberculosis, Programa de Niño Sano, Programa para la Prevención del Cáncer Génito-Mamario (PROGEMA), Programa para el Control del Embarazo, Programa de Planificación Familiar y Programa de Capacidades Diferentes.

Como toda institución prestadora de servicios de salud, el Centro está integrado por profesionales médicos y no médicos, personal administrativo y personal de servicios generales. Sin contar estos últimos, son aproximadamente 30 personas las que están trabajando allí.

Respecto a la disponibilidad de medicamentos, la situación de este Centro no difiere de la de otros Centros o instituciones públicas de salud. Cuando en el año 2001 se declaró la

⁹ En ambos casos se tienen en cuenta consultas médicas, consultas por enfermería y consultas no médicas (Psicología y Obstetricia).

Emergencia Sanitaria Nacional¹⁰, que aún sigue en vigencia, uno de los principales problemas se daba en torno al abastecimiento de insumos en los Centros. La carencia de medicamentos y materiales al mismo tiempo que frustraba el trabajo de médicos, dificultaba el acceso a la salud de los pacientes. El Programa Remediar¹¹ alivió este problema ya que comenzó a distribuir botiquines en los Centros de Atención Primaria de todo el país, con medicamentos que cubren el 80% de las patologías prevalentes.

2.2.2. Conformación del Consejo Local de Salud y definición de sus funciones

Como mencionáramos anteriormente, esta iniciativa fue promovida por la Municipalidad de Pilar, pero en el caso particular del Centro de Salud “Manuel Alberti”, también gracias al involucramiento del Grupo Pro-Ayuda del Tortugas Country Club conformado por mujeres que realizan tareas filantrópicas en la comunidad de Alberti.

A principios del 2002, este grupo de personas decidió participar en las cuestiones de salud del Barrio en el que viven, ya que hasta el momento desde la comunidad no se había desarrollado ninguna iniciativa de participación en este aspecto. En cambio se observaba un involucramiento más activo de los vecinos en cuestiones de nutrición, en comedores y escuelas. Así el Grupo Pro-Ayuda destinó sus actividades a favor de la comunidad en torno a dos ejes: Salud y Educación, y Acción Social.

El objetivo de este grupo se remitía no sólo a la obtención y donación de recursos económicos e insumos para el Centro de Salud de su Barrio sino que también, la idea más importante y de base, era la de desarrollar una estrategia de promoción de la salud a través de la colaboración de los distintos grupos sociales que mediante una instancia de participación pudieran emitir sus opiniones y proponer soluciones a los problemas locales.

Con este objetivo se comenzaron a articular reuniones entre los funcionarios del gobierno municipal específicamente del área de Atención Primaria, la coordinadora del Centro de Salud y representantes del Grupo Pro Ayuda.

De esta forma, en el mes de junio del 2002 se tomó la decisión de conformar un Consejo Local de Salud en el Centro de Atención Primaria “Manuel Alberti” que estuviera conformado por diferentes actores de la comunidad con el fin de cogestionar el Centro, es decir se trataría de una gestión participativa que involucrara a integrantes de la sociedad civil con miembros del sector público.

¹⁰ La Ley nacional N° 25.590 del 2002, exime del pago de derechos de importación y demás gravámenes, a productos críticos destinados al diagnóstico y tratamiento de la salud humana, comprendidos en posiciones arancelarias de la Nomenclatura Común del MERCOSUR.

¹¹ El Programa Remediar, expedido por el Ministerio de Salud de la Nación financiado por el Banco Interamericano para el Desarrollo, entrega medicamentos al Centro y asume por objetivo garantizar a la población el acceso a medicamentos esenciales para las consultas más frecuentes en atención primaria de la salud (APS), en el marco de la emergencia social y sanitaria que atraviesa el país. Remediar apunta preferentemente a la población bajo la línea de pobreza o sin cobertura de seguridad social en salud. Es propósito del programa fortalecer el modelo de atención primaria y promover políticas saludables con gestión participativa.

“El modelo de cogestión para el desarrollo de la salud plantea animar procesos participativos en la perspectiva de construir la capacidad de la población y de los diversos actores institucionales para el manejo y resolución de los conflictos vía negociación y concertación”¹².

2.2.2.1. Elección de los miembros

Luego de numerosas reuniones con el equipo de salud del gobierno municipal y de asambleas comunitarias, en las que se definieron la cantidad de miembros que deberían tener los Consejos Locales de Salud, cuál sería su rol y sus funciones; se convocó al pueblo de Alberti a que eligiera a sus representantes. Con tal fin, se pegaron carteles en las calles, comercios e instituciones de la zona, y la información comenzó a dispersarse entre los vecinos a través del “boca en boca”.

El día de la elección la comunidad se acercó al Centro de Salud a elegir a sus representantes. Si bien no se dispone de un registro exacto, la concurrencia no se caracterizó por ser tumultosa precisamente, lo cual marcaría una etapa de mucho trabajo y dedicación para educar a la gente a participar de la “cosa pública”.

Finalmente el 24 de junio de 2002 se creó el Consejo Local de Salud en el Centro de Salud “Manuel Alberti” el cual quedó integrado por:

- La Coordinadora del Centro de Salud¹³
- Un miembro del Centro (elegido por el personal del establecimiento)
- Un miembro de Cáritas
- Un miembro de la Asociación Amigos del Pilar
- Un miembro del Centro de Jubilados y Pensionados del barrio
- Seis vecinos de cada uno de los barrios que integran M. Alberti no nucleados en ninguna asociación civil ni partidaria, y elegidos en cada barrio por Asamblea Popular (incluyendo un miembro del Grupo Pro Ayuda del Tortugas Country Club).

Así el Consejo Local de Salud quedó constituido por **once miembros** los cuales se eligen cada doce meses, pudiendo ser reelegidos indefinidamente.

Una vez conformado el Consejo, el Grupo Pro – Ayuda del Tortugas Country Club, pidió colaboración al Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC), para que lo acompañe técnicamente en el proceso. El rol de CIPPEC sería el de asesorar y colaborar con todas las partes en la organización del Consejo y en la definición de sus funciones, realizar un diagnóstico de la estructura, organización y capacidad operativa del Centro de Atención Primaria del Barrio Alberti y, dotar al Consejo Barrial Local de las herramientas necesarias para monitorear el funcionamiento del Centro y de esa forma mejorar los estándares de la atención ambulatoria del mismo.

¹² El modelo de cogestión se caracteriza por poseer distintos momentos y dimensiones¹²: el momento de la *problematización*, que se refiere a la identificación de un problema o necesidad; el momento de la *proposición*, en el que se elaboran propuestas, se las negocia, y evalúan; el momento de la *ejecución* en el cual se desarrollan una serie de actividades para implementar el plan de acción decidido. Una vez implementadas las acciones se las evalúa para incentivar la continuidad del trabajo o no.

¹³ La Dra. Valentini es médica pediatra, con 2 años de experiencia en la coordinación del Centro de Salud y 15 años de experiencia en el ámbito de la salud municipal.

2.2.2.2. Algunos obstáculos

Organizar la participación comunitaria y lograr una integración e interacción con los miembros del Centro de Salud no fue tarea fácil. La llamada "hegemonía médica", es decir, la resistencia del personal de salud al cambio que representa compartir su poder con otros que no tienen conocimientos técnicos provoca que al analizar los problemas, el personal de salud trate de imponer sus criterios y subvalore el análisis de la comunidad. En realidad es un acto natural de los grupos el de reaccionar frente a aquellos que pretenden compartir el mismo espacio, lo consideran una "invasión" y deberán transitar por un proceso de integración hasta que ambas partes logren clarificar sus funciones y tomen conciencia de que deben interactuar hacia el logro de un objetivo común. En el caso de Alberti, esta etapa fue superada, tanto el personal médico como el no médico asumieron que al mismo tiempo de que cada uno tenía funciones distintas todos trabajaban por el mismo objetivo: mejorar las condiciones de salud de la comunidad.

También, la carencia de un concepto claro de participación social o bien la ausencia de una "conciencia participativa" en esta población fue un obstáculo al momento de conformar el Consejo. En este caso se trataba de una comunidad muy urbanizada que aún hoy lo sigue siendo, educada en la cultura del asistencialismo y del aislacionismo, lo cual le impide buscar alternativas para mejorar sus condiciones de vida. Muchos vieron a esta instancia de participación como un intento de movilizar a la población con fines político-partidarios. A esto debemos sumarle que la creación de un Consejo de Salud constituía una iniciativa no basada en antecedentes conocidos por los miembros de la comunidad, razones por las cuales ante la desconfianza de lo desconocido preferían abstenerse de participar.

Está comprobado que un individuo sólo participará en acciones colectivas si percibe que tiene capacidad para influir en los resultados, que su participación es imprescindible y que va a lograr un cierto beneficio. Por ello, es más probable que un individuo participe en salud si ya existen grupos o asociaciones que ofrecen una vía para ello¹⁴.

En consecuencia, a partir del momento en que se conformaba el Consejo local de Salud, se iniciaba un período de aprendizaje constante, de integración entre sus miembros, de aceptación ante una comunidad un tanto escéptica y descreída de la posibilidad de mejorar las condiciones de vida a través de la labor comunitaria.

2.2.2.3. Organización interna

Según su **estatuto** que rige la conformación, funcionamiento y organización del Consejo y que fue aprobado por los propios miembros, éste se reúne cuatro veces por mes y por pedido al menos de dos miembros del Consejo Local de Salud se pueden celebrar reuniones extraordinarias dentro de los siete días corridos subsiguientes. La dinámica de las reuniones es a partir de un orden del día en el que se hace una rendición de lo realizado por

¹⁴ Klein R. "The politics of participation"; en Vázquez, Siqueira, Kruse, Da Silva, Leita: Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina; Gaceta Sanitaria 16(1), España, 2002.

cada comisión y luego se trabajan los temas planificados a los que siempre se le suman cuestiones cotidianas y urgentes que debe ser resueltas así como cuestiones generales que exceden a cada subcomisión¹⁵ y deben solucionar el Consejo en su conjunto. A su vez, se discuten inquietudes de miembros de la comunidad representados por las organizaciones o barrios a los que pertenecen. Todo lo discutido en las reuniones del Consejo queda escrito en el libro de actas del mismo y al final de cada reunión todos los asistentes firman.

Las reuniones se celebran válidamente con la presencia de la mitad más uno de sus miembros, requiriéndose para las resoluciones el voto igual a la mayoría de los miembros del Consejo. Pueden participar de las reuniones o asambleas los miembros titulares del Consejo a menos que deban ausentarse por razón justificada y anticipada. En tal caso, son reemplazados por sus suplentes. Los suplentes pueden participar de las reuniones, si así lo desean, tienen voz pero no voto.

Por su parte, los miembros del Consejo que durante el ejercicio de su mandato sin causa justificada y con previo aviso hubieran faltado a tres reuniones consecutivas o a cinco discontinuas serán separados del mismo, y reemplazados por un suplente.

Entre las atribuciones y deberes del Consejo figuran: a) Ejecutar las resoluciones de las Asambleas y reuniones del Consejo, cumplir y hacer cumplir las normas del Gobierno de la Municipalidad de Pilar, el estatuto y los reglamentos, b) Convocar a Asambleas, c) En caso de que el Consejo crea necesario contratar personal para trabajar en el Centro, se hará la solicitud correspondiente al Municipio, d) Diseñar la estructura organizativa con el plan de trabajo de cada empleado, incluyendo responsabilidades, objetivos y, planes de evaluación y desempeño.

Finalmente, el Consejo designó a uno de sus miembros para que se ocupe de las cuestiones administrativas y de logística del mismo. Dicha actividad rota cada dos meses, y la persona encargada tiene un suplente que colabora si es que en alguna oportunidad no puede realizar sus actividades.

El Consejo se dividió funcionalmente en 3 subcomisiones de trabajo: *subcomisión de recaudación de fondos y organización de eventos*, *subcomisión de relaciones institucionales* y *subcomisión de medicamentos*. Las subcomisiones se distribuyen las tareas para afrontar los diferentes problemas que tiene el Centro como ser la falta de insumos, medicamentos y para colaborar en la gestión del mismo. Por ejemplo, la subcomisión de medicamentos se ocupa de llevar un registro permanente de la disponibilidad de medicamentos, su entrega y archivo de las recetas para control.

En la modalidad de reuniones semanales, sus miembros presentan ideas, se las discute y se las aprueba o no, así como también se definen prioridades y estrategias para lograr objetivos. Este punto constituye un ejemplo de democracia, en el sentido de que la argumentación-deliberación es su esencia. Nada se lleva a cabo si no está correctamente aprobado por el Consejo, por eso solamente participan las personas que entienden esta forma de organizarse.

Como consecuencia de algunas ausencias producidas en la primera etapa de funcionamiento del Consejo, en Febrero de 2003 se convocó nuevamente a la comunidad para ocupar las vacantes que en su momento correspondía a Cáritas, al Centro de Comerciantes y a algunos miembros suplentes. Esta vez asistieron 16 personas solamente pero quedaron

¹⁵Subcomisión de Recaudación de Fondos y Organización de Eventos, Subcomisión de Relaciones Institucionales y Subcomisión de Medicamentos.

representados todos los barrios y algunos sectores de la comunidad: Güemes, Carumbé, El Rocío, Los Perales, San Luis, William Morris, Tortugas, Centro de Jubilados, Amigos de Pilar y representantes del Centro de Salud.

2.2.2.4. Actividades

Durante el año 2002, el Consejo logró reinstalar un Consultorio de Odontología que estaba sin funcionar¹⁶; gestionar donaciones de varios de los insumos que se necesitaban entre miembros de la comunidad; incorporar a personal del Plan Jefes y Jefas de Hogar para trabajar durante el fin de semana en la limpieza del Centro; realizar un inventario para llevar un control organizado de todos los medicamentos que se entregaban¹⁷; dictar tres cursos de computación en paralelo (en diferentes horarios y para distintos grupos) para capacitar al personal del Centro en el uso de la computadora; organizar eventos con el objetivo de recaudar fondos y así lograron comprar un colposcopio¹⁸; y se confeccionó una cartelera con los horarios de los turnos médicos y de laboratorio para que la población estuviera informada.

Con el objetivo de promover la salud, el Consejo “salió al barrio” proponiendo una serie de actividades destinadas a colaborar en la educación sanitaria de la gente, a través de la difusión de pautas saludables las cuales pueden cambiar o modificar hábitos de vida. De esta forma se dictaron charlas informativas sobre diversos temas, se inició un taller de plantas medicinales así como también se desarrolló el Plan Huerta cuyo fin era el de enseñar a la población a trabajar la tierra para aprovechar sus frutos. También se inició un taller de teatro del cual participa una psicopedagoga quien a modo de asistencia terapéutica analiza los conflictos que interceden en el aprendizaje de las personas que participan del mismo.

Un punto aparte merece el proyecto que se implementó, también por iniciativa del Consejo, de formación de **agentes de salud**. Conceptualmente, los agentes o promotores de salud son miembros de la comunidad que trabajan en conjunto con el sistema de salud para difundir políticas de salud positivas. Constituye un aspecto importante de su trabajo funcionar como puente entre el sistema de salud y la comunidad. Sin embargo, su papel trasciende la diseminación de los mensajes construidos por el personal de salud: los agentes de salud también representan una voz autónoma de sus comunidades, tanto para adaptar iniciativas de promoción de salud a la cultura local, como para construir proyectos propios, o para pedir una inversión de recursos del sistema de salud en soluciones a los problemas identificados por la comunidad. De esta manera, los promotores de salud aumentan la participación y el poder de la comunidad en el mejoramiento de la salud local.

Así el Centro de Alberti, a través del Consejo, convocó nuevamente a la comunidad pero esta vez con el objetivo de que participaran directamente en la promoción de la salud. Inicialmente 46 personas asistieron a los cursos de formación, sin embargo, actualmente sólo 3 personas continúan en esta labor, lo cual evidencia otra vez la carencia de una conciencia participativa sustentable en esta comunidad.

¹⁶ La conexión de gas había sido interrumpida cuando se realizó la reestructuración edilicia bajo el PROMIN.

¹⁷ Quien hace entrega de un medicamento debe completar una planilla que luego es archivada en forma digital por la subcomisión de medicamentos

¹⁸ El colposcopio es vital para la detección de células cancerosas en el cuello del útero.

Las tareas desarrolladas por los promotores que hoy participan del Centro de Salud son las de realizar una búsqueda activa de pacientes en los comedores zonales, para lo cual miden y pesan a esta población detectando pacientes en estado de desnutrición a quienes inmediatamente les dan un turno con un médico del Centro, para que sea asistido. Además, colaboran con el Plan de Vacunación.

Obviamente esta iniciativa también tuvo que enfrentar obstáculos. La superposición de funciones así como el temor a ser invadido en el espacio laboral volvió a manifestarse en este caso en el grupo de enfermeras. Con el paso del tiempo se logró una mayor integración entre ambas partes y una concientización de que tenían funciones claramente diferentes- unos salían a la comunidad a buscar pacientes y los otros trabajaban con la demanda que se acercaba al Centro- pero orientadas al mismo objetivo.

Actualmente, los promotores se reúnen a menudo con el equipo médico del Centro de Salud para analizar el tratamiento de ciertos temas que surgen en la comunidad.

Otro punto aparte también merece el **diagnóstico** de la estructura, organización y capacidad operativa del Centro de Salud que realizó el Consejo. Para ello se analizaron cuestiones tales como las características de la población del área de influencia; las infraestructura y equipamiento; la oferta de servicios (incluyendo la organización de turnos y el rol de los agente de salud), el análisis de la demanda, de los recursos y de la productividad médica.

Asimismo se efectuó una encuesta de satisfacción de pacientes destinada a conocer la opinión de la comunidad con respecto a la labor que se desarrolla en el Centro. Para el trabajo de campo de este relevamiento se contó con la participación voluntaria de un grupo de alumnos de la Universidad del Salvador, sede Pilar. Este grupo trabajó en conjunto con gente del Consejo y de la comunidad en la realización de las encuestas por el barrio, previa capacitación por parte de CIPPEC.

Entre sus resultados se destaca que el 67% de los encuestados manifestó sentirse satisfactoriamente atendido en el Centro mientras identificaron que las necesidades más urgentes a resolver son las relativas a la carencia de médicos (especialmente de un médico de guardia) y de insumos (incluyendo medicamentos).

Este relevamiento, brindó datos concretos para tomar decisiones y a partir de los mismos se fueron tomando una cantidad de medidas para solucionar los problemas encontrados y aprovechar las fortalezas detectadas.

Esta encuesta se complementó con una realizada al personal del Centro. La misma generó susceptibilidades al principio, pero luego de hacer una reunión entre el personal y el Consejo se comenzó a generar un entendimiento entre ambas partes marcando el inicio del trabajo en conjunto.

Finalmente, esta participación organizada que generó el Consejo también permitió que sus miembros colaboraran en el armado y análisis del Proyecto de Ordenanza del Sistema Municipal de Salud de Pilar.

3. CONCLUSIONES

La participación individual en el ámbito de la salud para el aporte de recursos humanos, materiales y monetarios no es novedosa en nuestra sociedad. Sin embargo, la promoción de la participación para conseguir la democratización de los servicios en un

contexto de reformas políticas y administrativas, sí constituye un aspecto singular y con miras a generar cambios sustantivos en nuestra sociedad.

La participación comunitaria como se ha definido anteriormente, es un elemento esencial de la atención primaria y de la promoción de la salud. Para que sea realmente efectiva en los servicios de salud, además de la existencia de espacios y mecanismos, se necesita que una serie de requisitos de orden político, organizativo y poblacional estén presentes: recursos e información suficiente, una sociedad civil medianamente organizada, voluntad de la población a participar y, sobre todo, voluntad de los servicios de compartir las decisiones en salud y la capacidad de dar respuestas a las necesidades de la población.

Respecto del caso presentado, si bien debemos considerar que su conformación es bastante reciente, podemos concluir que:

- 1) Se trata de una comunidad en su mayoría escéptica a participar en cuestiones públicas, sobre todo porque la promoción o instauración de mecanismos de participación social en las instituciones también ha sido usada en otras ocasiones como mecanismo de manipulación política.
- 2) Este Consejo ha considerado como comunidad a los habitantes de los distintos barrios que conforman el área programática del Centro, abarcando diversos grupos mas o menos organizados. Para el caso de los grupos no organizados- por ejemplo los barrios- la representación en el Consejo es bastante difusa, ya que no existieron previamente mecanismos que aseguraran que los diferentes grupos de interés estuvieran representados. No obstante, las asambleas populares en los barrios para la elección de miembros constituyeron un mecanismo democrático de participación, a pesar de que no todos los habitantes tienen el mismo grado de información ni la misma capacidad de participar. La permanencia del Consejo en el tiempo, y la inclusión sistemática de nuevos miembros elegidos en asamblea, garantizará la participación democrática de sus miembros.
- 3) Los niveles de información sobre el sistema de salud son aún limitados. El conocimiento de las diversas formas de participación no está muy extendido entre la población y por ello los procesos de inclusión social en la toma de decisiones demoran en ser adoptados e imitados.
- 4) La distribución de poder entre los distintos sectores sociales es aún limitada. La verdadera participación de la comunidad, como ya se ha manifestado, requiere una considerable descentralización de la autoridad decisoria y del poder en lo que se refiere a la asignación de los recursos. Sin embargo, el Consejo tiene un poder relativo ya que no puede decidir sobre los recursos humanos del Centro, por ejemplo.
- 5) Si bien aún no podemos evaluar la eficiencia en cuanto a la capacidad de dar respuesta a las necesidades de la población, es real que este Consejo asumió en una etapa de crisis sanitaria. En este sentido, pudo superar las dificultades que se presentaron, comprometiéndose en la organización interna del Centro para que con los recursos existentes se lograra una mayor eficiencia y acceso a los servicios

brindados. Este éxito vino acompañado de mayor participación en la toma de decisiones, y mayor compromiso de parte de sus miembros.

- 6) Las actividades de promoción de la salud realizadas por el Centro aún son limitadas debido a la carencia de una “conciencia participativa” por parte de la comunidad. Sin embargo, se las sigue llevando a cabo con el objetivo de educar gradualmente a la población en el cuidado de su salud y en mecanismos de participación comunitaria.

Varios han sido los intentos de la sociedad civil por participar de alguna manera de sus servicios, ya sea para ampliar la base de recursos, como para ampliar el espectro de los servicios. Sin embargo, cuando se la intentaba involucrar en aspectos de decisión, chocaba una o otra vez con el poder de los médicos, como con la autoridad pública municipal de turno. La cuestión de la lucha de poder solía ser el principal obstáculo, el cual desalentaba toda participación, incluso por la manipulación que siempre se hizo de la sociedad en términos políticos. En este sentido, constituye un gran paso que desde nivel político local se haya promovido un espacio de participación, impulsando no sólo la creación de Consejos locales en cada uno de los centros de atención primaria, sino también con el aval de medios legales para que estos Consejos gocen en el futuro de legitimidad escrita. Creemos que las bases están dadas y que es deber de cada uno de los miembros de la sociedad involucrarse de alguna manera en los procesos de toma de decisiones de su pequeña comunidad, esto garantizará mayor transparencia y compromiso de nuestros legisladores y de quienes nos gobiernan.

4. BIBLIOGRAFÍA

- **CIEDLA-Konrad Adenauer:** Descentralización institucional: Reformas de Segunda Generación, 2001.
- **CIPPEC:** Consejo Local de Salud, Centro de Atención Primaria M.Alberti: Informe Final; Argentina 2002.
- **De Moraes Novaes, H y Capote Mir, R.E:** Sistemas Locales de Salud:un medio para la regionalización de los servicios de salud, OPS/Pub. Cient. Nro.519, 1990.
- **Labonté Ronald:** Políticas Públicas Saludables, Conferencia Internacional de promoción de la salud, Santa Fe de Bogotá, Colombia, 1992.
- **Lemus, Jorge :** Atención Primaria de Salud y Áreas Programáticas hospitalarias; Cátedra de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad del Salvador, 1998.
- **Lemus, Jorge :** Salud Pública: Marco conceptual e instrumentos operativos; C.I.D.E.S, 2001.
- **Martinez Nogueira, Roberto:** La Reforma de la gestión estatal y la calidad de las instituciones: Cuestiones y aprendizajes”
- **OPS/OMS:** Gobernabilidad y Salud. Políticas públicas y participación social, Washington D.C, 1999.
- **OPS/OMS:** Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud: la participación social, HSS/SILOS-3, Washington D.C, 1990.
- **OPS/OMS:** Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud: talleres subregionales, experiencias y conclusiones, Washington D.C, 1989.
- **OPS/OMS:** Evaluación para el fortalecimiento de procesos de participación social en la promoción y el desarrollo de la salud en los sistemas locales de salud; División de Sistemas y Servicios de Salud HSS/HSD-HED, Washington D.C., 1994.
- **OPS/OMS:** La participación en el desarrollo social de la salud-Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud, HSS/SILOS-26, Washington,1993.
- **OPS/OMS:** La participación social en el desarrollo de la salud: experiencias latinoamericanas; HSP/SILOS-35; , Washington,1997.
- **OPS/OMS:** Municipios Saludables: una opción de política pública. Avances de un proceso en Argentina; N° 55, Argentina 2002.
- **OPS/OMS:** Participación de la comunidad en la salud y el desarrollo en las Américas, Publicación Científica N°473, Washington D.C., 1984.
- **OPS/OMS:** Participación social en los sistemas locales de salud; Serie Desarrollo de Servicios de Salud N°35, Washington D.C., Diciembre 1987.
- **OPS/OMS:** Planificación local participativa. Metodología para la promoción de la salud en América Latina y el Caribe, Washington, D.C., 1999.
- **Paganini, J.M:** Sistemas Locales de Salud: un nuevo modelo de atención, OPS/Pub. Cient.Nro. 519, 1990.
- **Repetto, F:** Descentralización de la Salud Pública en los noventa: una reforma a mitad de camino, Documento 55, Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional - Fundación Gobierno y Sociedad y Fundación Grupo Sophia, Argentina, 2001.

- **Rosenthal E.:** The final report of the National Community Health Advisor Study, University of Arizona, 1998.
- **Ruiz, L.:** “Promoción y Prevención en el campo de la salud: Aspectos metodológicos”, en: Romero, M: Promoción y prevención en Salud, Santiago de Chile: CPU, 1991.
- **Swider, S.:** Outcome effectiveness of community health workers: an integrative literature review, Public Health Nursing, ene/feb 2002.
- **Szapira, Ignacio:** Los Servicios de Salud en Argentina: Situación actual y tendencias; Argentina Salud Comunidad Económico Social, 2002.
- **Tobar, Federico:** Reforma de los sistemas de salud en América Latina; Fundación ISALUD, 1999.
- **Vázquez, Siqueira, Kruze, Da Silva, Leita:** Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina; Gacetilla Sanitaria 16(1), España, 2002.