



CEADeL
Centro de Apoyo
al Desarrollo Local

CUADERNO Nº 46

**EL ROL DEL ESTADO PARA LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LA
EVALUACIÓN:
EL CASO DEL SECTOR SALUD**

Dra. Olga Nirenberg,
Buenos Aires, Argentina, 2003

Sarandí 247, 2º E, (1081), Buenos Aires, Argentina; Tel Fax: (54 11) 4 952 9893
info@ceadel.org.ar, www.ceadel.org.ar

I. Introducción y agradecimientos

En este trabajo procuro profundizar en el sentido del concepto de *participación social* en las organizaciones de servicios; exploro brevemente la vinculación del término *participación* con el más emblemático aún de *democracia* e incluyo algunas referencias a otros aspectos relacionados, como son los de planificación, programación, gestión y evaluación y los procesos de mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios. También aludo al concepto surgido hace relativamente poco tiempo de *auditoría social*, trasladado acriticamente a las políticas sociales desde el campo empresarial. Formulo sugerencias sobre modos organizacionales para concretar la participación, y finalmente ofrezco una propuesta programática, tanto desde el punto de vista procesual (inclusiva de las diferentes etapas a transitar) como de las diferentes aperturas según la índole de los contenidos que los niveles centrales de gobierno deberían considerar para apoyar y promover tales procesos.

Si bien el trabajo está enfocado al sector salud, que sin duda tiene especificidades, sin embargo creo que también será de utilidad para los que trabajan en otros campos de las políticas sociales, si los lectores realizan el esfuerzo de abstraer conceptos y afirmaciones, para adecuarlos y aplicarlos a sus ámbitos de preocupación.

Como siempre sucede, este texto está impregnado de textos y discursos anteriores, propios y ajenos. En especial, he discutido y trabajado sobre estos temas con Néstor Perrone y Graciela Cardarelli (por orden cronológico), a quienes agradezco sus importantes e inteligentes aportes. Los antecedentes más relevantes son dos documentos previos (Nirenberg, O., 1997 y Nirenberg, O y Perrone N., 1999), donde se planteaban propuestas para llevar a cabo procesos de participación social en salud, particularmente en la evaluación, tanto en los establecimientos como en los niveles provinciales y locales, y donde se proponían también alternativas de asistencia técnica y cooperación que el gobierno nacional debería brindar para facilitar esos procesos. El primero de esos documentos, bajo la forma de un Programa de Auditoría Social, se produjo en el marco del Programa Materno Infantil y Nutricional –PROMIN– que se lleva a cabo en el Ministerio de Salud de la Nación, con apoyo financiero del Banco Mundial –BIRF–; sólo se concretaron dos de los muchos pasos allí propuestos: el diagnóstico de viabilidad para la Auditoría Social en las provincias y la Encuesta de Conformidad a Usuarios de los centros de salud del primer nivel de atención –ECU–.

II. ¿Democracia o democracias?

Pocos conceptos tan emblemáticos y polisémicos (con tantos significados diversos, a veces opuestos) como el de democracia. Por ello es que raramente se encuentra, en la literatura o en el discurso, tal concepto por sí sólo, sino acompañado de algún adjetivo que procura aclarar de qué se habla cuando se menciona a la democracia: directa, indirecta, representativa, liberal, parlamentaria, transicional, incompleta, mínima, débil, fuerte, incierta, entre otros tantos. Últimamente se introdujo la

noción de *democracia participativa*, lo cual, a la luz de lo que acá analizaremos, aparece como una tautología.

Literal y originalmente, significa gobierno del pueblo, es decir, la expresión efectiva de la voluntad popular. El modo en que esa voluntad se expresa o concreta toma formas muy diversas según momentos históricos y contextos nacionales.

Suele identificársela con el gobierno de la mayoría; y en otras ocasiones como todo aquello que es humanamente bueno (que contribuye a la “buena vida”); pero ninguna de estas visiones es adecuada para su entendimiento como un ideal social. Entonces, ¿qué es lo que en realidad aspira lograr la democracia? Aunque las respuestas varían de acuerdo a los tipos de democracia discutidas, siempre se asume que toda la gente que vive dentro de una sociedad necesita de un proceso para llegar a sintetizar en decisiones los intereses de las diferentes personas y grupos. Una justificación común para los gobiernos democráticos se sustenta en la premisa de que los individuos son los mejores jueces de sus propios intereses y que la igualdad de derechos es necesaria para proteger esos intereses, minimizando de tal modo los abusos posibles del poder político. Otra justificación común y complementaria, es la que expresa y alienta a la autonomía o auto determinación de los individuos bajo condiciones de interdependencia social, donde muchos problemas importantes deben ser resueltos colectivamente (Touraine, Alain, 1995).

Muchos teóricos de la democracia argumentan que ésta es un instrumento para el desarrollo humano en el sentido de que alienta a la gente a responsabilizarse de su vida política. Está también la visión contractualista que argumenta que la democracia representa términos de un contrato entre gente que si bien comparte un territorio no están de acuerdo en una sola concepción del bien.

Dentro de las menos inclusivas y menos inspiradoras concepciones de democracia está la que la entiende como: “aquel arreglo institucional para llegar a decisiones políticas; en la cual los individuos adquieren el poder de decidir por medio de una lucha competitiva el voto de la gente” (Schumpeter, Joseph, 1985). Al tiempo que este pensamiento reconoce la importancia de la competencia en la democracia; niega que el proceso democrático de competir por el voto popular tenga cualquier valor sustantivo o en sí, sino que lo considera exclusivamente instrumental, un medio. Es la llamada concepción de “democracia mínima” que tiene que ver con las actuales corrientes pragmáticas o del realismo político y conciben los regímenes democráticos como algo muy concreto, práctico y útil, del cual las personas sacarían provecho inmediato. Hay autores que entienden la democracia mínima como algo inmediatamente posible por un proceso de transición del autoritarismo a la democracia, una transición debida a un pacto político y una negociación para suceder a regímenes autoritarios por un modelo nuevo. El autoritarismo (totalitarismo o dictadura) es una forma concreta de régimen político que se distingue de la forma liberal demócrata por la supresión de las principales libertades civiles y políticas y por la concentración del poder en manos de un jefe o de un pequeño grupo de personas. El resultado ha sido generalmente el abuso de poder. Contra esta forma

de régimen político, se subraya la importancia de la democracia política, aquella que históricamente ha defendido a los individuos de los abusos del Estado. Dicha democracia se define por un método para tomar decisiones colectivas y no por la sustancia de las mismas.

En el sentido apuntado, una caracterización de la democracia puede hacerse a través de un conjunto de reglas con el objeto de cumplir dos tareas: en primer lugar, que las reglas digan quién está a cargo y autorizado para tomar decisiones colectivas y en segundo, bajo qué procedimientos. Si existen tales reglas no habría dudas de que se trata de una democracia. (Bobbio, Norberto, 1986). Se arriba así a la denominada concepción procedimentalista, que requiere al menos de los siguientes elementos o “ingredientes”:

- la participación política del mayor número de gente interesada en hacer actos de presencia en la vida política;
- la regla de la mayoría, es decir, tomar como el criterio central para las decisiones políticas la opinión de las mayorías;
- derechos de comunicación, mediante los que se logra la selección entre diferentes elites y programas políticos;
- la protección permanente de la esfera pública.

Otras perspectivas privilegian los siguientes factores:

- El control de las decisiones del gobierno, cuyo poder está depositado constitucionalmente (no por el concepto, sino por la ley), está en los funcionarios electos.
- Los funcionarios son elegidos pacíficamente de manera frecuente, en elecciones conducidas con limpieza (no fraudulentas), en las que el fenómeno de la coerción es nulo o insignificante.
- Sufragio igual y universal para todos los adultos.
- La mayoría de los adultos tienen derecho a presentarse como candidatos para cargos electivos en el gobierno.
- Derecho de expresarse con libertad sin correr el riesgo de ser castigado; libertad de expresión política, incluida la crítica a los funcionarios, a la conducción del Estado, al sistema político, económico y social prevaleciente y a la ideología dominante.
- Derecho de los ciudadanos de tener fuentes de información alternativas que no estén monopolizadas por el gobierno ni por ningún otro grupo (existencia de varios medios, no uno único).
- Los ciudadanos tienen derechos a formar asociaciones u organizaciones relativamente independientes (autónomas), incluidas las asociaciones políticas (por ejemplo, partidos

políticos y grupos de interés), que procuren influir en el gobierno rivalizando en las elecciones y por otras vías pacíficas.

- Garantías a los derechos de las minorías contra cualquier abuso por parte de las mayorías.

Así, si el gobierno popular es aquel cuyas acciones estuvieran siempre de acuerdo con la voluntad de todos los ciudadanos, la democracia sería aquel régimen cuyos actos presentan una estrecha correspondencia con los deseos de muchos de sus ciudadanos durante un largo período de tiempo. Se resignifica así la borrosa noción de "voluntad del pueblo" en términos de oportunidades para formular preferencias, con el fin de expresarlas a los demás y al gobierno mediante una acción individual y colectiva. Se lograría así que las propias preferencias fueran consideradas por igual, sin discriminación en cuanto a contenido u origen mediante las garantías numeradas en las líneas anteriores (Dahl, Robert; 2000).

A partir de estos planteamientos se implica que la función principal de esta democracia (mínima) es asegurar la libertad de los individuos frente a la prepotencia del Estado. Definida así, la democracia se distinguiría de la dictadura, y en particular del totalitarismo, por la existencia de un conjunto de instituciones y procedimientos que garantizarían la libertad de los individuos.

De esa forma el significado de democracia moderna se ha identificado con un conjunto de reglas e instituciones. Esto es precisamente la democracia mínima: un conjunto de reglas e instituciones. Tal concepción de la democracia minimalista descansa en la propuesta del liberalismo y del capitalismo clásico y su fundamento es la idea de la democracia elitista.

Participación y competencia son una especie de corazón de ese modelo. Sin embargo, puede ser que haya participación y competencia, perdedores y ganadores, que haya elecciones, que se luche por los valores pero que no por ello haya impactos positivos para la población, pues la democracia puede convertirse en un ritual de conteo de votos, que sólo sea una sucesión de elites políticas y que ninguna elite deje de defender básicamente sus propios intereses. Es decir, que los mecanismos se hagan repetitivos y rutinarios y se desvirtúen de tal forma que la ciudadanía no vea sus intereses beneficiados con la democracia.

Las visiones procedimentalistas de la democracia han tenido múltiples críticas, algunas de las cuales vinculan esa concepción con el individualismo contemporáneo (Casotiradis, Cornelius, 1998). Este mismo autor considera que tal visión rompe con todo el pensamiento político precedente, que veía en la democracia un *régimen político*, indisociable de una concepción sustantiva de los fines de la institución política y de una visión sobre el tipo de ser humano que le corresponde. Para que los individuos sean capaces de hacer funcionar los procedimientos democráticos según su "espíritu", es necesario que una parte importante del trabajo de la sociedad y de sus instituciones se oriente a lograr que los individuos se correspondan con esta definición, esto es, personas democráticas también en el sentido estrechamente procedimental del término. Pero entonces es preciso afrontar el

siguiente dilema: o esta educación de los individuos es dogmática, autoritaria, heterónoma – convirtiendo así la democracia en un ritual prácticamente religioso – o bien los individuos que deben llevar a cabo los procedimientos – votar, legislar, seguir las leyes, gobernar – han sido educados de manera crítica. En ese último caso es necesario que la sociedad valore el espíritu crítico que puede poner en cuestión las instituciones existentes, y así la democracia supera su significación meramente procedimental para adquirir la de un régimen político en el sentido pleno del término.

Aunque deben reconocerse como muy necesarias, es necesario entonces buscar algo más detrás de las reglas de procedimiento: cómo se forma, se expresa y se aplica una voluntad que represente los intereses de la mayoría al mismo tiempo que la conciencia de todos de ser ciudadanos responsables del orden social. Los fundadores del espíritu republicano querían crear el hombre ciudadano y valoraban sobre todo el sacrificio del individuo en aras del interés superior de la ciudad. Hoy día se desconfía de tales virtudes republicanas (en general meramente discursivas para esconder anhelos totalitarios o despóticos); por el contrario hoy la preocupación se centra en los modos de limitar el poder y de responder a la vez a las demandas de la mayoría. (Touraine, Alain, 1995).

Siguiendo a Touraine, diré que en el mundo actual no es posible hablar de democracia de otra forma que como un control ejercido por los actores sociales sobre el poder político, teniendo en cuenta la pluralidad e intereses diversos de los actores sociales en las sociedades contemporáneas. Según el mismo autor, serían tres las dimensiones básicas que constituyen las democracias pluralistas modernas:

- Existencia de un espacio político (instituciones y leyes) que protejan y garanticen los *derechos fundamentales* de los ciudadanos contra la omnipotencia del Estado, separando la vida privada del ámbito público.
- Sentimiento de pertenencia, *conciencia de ciudadanía*, por parte de los miembros de la sociedad, interés, inclusión y participación en la construcción de la vida colectiva.
- Ligazón entre la sociedad civil y el Estado mediante *representaciones a través de dirigentes políticos* legitimados (dado que las sociedades actuales lejos de ser unánimes u homogéneas, son complejas y se componen de diversos y a veces antagónicos grupos de interés, la democracia no puede ser representativa si no es a la vez pluralista).

Como veremos, en lo que sigue se toman en cuenta esas dimensiones, aplicadas a un recorte de la realidad política, que es el ámbito sectorial de salud.

III. Construyendo un sentido a la participación en salud

La *participación social en salud* puede entenderse al menos en dos grandes sentidos:

- Como un proceso de autocuidado y cuidado mutuo de las personas, las familias y los grupos, para conservar, recuperar o mejorar su bienestar físico y psíquico así como el de

sus entornos ambientales inmediatos (el hogar, la escuela, la empresa, el club, el barrio, etc.).

- Como un proceso de intervención de los actores de la *sociedad civil* en la formulación de las políticas, planes y programas y en la gestión de los servicios de salud, en forma continua, a través de canales e instancias estructurales en los niveles institucionales y locales, ya sea para proponer líneas de acción, influir en las decisiones, llevar a cabo actividades, ratificar/respaldar las acciones que se consideren positivas o bien para influir en las correcciones o reencauzamientos de las que se consideren mejorables o negativas, en procura de una creciente eficacia y correspondencia de los servicios que se prestan con las necesidades y demandas de la población.

En cualquiera de esos dos sentidos se destaca el carácter *procesual* de la participación, lo que implícitamente remite a los requerimientos de *aprendizaje* para el tránsito eficaz a lo largo de esos procesos. Asimismo, se desprende la mutua influencia entre ambos tipos de significados.

En el primero de los sentidos se mencionan diferentes niveles: el del *individuo*, (ej.: sus hábitos de dieta, de consumo, de higiene, de trabajo), el de las *familias* (ej.: los lazos afectivos, los vínculos positivos o negativos entre los miembros, la cantidad y características de sus componentes, etc.), el de los *grupos* comunitarios o sociales, tales como clubes deportivos, iglesias, grupos de amigos (acciones de educación y contención afectiva de los miembros). En la jerga sanitaria se han agrupado esos niveles en uno solo, denominado *nivel primordial de la salud*, en el que no intervienen en forma directa ni fundamental los establecimientos de servicios de salud, sino que el énfasis está puesto en lo que pueden hacer las personas y los grupos por sí mismos, cambiando y controlando sus propios estilos de vida y hábitos de conducta.

En el segundo de los sentidos también se hace referencia a diferentes niveles: el de los servicios de atención primaria, sin mayor complejidad tecnológica de equipos o infraestructura, y donde se pueden resolver cerca del 90% de los problemas de salud (los centros de salud, o dispensarios o postas sanitarias), los servicios de atención secundaria (centros de internación y clínicas especializadas) y el tercer nivel, de los establecimientos para la atención de los casos más complejos y los centros para el tratamiento de enfermedades crónicas.

Es en ese segundo sentido que la participación se vincula en forma más directa con los procesos de evaluación de los desempeños y resultados de los sistemas y servicios de salud. Se trata del involucramiento de la *sociedad civil* en esa evaluación; ese concepto implica una alta heterogeneidad, ya que suele incluirse en la *sociedad civil* a los ciudadanos de los diversos estratos socio económicos (que tendrán diferentes *calificaciones* en tanto *usuarios* o *demandantes*), las organizaciones para el desarrollo social (más o menos profesionalizadas), las organizaciones de vecinos y otras de base comunitaria, las entidades religiosas, las empresas lucrativas de producción de bienes o servicios, para mencionar sólo algunos actores.

El término auditoría social, tan en boga en los últimos años, se relaciona con ese segundo sentido del concepto de participación. En su origen, la concepción de la auditoría se trasladó desde el campo empresarial y contable, donde su misión de control consiste en verificar la adecuación y transparencia en la utilización de los recursos financieros para evitar malversaciones, usos malintencionados o ineficaces de los mismos. No es de extrañar entonces que fueran los Bancos (Mundial e Interamericano de Desarrollo) los que más promovieron el paulatino deslizamiento del concepto, incluyendo a las organizaciones de la sociedad civil en los procesos; así como se amplió el concepto de capital social, también la auditoría pasó de ser contable a interesarse por otros procesos sociales. Lamentablemente es frecuente que sólo se limite a realizar, en forma periódica, estudios (encuestas) de satisfacción de los usuarios de los servicios y últimamente en los llamados “boletines de calificaciones ciudadanos”¹.

IV. La Participación Social como un modelo vinculatorio

Los procesos de Participación Social, por lo menos en el segundo de los sentidos mencionados arriba, pueden encuadrarse dentro del marco más global de las *relaciones entre el Estado y la Sociedad Civil*. Y esa no es una ecuación simple, que pueda cambiarse interviniendo en uno sólo de sus términos: del lado de la sociedad civil o de las instituciones del estado, sino en ambos simultáneamente.

El *desarrollo de procesos participativos* supone descentralizar los núcleos de poder existentes en las instituciones de los servicios, incorporando la mirada y la voz de los actores sociales, en particular los comunitarios, generando así *nuevas formas de vinculación* entre los actores institucionales – el personal de los establecimientos de servicios y de las estructuras gubernamentales - y los actores sociales / comunitarios.

Esas no son cuestiones sencillas, ya que nadie cede poder en forma espontánea y ello no sucederá sólo por legislarlo, decretarlo o normatizarlo en forma vertical, sino que se requieren arduos y persistentes procesos de sensibilización, negociaciones y acuerdos.

Es desde esa perspectiva que en la literatura y en la práctica de las políticas sociales se alude al *empowerment*, como un proceso de construcción de poder, y de ciudadanía, que entraña una asignación, atribución o toma de responsabilidades por parte de la *demanda* (población beneficiaria / usuaria / demandante), y que a la vez revierte sobre la adaptación y ajuste de la *oferta* (establecimientos de servicios) y de sus desempeños o modos de prestación.

La participación social en salud se relaciona con las capacidades - y voluntades - de ejercer *ciudadanía* por parte de los actores comunitarios, lo que entraña que estos asuman paulatinamente

¹ Esa nominación es una mala traducción de los “score-cards”; tal vez en este caso, al menos en Argentina, hubiera sido preferible ser más literal y denominarlos cartas de puntaje, para evitar la metáfora tan escolar y temible de los boletines de calificaciones.

sus derechos y responsabilidades en tanto *usuarios* (reales o potenciales) de servicios. No es frecuente encontrar esas capacidades - ni voluntades - en las poblaciones que se encuentran en mayor precariedad o riesgo social, que son las que debieran constituir la población objetivo prioritaria en los servicios públicos de salud. Por lo tanto, para la construcción de procesos participatorios será necesario desarrollar acciones de *fortalecimiento (nivelación) de esas capacidades en los actores comunitarios*, y realizar en paralelo actividades orientadas a promover los *cambios de actitudes requeridos en los actores institucionales* para que adhieran a esos procesos, facilitando la apertura de espacios en las instituciones de modo de incidir en mejoramientos de la prestación de los servicios, así como facilitando la sustentabilidad de los procesos participativos.

Respecto de lo expresado en la última parte del párrafo anterior, debe tenerse en cuenta que los sectores sociales denominados “clásicos” (Educación, Salud) se han estructurado bajo una fuerte impronta estatal y han generado jerarquías de saberes y poder (personificados en el médico o el maestro), que han vuelto discursivas y poco operativas las concepciones sobre participación comunitaria. Estas se han manifestado usualmente, en los sistemas de salud, con la incorporación de promotores o agentes comunitarios -los alfabetizadores y educadores populares en educación- y en algunos casos con la creación de Consejos de Salud “participativos”, dependiendo su existencia y funcionamiento de las mentalidades más o menos abiertas de las autoridades de los establecimientos.

La participación y representación de los beneficiarios a través de espacios que posibiliten su incidencia sobre las modalidades de gestión de la oferta, no es sólo un requerimiento o un *imperativo moral o ético* ligado a la formación y consolidación de ciudadanía. Hay por lo menos tres clases de motivos que fundamentan la participación social (Nirenberg, O. et al, (2000):

- *Éticos o axiológicos*: porque todos aquellos que tienen intereses o se involucran en un particular campo de acción, tienen derecho a opinar sobre el mismo, sobre todo porque pueden haber aspectos que los afecten en forma personal.
- *Epistemológicos*: porque cada tipo de actor, de acuerdo a dónde esté ubicado, tiene una particular mirada, un especial conocimiento acerca de cuáles son los factores relevantes que inciden en los resultados de la acción y de la realidad donde se procura intervenir, conocer o evaluar, de modo que reunir todos esos saberes implicará un más amplio y profundo conocimiento para una acción más apropiada.
- *Pragmáticos o de eficacia*: porque si los actores se involucran desde la misma construcción del modelo de acción, es posible pensar que estarán más motivados y comprometidos luego, en el momento de la concreción o aplicación, contribuyendo así a su viabilidad.

Abundando en lo dicho, las capacidades y actitudes de los beneficiarios para ejercer ciudadanía (para reclamar y contribuir a servicios de calidad, o sea que estén acordes con el *estado del arte* y con sus expectativas y necesidades) y las actitudes del personal tendientes a mejorar sus

desempeños con orientación a *resultados* en función de *la gente*, se constituyen en *requisitos centrales* de los procesos participatorios. Por ello es crucial desarrollar acciones que permitan la optimización de esos *requisitos o condiciones básicas* para la participación social.

En el sentido apuntado, la participación *incorpora el rol y la mirada de los actores sociales* cuyas concepciones e intereses pueden presumirse diferentes de las de los actores institucionales. Puede entenderse entonces que la participación en salud constituye un espacio de oportunidad para la *articulación entre actores de la sociedad y de los servicios*. Esa articulación es necesaria, pues los reclamos y propuestas de la gente deben tener un correlato en la capacidad de respuesta institucional para satisfacerlos, o al menos para explicar los límites existentes para tal satisfacción en un momento dado.

En función de lo expresado, la participación no se resuelve ni puede entenderse exclusivamente como una encuesta o estudio puntual para conocer las opiniones o el grado de conformidad de la población sobre los servicios brindados. Los resultados de los estudios de opinión y encuestas de satisfacción, encarados como un corte en un momento dado del tiempo, son muy útiles a efectos de la mejor programación de actividades en los servicios. Pero si bien manifestar la opinión (conformidad, satisfacción, aceptabilidad, adherencia) constituye un estadio del proceso de intervención - y por ende los estudios al respecto son necesarios - no son sin embargo suficientes para conseguir el protagonismo de los beneficiarios, sino que ello supone la instalación de *procesos de participación social en el control y la evaluación y en el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios*.

En esta concepción, las instituciones deben ofrecer además otros mecanismos y canales *permanentes* (no sólo puntuales, ni siquiera periódicos) para que las opiniones o sugerencias de la población beneficiaria puedan manifestarse y ser escuchadas en los momentos en que existe un problema concreto o surge alguna inquietud, sin tener que esperar determinados momentos de corte que implican las encuestas o estudios de satisfacción. La participación en la gestión y la evaluación requiere entonces de un *complejo proceso de construcción* donde los aspectos técnicos son sin duda relevantes, pero donde también lo son los acuerdos entre actores sociales diferentes.

Lo anterior puede especificarse más si se hace hincapié en el hecho de que *la participación social no sólo implica la apertura de canales de expresión de la gente* respecto de los servicios de los cuales son destinatarios, sino que además es un proceso que *incluye las respuestas que dichas expresiones puedan generar por parte de la oferta institucional*. La ágil y adecuada *capacidad de respuesta de las instituciones de la oferta* a las opiniones, las propuestas y los reclamos de la gente, es de crucial importancia para *legitimar y hacer perdurables* los procesos participativos.

V. Participación social y representación comunitaria

El dilema de la participación y la representación es por demás debatido por políticos y teóricos; lo cierto es que pese a que constituye el meollo de los procesos democratizadores, no existen respuestas válidas para su dilucidación. En contraposición con los modelos de gestión vertical, autoritaria o clientelística, en los de participación social importa la real intención de democratizar, de dar apertura y transparencia a las decisiones y a la gestión, promoviendo el protagonismo de los actores sociales, especialmente los comunitarios, sin exclusiones, y dando respuestas apropiadas a sus intervenciones.

Puede pensarse que habría como mínimo dos modalidades de participación:

- Mediante *representaciones*, en *espacios restringidos* (ej.: comités, consejos, foros, grupos de decisión, etc.),
- *Directa*, en *espacios ampliados*, (ej.: asambleas comunitarias, foros, etc.).

Nuestra propuesta es imaginar formas para hacer posibles ambas modalidades de participación y también para combinarlas.

Un interrogante central a responder para la primera es: ¿quién/es representa/n a los actores comunitarios? Es bien conocida en la actual literatura de las ciencias políticas, la *crisis de la representatividad* en referencia sobre todo a los partidos políticos y sus principales líderes, pero también de las instituciones públicas y sus principales funcionarios, así como de las instituciones y representantes gremiales o sindicales. Eso dificulta las prácticas de la democracia, poniendo en riesgo a la misma.

Se debería dilucidar quiénes son los actores comunitarios a considerar y cómo deben intervenir, para poder determinar con algo más de claridad quiénes y cómo los representarían. Si sólo se considerara *con voz* a los que son *usuarios reales* de los servicios, se dejaría de lado a los *usuarios potenciales*, los que probablemente acudirían si el desempeño de los servicios fuera más acorde con sus expectativas y necesidades, o bien, si no existieran *barreras* de diversos tipos (económicas, geográficas, culturales, administrativas) para su acceso².

Simplificadamente, a fines prácticos, puede considerarse que el conjunto de *usuarios reales* más los *usuarios potenciales* es igual al de la *población objetivo* de los servicios de salud gubernamentales. Ese es el universo al que se debe procurar incluir.

La generación de espacios en el ámbito de los servicios para la interacción multiactoral, con coordinaciones idóneas para la puesta en claro de *las diferencias y los intereses comunes de los diferentes actores* y para posibilitar *los acuerdos*, es una *estrategia básica* para la construcción de los procesos participatorios. Por ello es aconsejable una *convocatoria amplia a las diferentes organizaciones gubernamentales o no y a grupos comunitarios* que actúen en las respectivas áreas

² Muchos estudios sobre satisfacción de usuarios toman como universo a los que acuden a la atención en los servicios; ello implica un sesgo originario, puesto que por el sólo hecho de acudir, hay un grado de aceptación; es la población que no acude la que probablemente esté más disconforme y probablemente en mayor riesgo.

geográficas de alcance de los respectivos servicios, y que no se restrinjan al tema de salud sino incluir aquellas que trabajan localmente en pro del desarrollo comunitario, en las diferentes temáticas de la política social. Cuanto más diversa sea la representación comunitaria, o sea cuanto más amplio el espectro multiactoral, mejor será.

Pero no necesariamente todos los pobladores (usuarios reales y potenciales) se podrán considerar a sí mismos representados por alguna de las diferentes organizaciones comunitarias que trabajan en el área respectiva; por ello, si bien debe procurarse incluir un amplio espectro de las organizaciones de base, sociales y filantrópicas que se detecten, también la voz individual del usuario real o potencial debe encontrar canales accesibles para poder manifestarse. En tal sentido, se aconseja iniciar los procesos interactivos entre personal de los servicios y miembros de las organizaciones comunitarias y sociales detectadas en el área, para luego - acuerdos mediante - contactar y convocar conjuntamente en forma amplia a otros pobladores residentes en el área (pero no necesariamente adscriptos a alguna de las organizaciones detectadas), construyendo las vías de acceso apropiadas para que sus expresiones también puedan aportar a los procesos generados.

En tal sentido, como ya se dijo, será necesario prever momentos e instancias *restringidos* de intervención comunitaria, mediante representaciones, y momentos e instancias *ampliados* de intervención, que deberán tomar formas específicas en cada localización.

Asimismo, si bien serán necesarios momentos específicos con sólo algunos actores homogéneos, también se requerirán otros de interacción conjunta de actores comunitarios con actores institucionales y gubernamentales (momentos con actores heterogéneos).

Es necesario remarcar la conveniencia de involucrar a *agentes externos*, o sea con suficiente distancia de las dinámicas locales de poder, y con capacidades y experiencias en materia de abordajes comunitarios, dinámicas grupales y técnicas de negociación, al menos en las etapas iniciales de la construcción de los procesos de participación social, hasta tanto sean transferidas las capacidades y habilidades necesarias a los actores locales que se postulen o detecten como idóneos. Pues de lo que se trata es de *dejar capacidades instaladas en los contextos locales para desarrollar la participación social*. Es por eso relevante la cooperación técnica que puede brindar el gobierno nacional, en su carácter de externo a los escenarios locales (lo mismo puede decirse respecto de los gobiernos provinciales en relación con los municipios).

En función de las dificultades que conllevan los procesos participatorios y multiactorales, es aconsejable que los propósitos y modalidades de los mismos se programen con criterios *estratégicos*, de *gradualismo* y de *simultaneidad* en las acciones y con la suficiente *flexibilidad* como para poder tener adaptaciones a las diversas realidades de los contextos locales donde se implantarán.

VI. La participación social según escalas de operación

Es importante también especificar la escala donde se esperan desarrollar los procesos de participatorios, pues ello podrá implicar diferentes modalidades y eventualmente distintos contenidos.

Distinguimos dos tipos de áreas:

- el *área-poblacional de responsabilidad de un determinado establecimiento*, y
- el *área local o del territorio / población correspondiente a la red de establecimientos* (por ejemplo: un municipio o una provincia completa).

Como se advirtió, ambos tipos de áreas implicarán algunos elementos comunes pero también otros específicos. Los interlocutores de la gente son diferentes y los ámbitos decisionales de diversa índole. Si bien algunas cuestiones serán propias *de los establecimientos* y encontrarán su resolución al interior de los mismos (por ejemplo: problemas de limpieza, de mantenimiento básico o de incumplimientos horarios por parte del personal), otras sólo podrán resolverse a nivel *local* (por ejemplo: problemas en la dotación de personal o de equipos, escasez del espacio o dimensión de la planta física, arancelamiento). Por ello es necesario pensar en procesos de participación para ambos tipos de áreas y en consecuencia, modalidades organizativas adecuadas a cada escala.

Como se verá más adelante, se recomendará asumir criterios de gradualismo, desarrollando un proceso de abajo hacia arriba, comenzando la participación a nivel del *área-poblacional* de responsabilidad de los establecimientos, para posteriormente abarcar la red de establecimientos a escala local o provincial; esto se aconseja, entre otras razones, debido a que en un espacio local (municipal o provincial) se requerirán definiciones y acuerdos con los actores políticos gubernamentales y sectoriales respectivos, para extenderlos a todos los establecimientos del área, más allá de las diferentes dependencias. Se supone que esos acuerdos políticos serán más viables si ya existen procesos demostrativos en algunos establecimientos.

Por otra parte, también es necesario diferenciar la viabilidad de instalar procesos participatorios según cual sea el nivel de complejidad de los establecimientos; recientes estudios muestran que dicha participación es más frecuente en los centros de primer nivel de atención que en los establecimientos de segundo o tercer nivel, posiblemente debido a la mayor cercanía de aquellos a la gente, por el hecho de que realizan más *actividades extramurales*, y también porque se vinculan más con otro tipo de establecimientos sectoriales y con organizaciones sociales locales, lo cual influiría en su mayor inserción en las respectivas comunidades³ (Nirenberg, O. et al., 2001). Por lo tanto, sería aconsejable empezar los procesos en los centros del primer nivel de atención, para ir extendiéndolos luego a los restantes establecimientos.

³ Debe reconocerse, sin embargo, que existen hospitales con servicios o departamentos que realizan actividades extramuros y que cuentan con grados importantes de inserción comunitaria en su "área programática"; la viabilidad de la participación social en ese tipo de hospitales también es positiva.

Las formas y especificidades que adquieran los procesos de participación en esas distintas escalas y en cada localización, van a depender, entre otros factores que se analizarán seguidamente, del grado de descentralización de las respectivas gestiones sectoriales.

VII. La viabilidad de la participación

Se debería desarrollar un cronograma gradual, en el que las primeras experiencias generen el mayor caudal posible de *aprendizajes* y se constituyan en *demostrativas*, brindando insumos valiosos para la difusión y transferencia.

Como se dijo más arriba, es posible imaginar a priori que a mayor grado de descentralización, mayor será la viabilidad. Esto es así porque una de las características de los procesos de descentralización es el mayor acercamiento de la toma de decisiones hacia los niveles operativos, cercanos a la gente que usa real o potencialmente los respectivos servicios. Tal circunstancia incrementaría, por ende, la capacidad de respuesta de los servicios frente a muchas de las propuestas o reclamos de la población beneficiaria.

Pero naturalmente ello no será suficiente, sino que como también fuera expresado, son relevantes las cuestiones actitudinales o predisposiciones de los actores - tanto comunitarios como institucionales - hacia la participación e interacción con los otros diferentes. Entre los actores institucionales se deberán tener en cuenta las predisposiciones del personal de los diferentes servicios, pero también las de las autoridades sectoriales locales, ya que es difícil que estos procesos recaigan exclusivamente en la buena voluntad de los beneficiarios y de los recursos humanos de los establecimientos, si no existen además grados aceptables de consentimientos y apoyos de parte de las respectivas estructuras jerárquicas.

Las predisposiciones de los actores dependen en gran medida de sus historias, por ello, otro aspecto que deberá ser tenido en cuenta es la existencia de experiencias previas en las respectivas localizaciones, en materia de participación social y de articulación intersectorial. Conocer las experiencias anteriores, tanto las exitosas como las frustradas, servirá para potenciar o evitar algunos caminos ya transitados. Son esas historias las que podrán ser utilizadas como plataforma para el desarrollo de los procesos de participación social en salud.

Los criterios a tener en cuenta para caracterizar y construir la viabilidad de los procesos de participación social en las diferentes provincias o espacios locales, pueden resumirse, sin pretensiones de exhaustividad:

- Grado de descentralización de la gestión de las políticas sociales (en especial, pero no exclusivamente, las de salud).
- Modos de vinculación jerárquica y funcional de los servicios de salud entre sí y con las respectivas autoridades locales.

- Experiencias previas y predisposiciones de los actores institucionales y comunitarios en materia de participación social.
- Experiencias previas y predisposiciones de los actores en las localizaciones en materia de articulación intersectorial.
- Predisposición de los actores institucionales (planteles y autoridades) y comunitarios hacia la implantación local de los procesos de participación social.

Es conveniente partir de un pre-diagnóstico sobre esas cuestiones, para tener una apreciación inicial sobre el grado de viabilidad de los procesos participatorios y eventualmente poder seleccionar localizaciones según esas apreciaciones⁴.

En términos de la premisa del gradualismo explicitada más arriba, para las primeras etapas de la construcción de los procesos de participación social sería conveniente seleccionar localizaciones donde la viabilidad se considere mayor, para procurar así efectos demostrativos y posibilitar transferencias horizontales (entre diferentes provincias o localizaciones) de las experiencias exitosas. También en cada provincia o localización se puede pensar el proceso con criterios de gradualismo, incorporando primero las poblaciones o establecimientos considerados más viables y posteriormente los de menor grado de viabilidad, mediante cooperaciones horizontales.

VIII. Relación de los procesos de participación social en los servicios de salud con los procesos de mejoramiento de la calidad

A través de lo dicho queda claro que los procesos participatorios incorporan el punto de vista de la población beneficiaria (real o potencial) en la *valoración de la calidad de los servicios* que brindan las organizaciones de las que son destinatarios, a la vez que posibilitan formas apropiadas para su intervención en el *monitoreo* y en la generación de *propuestas de acciones* para el *mejoramiento de esa calidad*⁵. También se resaltaron las dificultades que tendrá el desarrollo de los procesos participatorios si a nivel de los gobiernos locales y de los establecimientos de la oferta de servicios no hay sensibilización suficiente para brindar apertura y sustentabilidad a esos procesos de intervención comunitaria, así como instalar capacidades en la oferta para brindar respuestas oportunas y adecuadas. Cabe agregar que difícilmente se logre tal implantación si el personal no está preocupado por mejorar la calidad de su labor, es decir, por un lado, la calidad de los servicios que presta cada profesional o miembro de los planteles y, globalmente, la calidad de las organizaciones que los contienen.

Por lo tanto, resulta de importancia estratégica plantear acciones en paralelo, para desarrollar e implantar los *procesos de participación social* y para impulsar *procesos de mejoramiento de la*

⁴ En el marco del PROMIN, en 1996 se llevó a cabo un estudio diagnóstico de la viabilidad para la implantación de procesos de auditoría social en las provincias argentinas.

calidad de los servicios en las instituciones y servicios, en el convencimiento que ambos procesos se potencian mutuamente.

Hay abundante literatura acerca de los procesos de *mejoramiento continuo de calidad de los servicios* en el campo de la atención de salud y también en otros tipos de servicios y en las empresas industriales, bajo diferentes denominaciones (garantía de calidad, gestión de calidad total, círculos de calidad, grupos para el mejoramiento de calidad, etc.).

Interesa resaltar que hay diferentes concepciones de *calidad según sean los puntos de vista*: de los usuarios (reales o potenciales), de los profesionales y de los gerentes (o niveles de la conducción de las organizaciones y/o los sistemas). Sintéticamente:

- Los profesionales suelen poner énfasis en los aspectos *científico técnicos* de la atención y su sesgo es a considerar el acto médico en relación con *cada* paciente, más que considerar poblaciones o sistemas amplios. Asimismo, dichos énfasis serán heterogéneos según las disciplinas y especializaciones profesionales. También suelen dejar de lado los aspectos de eficiencia (o de costos de la atención).
- En cambio los gerentes o funcionarios de los niveles de conducción enfatizan - en el mejor de los casos - los aspectos de *resultados* a niveles poblacionales y de la *eficiencia*, o sea la relación de esos resultados con los costos. Lamentablemente, suele ocurrir que se preocupen sólo por la cuestión de los costos o tan sólo por los gastos (olvidando relativamente los resultados).
- Los usuarios hacen hincapié en los aspectos de *trato* interpersonal, de *accesibilidad* y de *resultados* concretos en la mejoría del estado de salud y bienestar *a corto plazo* (lo cual no es estrictamente lo mismo que enfatizar en aspectos científico técnicos), pero casi no consideran los aspectos de costos o eficiencia, salvo en aquellos casos en que deben realizar gastos de su bolsillo. También debe tenerse en cuenta que habrá heterogeneidades en las expectativas (y por ende en la satisfacción o aceptabilidad), de acuerdo a las características culturales y socio económicas de los usuarios, lo cual también incide en sus posibilidades de elección del prestador⁶.

Esos diferentes énfasis se expusieron sólo a título ilustrativo, pues lo aconsejable es identificar en cada localización cuáles son los diferentes *puntos de vista de los distintos actores locales respecto de la calidad de los servicios*, para luego llegar a acuerdos entre los actores institucionales y los comunitarios acerca de qué se considera *servicios de calidad en salud*. No cabe duda que esas definiciones acordadas si bien podrán tener aspectos comunes, también tendrán especificidades en las distintas localizaciones.

⁵ Si se compara esta afirmación con la definición de evaluación (Nirenberg, O. et al. 2000), no queda duda que se trata de un proceso evaluativo, llevado a cabo con el protagonismo de la población beneficiaria.

⁶ Las poblaciones más pobres y en mayor riesgo, acceden únicamente a los servicios públicos, y eso en teoría, pues los mismos suelen desplegar diversas clases de barreras que limitan ese teórico *libre acceso*. Uno de los temas a incluir en los reclamos participatorios es justamente la desaparición de tales barreras.

Más allá de los diferentes puntos de vista sobre la calidad de los servicios, cuando se habla sobre preocupación por la calidad, en cualquier tipo de servicio, se hace alusión a distintos aspectos:

- de la administración
- del comportamiento humano
- del trabajo realizado (sin errores que deban ser reparados)
- del ambiente de trabajo
- de los productos (bienes o servicios) que se ofrecen al usuario / consumidor / beneficiario.

En general, puede afirmarse que el servicio que el beneficiario desea para satisfacer su necesidad no incluye solamente la *calidad técnica*, sino también el trato interpersonal que brinda el recurso humano (profesional o no), las características o condiciones del lugar, el estilo de la práctica y el precio o arancel. Tomar conciencia de la importancia de esos aspectos y poder realizar las distinciones requeridas no es algo espontáneo ni homogéneo en las poblaciones beneficiarias, dependiendo ello de variables socioeconómicas y psicosociales; por ello se reitera que la realización de acciones tendientes a fortalecer la calificación de la demanda para permitir reclamos o propuestas pertinentes, será de crucial importancia para los procesos de mejoramiento de la calidad del desempeño y resultados de los servicios.

Todo proceso de mejoramiento de calidad empieza por las personas. Implica un cambio de *cultura organizacional*, entendiendo por tal la manera habitual como se hacen las cosas en una organización. La cultura organizacional incluye un conjunto de normas de conducta, valores y creencias⁷ que comparten la mayoría de los miembros de una institución y con los cuales se logra el cumplimiento de su misión institucional. Ciertos autores consideran que la cultura organizacional es en buena medida producto del estilo de la gerencia o dirección (Galarza Izquierdo, M.T., 1993).

Aún reconociendo la importancia que tienen los directivos o gerentes y aquellos que ejercen roles de liderazgo, para imprimir carácter y direccionalidad a las organizaciones, es difícil pensar en el desarrollo e implantación de procesos de mejoramiento de la calidad sin la intervención de todos los miembros de los planteles de las instituciones prestadoras de servicios. Pero además, también sería parcial un proceso de mejoramiento de la calidad que no tomara en cuenta la intervención de los *usuarios* (reales o potenciales) tanto en la detección de problemas y en la priorización de los mismos, como en la formulación, ejecución y control de las estrategias y acciones para superarlos⁸. Esa intervención debería pensarse con modalidades organizativas apropiadas, en forma continua y con algunos momentos de corte en puntos clave de los procesos.

⁷ Simplificadamente, se entiende por creencias los supuestos de las personas acerca de la verdad y por valores, los supuestos acerca de lo que es deseable.

⁸ A partir de mi propia experiencia y sin haber realizado relevamientos exhaustivos, me parecen escasos los ejemplos de hospitales donde se incluyen representantes de los usuarios en los procesos de mejoramiento de calidad, pues suelen asumirse dichos procesos como una tarea de carácter exclusivamente técnico, donde los ejes son el análisis de Historias Clínicas o registros hospitalarios y las discusiones en ateneos.

Es en ese sentido que se consideran relevantes las *intersecciones entre los procesos de participación social y los de mejoramiento de la calidad*. Son procesos vinculados, que se retroalimentan.

IX. ¿En qué participar? : Los contenidos de la participación

Es importante determinar en qué participar, lo cual sin duda tendrá especificidades según sean los contextos locales. Los contenidos de la participación deberán determinarse conjuntamente entre los actores de la sociedad civil y los interlocutores institucionales, responsables de la programación de los servicios. Es este uno de los principales acuerdos a lograr, y requerirá frecuentes revisiones en los espacios de interacción multiactoral que se generen; son además esos acuerdos los que irán marcando los límites o carriles por donde transcurrirán los procesos participatorios.

De modo que esa determinación de contenidos no será algo estático, de una vez y para siempre; por el contrario, tendrá actualizaciones y adecuaciones según los momentos y de acuerdo con las diferentes localizaciones, pues es muy probable que en el propio desarrollo de esos procesos, se vaya enriqueciendo el espectro de intereses y preocupaciones de la gente, como un resultado de la maduración de sus actitudes, tanto del personal o los funcionarios, como de los usuarios reales o potenciales.

De modo que los siguientes ítems sólo constituyen orientaciones globales acerca de los contenidos de la participación social en salud, de modo de encuadrar inicialmente un programa que será especificado en cada caso.

- Adecuación y suficiencia de las plantas físicas y los equipamientos y materiales en los establecimientos para el desarrollo de las acciones.
- Mantenimiento y limpieza de las plantas físicas.
- Suficiencia, en cantidad y capacidades, de los recursos humanos en los servicios.
- Cumplimiento de los horarios de trabajo por parte del personal de los establecimientos.
- Características del acceso a los servicios: condiciones para la aceptabilidad, exclusiones, rechazos.
- Adecuación de los horarios de atención.
- Tiempos de espera para conseguir turnos y para el acceso a la consulta o la prestación y tiempos de esperas presenciales.
- Trato del personal (profesional, técnico y no profesional).
- Cumplimiento de normas de atención y adecuación de los controles y prestaciones en cuanto a oportunidad y contenidos.

- Existencia de explicaciones por parte de los profesionales acerca del diagnóstico, la prestación brindada y el tratamiento o pautas a seguir, y grado de comprensión de las mismas por parte del usuario (inteligibilidad del lenguaje utilizado).
- Pertinencia de las indicaciones (de prácticas o estudios complementarios, de medicamentos, de dietas, etc.), según normas vigentes, desarrollo del conocimiento específico y el estado y características del paciente.
- Existencia y puesta en práctica de mecanismos para el *consentimiento informado*, para la realización de algunas prácticas de diagnóstico y tratamiento.
- Existencia y pertinencia del seguimiento de pacientes.
- Preocupación del personal de los establecimientos frente a problemas detectados en la población beneficiaria y conductas para superarlos (por ejemplo: falta de asistencia a controles por parte de embarazadas en los centros de salud, chicos maltratados, casos más frecuentes de gastroenteritis en ciertas escuelas, etc.)
- Asistencia oportuna a los controles y cumplimiento de indicaciones por parte de los usuarios (adherencia).
- Pertinencia de las derivaciones (de mecanismos de referencia y contrarreferencia).
- Grado de resolución de los problemas.
- Agilidad en las respuestas frente a pedidos, sugerencias, demandas, de los beneficiarios.
- Existencia de canales de información a la población sobre problemas u obstáculos existentes y logros alcanzados.
- Intermediaciones con otros sectores para resolución de problemas comunitarios (por ejemplo: frente a problemas ambientales)

Es probable que algunos de los temas listados sean más aplicables a la participación en los establecimientos, mientras que otras lo sean para la participación relacionada con la red de establecimientos o sea, con los niveles municipales o provinciales de salud.

Temas a considerar en el nivel local son:

- Carencia de centros de salud del primer nivel en determinados barrios.
- Carencia de profesionales en ciertas especialidades
- Horarios de atención inadecuados en determinados servicios,
- Costo de los medicamentos, de estudios especiales, existencia de bonos moderadores, coseguros, aranceles.

Se reitera que las anteriores son listas de carácter general e inicial, que pueden ser utilizadas como disparadoras para la elaboración de listas más adecuadas a cada escenario local, en forma conjunta entre actores diversos.

X. ¿Cómo participar? : Algunos aspectos organizativos de la participación en salud

Una de las maneras de institucionalizar los procesos de participación en salud es crear instancias y procedimientos organizativos para llevarla a cabo. Lejos de plantear un modelo organizativo único a aplicar en todas las localizaciones, es recomendable - sobre todo en las fases iniciales de desarrollo - que se construyan modelos de organización a partir de las estructuras y procedimientos existentes o históricos, con las adaptaciones requeridas para desempeños eficaces.

Las posteriores interacciones horizontales entre diferentes localizaciones permitirán análisis e intercambios de las experiencias bajo diferentes modalidades organizativas y la consecuente posibilidad de cambios e innovaciones en ese sentido. La sistematización de las experiencias de aplicación y funcionamiento de tales modelos organizativos será un paso necesario para poder evaluar intrínseca y comparativamente las respectivas eficacias y así abstraer un modelo general que pueda ser replicado con los ajustes locales necesarios.

Siguiendo la idea de *gradualismo* antes mencionada, no será necesario definir las modalidades organizativas desde el comienzo del proceso; debería posibilitarse la introducción de cambios a medida que los procesos se profundizan.

En una primera aproximación a modalidades organizativas deseables, es aconsejable la conformación de *instancias multiactorales* al estilo de *Consejos o Comités o Grupos de Gestión a nivel de los establecimientos*, integrados por representantes comunitarios (pertenecientes a los diferentes tipos de organizaciones relevadas en forma previa en los territorios respectivos) y por personal del establecimiento, incluyendo al de sus niveles decisorios (por ejemplo, el director). Esos comités/consejos/grupos debieran funcionar de acuerdo a un *reglamento interno* que se construiría en forma compartida, especificando como mínimo las siguientes cuestiones:

- Funciones y alcances de la acción de sus miembros
- Periodicidad y lugar de las reuniones
- Modos de convocatoria a los integrantes
- Forma de construcción de las agendas
- Formas de registro de las reuniones, decisiones y actuaciones
- Modos para legitimar la representación comunitaria como voz de los beneficiarios: procedimientos e instrumentos para obtener sus opiniones
- Canales para informar tanto a la población como al personal institucional, para permitir el desarrollo de respuestas acordes en plazos acordados.

Varias experiencias observadas en países de América Latina⁹ indicaron que en una primera etapa, la acción de los actores comunitarios en esos Comités fue básicamente reivindicatoria,

⁹ Me refiero al Programa UNI (Una Nueva Iniciativa en la formación de los profesionales de la salud) de la Fundación W.K.Kellogg. Se trató de 23 proyectos localizados en 11 países de América Latina, cada uno integrado, en gestión asociada, por tres componentes : el Académico que incluyó una Universidad (con sus carreras de Medicina, Enfermería, y de otras disciplinas de la salud, según los casos), el de Servicios, con un Sistema Local de Servicios de Salud (efectores del primer

mientras la de los actores institucionales era reactiva o defensiva; el tiempo necesario para cambios en los modos de interacción y el logro de acuerdos, fue variable (de 6 meses a 1 año) y no siempre resultó exitoso; lo cierto es que alcanzada una segunda etapa, las acciones transcurrieron por carriles acordados y las conductas se volvieron proactivas y cooperativas, sin por eso dejar de lado las respectivas identidades y la formulación de críticas sobre desempeños.

Una vez que los comités/consejos/grupos conformados a nivel de los establecimientos funcionen de manera más o menos regular, se pueden nominar a partir de los mismos, representantes comunitarios (y eventualmente también del personal los establecimientos) para conformar *consejos/comités/ grupos a nivel local*, que entiendan en los asuntos concernientes a la red de establecimientos en el espacio de población correspondiente; deberán incorporarse a tales instancias, representantes de las áreas de salud del gobierno municipal o provincial, según sea el caso; es deseable que esos representantes tengan niveles decisorios.

También en este caso se deberán consensuar los roles y funciones, el reglamento de funcionamiento y los instrumentos requeridos para el ejercicio de la participación social.

Como antes dijimos, es aconsejable que los consejos de nivel local/municipal se conformen una vez que se encuentren medianamente afianzados los de los establecimientos, en un proceso de menor a mayor complejidad. Las mencionadas experiencias observadas en América Latina sugieren que el armado de los consejos a nivel de los establecimientos resulta menos complicado (pero no por eso sencillo) que a niveles locales; también indican que comenzar desde el nivel local (entendiendo por tal el nivel de la red de establecimientos, por ejemplo en un municipio) no resulta muy exitoso, pues suelen implicarse estilos de acción de tipo vertical o jerárquico, en contra de la concepción horizontalizadora que debiera tener la participación social tal como fue explicada.

Una variable que tiene que ver con la posibilidad de éxito de los comités/consejos/grupos del nivel local, es el grado de articulación que el nivel local de la conducción tiene con los establecimientos de la respectiva red.

En el nivel local, aparte de la existencia de establecimientos de diferentes sectores (salud, educación, acción social, etc.), habrá también distintas dependencias (provincial, municipal, etc.) y una cantidad mayor de actores, con lo cual las formas organizativas que se adopten allí deberán incorporar *criterios inter e intra sectoriales* de mayor complejidad que en el nivel de los establecimientos, donde además de la menor cantidad y mayor cercanía entre los diversos actores, es más probable la preexistencia de ese tipo articulaciones entre ellos.

Hay que tener en cuenta que si bien las modalidades organizativas que se asuman son de mucha relevancia para la institucionalización y legitimación de los procesos de participación social, de ninguna manera constituyen por sí mismas una garantía de su éxito. Es decir que no basta con

nivel y de segundo nivel para la referencia de pacientes), y el Comunitario, con diferentes organizaciones de las comunidades del área donde se localizaron los respectivos proyectos.

establecer las formas organizacionales, si paralela o previamente no se desarrollan acciones de fortalecimiento para la construcción de las condiciones básicas o los requisitos mencionados anteriormente, sobre todo las que se refieren a cuestiones actitudinales y de capacidades de los actores tanto comunitarios como institucionales. Ello concuerda con la premisa de la simultaneidad de acciones mencionada anteriormente.

Las formas esbozadas como comités o consejos podrán insumir un tiempo considerable hasta su conformación; pero siguiendo con las premisas del gradualismo y la simultaneidad de acciones, ello no significa que no puedan realizarse avances que podrán servir a la vez de impulsos para constituir esas formas organizativas y que luego esos avances puedan incorporarse como actividades propias dentro de la organización que se establezca.

Por ejemplo: la aplicación de cuestionarios a la población beneficiaria que permitan recoger opiniones sobre aspectos relevantes de las respectivas gestiones, la realización de encuestas domiciliarias, la realización de reuniones/talleres con grupos de usuarios y/o con representantes de organizaciones locales, la colocación de buzones de opiniones, quejas o sugerencias, la atribución a un miembro del personal de un rol de receptor/inductor de opiniones, sugerencias o quejas de los usuarios, etc. Esas actividades brindarán información valiosa, no sólo acerca de las opiniones sino también del nivel de información y preocupación de la gente acerca de aspectos que tienen que ver con los servicios de salud, y a la vez tendrán efectos de sensibilización en la gente sobre los temas indagados, contribuyendo así a instalar en la población los temas prioritarios en materia de salud y cuidado del ambiente, control y atención del embarazo, cuestiones nutricionales, de desarrollo psicosocial de los niños y adolescentes, cuidado y atención de la tercera edad, entre otras cuestiones de alta relevancia¹⁰.

XI. Desarrollo de proyectos locales de salud como motores de participación

Más allá de lo expuesto acerca de las modalidades organizativas que pueden adoptar las instancias para la participación en salud, o bien en los lugares donde es baja la viabilidad de construir dichas organizaciones, resulta estratégico el desarrollo de proyectos locales de salud, propuestos o priorizados por la población y discutidos y negociados con los funcionarios.

El desarrollo de este tipo de proyectos resulta muy convocante para la gente, dado que es una manera de resolver problemas sentidos por grupos de la comunidad. Se trata en general de acciones para planificar y ejecutar en el corto plazo, con comienzo y finalización acotados en el tiempo y orientados a objetivos específicos y por lo general a segmentos poblaciones determinados (aunque bien pueden dirigirse a toda una comunidad). Para su desarrollo deben contar con asignación de

¹⁰ No necesariamente esas cuestiones forman parte de las preocupaciones prioritarias de la gente o de las agendas de las organizaciones comunitarias, por lo cual se sugieren al respecto acciones de sensibilización. Sólo entonces serán posible además las acciones de fortalecimiento o capacitación.

recursos financieros, estructurales y humanos. Para ello es requerido un intenso proceso de gestión de fondos así como de movilización de recursos locales. La cuestión no del todo resuelta de este tipo de proyectos se relaciona con la sustentabilidad económica, en el caso de requerir acciones con continuidad.

Es de remarcar que estos proyectos son importantes espacios de oportunidad para el aprendizaje social en métodos de participación social y para el fortalecimiento de la ciudadanía, es decir, para la acumulación de capital social, bajo el supuesto que las lecciones aprendidas y sistematizadas de esas experiencias pueden ser trasladadas a otros escenarios o ámbitos de la acción social. Además son instrumentos adecuados para aprendizajes de trabajo asociativo con otros diferentes, a través de las vinculaciones intersectoriales y el armado de redes sociales para la contención de problemáticas diversas.

Las temáticas de este tipo de proyectos locales con modalidades participativas, son diversas; por ejemplo el mejoramiento del hábitat y el ambiente, la forestación, los emprendimientos de complementación alimentaria, las huertas familiares o comunitarias, los grupos de autoayuda para prevención o atención de adicciones, para la tercera edad, para contención y prevención de problemáticas de adolescentes, entre muchos otros.

XII. Una visión procesual de la participación social

A continuación se plantean algunos hitos o etapas que se requerirán transitar en la construcción de los procesos de participación social, de modo de orientar la programación. No se pretende plantear una lista exhaustiva, sino tan sólo demostrar la complejidad de esos procesos y transmitir la idea de *construcción gradual, interactiva y simultánea* que entrañan.

- Sensibilización y acuerdos con las autoridades locales de salud y principales representantes políticos para el desarrollo de los procesos de participación social.
- Acciones de información y de sensibilización para la participación social para los actores comunitarios y para el personal de los servicios.
- Acciones de capacitación a los actores institucionales y de la sociedad civil en aquellos aspectos que se detecten necesarios o que se reclamen como tales.
- Mapeo y caracterización de las organizaciones de base (asociaciones de fomento, juntas vecinales, etc.), de las organizaciones no gubernamentales para el desarrollo y las organizaciones filantrópicas e intermedias que actúen en las áreas respectivas.
- Mapeo y caracterización de los recursos institucionales existentes en las áreas (principalmente de salud pero también de desarrollo infantil, educativos, etc.). Selección de aquellos por donde se dará comienzo a los procesos (para luego ir incorporando a los demás, mediante transferencias horizontales locales).

- Convocatoria y acuerdos iniciales con los distintos actores institucionales y comunitarios previamente identificados, para desarrollar las actividades tendientes a construir los procesos de participación social.
- Realización de un diagnóstico compartido sobre la conformidad, las actitudes, el conocimiento, las opiniones y las propuestas de cambio acerca del desempeño de los diferentes actores e instituciones involucrados. (Inicio de la construcción de espacios multiactorales).
- Actividades de reflexión conjunta sobre los hallazgos diagnósticos y elaboración de propuestas para la superación de los aspectos negativos encontrados así como de fortalecimiento de los aspectos positivos.
- Determinación de los contenidos iniciales de la participación en base al diagnóstico: formulación preliminar y acuerdos entre los actores. Acuerdos sobre concepciones de calidad de los servicios.
- Adopción de modalidades organizativas apropiadas para la participación social, bajo las formas de comités, consejos, foros, grupos multiactorales, u otras.
- Desarrollo de instrumentos apropiados para la participación social (manuales de procedimientos, cuestionarios, guías de entrevistas y/o talleres, registros de reuniones, etc.).
- Generación de modalidades de articulación sustantiva, metodológica y operacional entre los procesos de participación social y los procesos de mejoramiento de la calidad
- Acuerdos sobre líneas de acción y distribución de roles y responsabilidades en materia de participación social.
- Desarrollo de los procesos participatorios propiamente dichos.
- Acompañamiento y asistencia técnica a los diversos actores para el desempeño de los roles en materia de participación social.
- Monitoreo y sistematización continua de las experiencias de los procesos de implantación y desarrollo de la participación social.
- Evaluación de los procesos y sus efectos.
- Desarrollo y ejecución de un programa para la transferencia, intercambio y aprendizaje horizontal (entre provincias, localizaciones y/o establecimientos) de las experiencias de participación social.

El proceso enumerado constituye una secuencia lógica. En la realidad, estará lejos de ser lineal, sino que existirán superposiciones, avances y retrocesos, y ciclos que recomienzan.

Por otra parte, cada paso tiene en sí mismo una complejidad tal que implicará mayor detalle y programación específica. Aún así, puede preverse que esta programación será sólo preliminar, ya que irá modificándose y enriqueciéndose a medida que avancen los procesos concretos en los contextos locales.

XIII. El rol del nivel nacional para apoyar el desarrollo de la participación social

Del texto previo, se desprenden las aperturas programáticas relevantes que debería realizar el nivel nacional, para contribuir a los desarrollos locales de las etapas delineadas para la implantación de los procesos de Participación Social. Las aperturas aconsejables en programas del nivel central nacional son las que siguen:

- a) Comunicación
- b) Capacitación
- c) Asistencia técnica
- d) Implantación, desarrollo, evaluación, sistematización, transferencia y replicación de los procesos participatorios propiamente dichos.
- e) Apoyo al desarrollo de proyectos locales específicos

Seguidamente se sintetizarán los objetivos y algunas características básicas de esas aperturas programáticas, que deberán adecuarse a la marcha de los procesos concretos en los escenarios locales donde se desarrolle la acción. Cada una de esas aperturas deberá programarse en forma completa, planteando las actividades, los recursos humanos, materiales y financieros, así como los tiempos necesarios para el cumplimiento de los objetivos respectivos. En el Anexo se sintetizan en una matriz los objetivos de cada uno de esos programas, las principales actividades que implicarán (sin que eso pretenda exhaustividad) y los destinatarios más relevantes de los mismos.

Del texto que sigue se desprende la íntima articulación que las aperturas programáticas deben guardar entre sí.

1. Programa de comunicación para la participación social

Objetivos:

- Sensibilizar e informar a los ciudadanos sobre distintas temáticas de salud, procurando influir para la adopción de actitudes y hábitos saludables de conducta, a nivel personal, familiar y del ambiente.
- Sensibilizar e informar a los actores acerca de los procesos de intervención de la población beneficiaria en la gestión de los servicios - para contribuir a la viabilidad de los procesos -.
- Brindar soportes comunicacionales que faciliten los procesos de articulación entre los diferentes actores involucrados.
- Realizar la difusión de los resultados y avances de la participación social a las diferentes audiencias (actores comunitarios, personal de los servicios, autoridades, actores de otros subproyectos, entre otras).
- Brindar apoyo para la elaboración de documentos conceptuales y de sistematización de las experiencias.

- Desarrollar la estrategia de comunicación de las *transferencias horizontales* para la replicación de las experiencias.

Este programa es de alta significación para concitar adhesiones de los actores y para involucrarse en los procesos, así como para otorgar transparencia a los mismos.

Es importante que queden capacidades instaladas localmente para poder llevar adelante los programas comunicacionales por sí mismos; pero quedará un campo propio para el nivel central que es la comunicación de los productos de la sistematización y conceptualización de las experiencias, dado que la mirada será más abarcativa del conjunto de las mismas y a la vez eso posibilitará realizar apreciaciones comparativas.

2. Programa de capacitación para la participación social

Objetivos:

- Identificar en las redes educativas existentes y en las universidades locales los recursos aptos para la capacitación en temas de participación social, con metodologías pedagógicas y didácticas adecuadas, para el establecimiento de convenios.
- Capacitar a los actores sectoriales en metodologías y técnicas de abordaje comunitario, en modalidades de evaluación cuanti/cualitativa y participativa, en técnicas de negociación, en modalidades de trabajo en equipo, en procesos de mejoramiento de la calidad de los servicios y en otras cuestiones necesarias para la implantación de los procesos de participación social, según las necesidades y requerimientos.
- Contribuir e intervenir en la capacitación del personal de los establecimientos en contenidos similares a los mencionados en el ítem anterior.
- Contribuir e intervenir en la capacitación de los actores comunitarios en temas sustantivos de salud, en modalidades de formulación de demandas y reclamos, en evaluación cuanti/cualitativa y participativa, en técnicas de negociación, en organización y gestión, entre otros contenidos, según necesidades y requerimientos para el desempeño de los roles en los procesos de participación social.

Si bien muchos de los temas son coincidentes para esos diferentes actores, es recomendable la diferenciación de espacios de capacitación, sin dejar de lado momentos conjuntos que contribuirán a realizar avances importantes en la articulación de actores.

Es recomendable que la capacitación asuma modalidades activas, no tradicionales, con dinámicas grupales, tomando casos de la realidad local, con soportes didácticos apropiados; si bien no se desecha la necesaria etapa de transferencia conceptual, se recomienda incorporar el componente de capacitación a la propia acción, así como a las actividades sustantivas de asistencia técnica.

Cuando ya existan experiencias acumuladas y sistematizadas, la capacitación podrá modificar sus metodologías y contenidos en base a dichas experiencias, para incorporar formas de cooperación horizontal.

3. Programa de Asistencia Técnica para la participación social

Objetivos:

- Intervenir y acompañar a los diferentes actores locales en la implantación y desarrollo de los procesos de participación social, básicamente aunque no excluyentemente, en los temas que se detallan a continuación.
 - Mapeo de los establecimientos y de las organizaciones comunitarias y sociales del área respectiva.
 - Diagnóstico de viabilidad en los efectores y en la comunidad.
 - Selección de los efectores y organizaciones comunitarias por donde se dará comienzo a los procesos.
 - Convocatoria a los actores institucionales y de las organizaciones comunitarias
 - Construcción de espacios multiactorales
 - Convocatoria ampliada a pobladores del área
 - Realización de diagnósticos y formulación de propuestas de superación
 - Acuerdos entre los actores sobre concepciones de calidad de los servicios y de consensos sobre cuestiones a considerar.
 - Determinación y desarrollo de modalidades organizacionales para realizar la participación social.
 - Desarrollo de los procesos de participación social propiamente dicha.

Este programa asumirá también la responsabilidad de articular las acciones de comunicación y de capacitación en función de los requerimientos de los actores locales y para hacer eficaz el cronograma de sus desarrollos en función de los respectivos escenarios.

La asistencia técnica deberá tener la suficiente flexibilidad para adecuar sus modalidades y temas a las situaciones concretas que se presenten en las diferentes localizaciones y en los diferentes momentos del desarrollo de las actividades, por lo tanto una de sus funciones será la de estar en permanente alerta para la actualización del diagnóstico situacional y proceder a los correspondientes ajustes; para ello serán muy relevantes los insumos provenientes de los programas de monitoreo y evaluación y de conceptualización y sistematización.

Es aconsejable el armado de una red para que esta función de asistencia técnica también pueda desarrollarse entre pares; al respecto, se recomienda la modalidad de pasantías e intercambios entre actores de las diferentes localizaciones, teniendo en cuenta que el desarrollo de la participación social debe alcanzar a la totalidad de los escenarios locales.

4. Programa de implantación y desarrollo de los procesos participatorios propiamente dichos.

Objetivos:

- Elaborar los instrumentos necesarios para las diferentes actividades del proceso de participación social, tales como: formatos para relevamientos (mapeos, diagnósticos, encuestas, guías de entrevistas, etc.), formatos para registros, guías para el trabajo grupal, normativas, reglamentos de funcionamiento, instructivos, formatos para tabulaciones, programas de procesamiento, entre otros.
- Instalar las estructuras y las dinámicas participatorias tanto en los establecimientos de salud como en las redes de servicios locales o provinciales.
- Incorporar protagónicamente a los actores sectoriales y de la sociedad civil en las diferentes instancias participatorias.
- Desarrollar indicadores apropiados para el monitoreo continuo de los procesos de participación social en cada provincia o localización y en el conjunto, para verificar la adecuación a lo programado.
- Desarrollar un modelo evaluativo que posibilite la intervención a los actores involucrados y que permita apreciar, en forma continua, la adecuación de las estructuras y los procesos generados, así como de los resultados e impactos de la participación social, para permitir correcciones oportunas. Combinarán modalidades de autoevaluación con otras de evaluación "externa".
- Registrar en forma documental las experiencias de participación social en escenarios concretos y abstraer de esas experiencias los aprendizajes acerca del desarrollo de los procesos de participación social.
- Sistematizar los aprendizajes y elaborar materiales documentales de forma que faciliten las transferencias y replicaciones en otras poblaciones/establecimientos y otros escenarios locales.
- Transferir con modalidades horizontales, las experiencias y conocimientos adquiridos, para facilitar la replicación de las experiencias, es decir, la implantación de procesos de participación social en otros escenarios locales (o bien en otras poblaciones/establecimientos del propio espacio local).

Para posibilitar las actividades evaluativas, de conceptualización y de sistematización, que la experiencia demuestra que son de gran dificultad en la mayoría de los programas sociales, será necesario tenerlas presente desde el comienzo de las acciones, desdoblado el rol de los actores significativos (aquellos que ejerzan roles de liderazgo o sean los motores de los procesos), por un lado en lo que compete a la acción misma y por otro a la reflexión sobre lo que se actúa. En ese sentido es aconsejable aprovechar los espacios conjuntos con los diferentes actores para incluir

reflexiones sobre lo actuado, tomar notas y registros en forma obsesiva, preparar documentos de interpretación y reflexión sobre los procesos y los resultados previstos e imprevistos, discutir y perfeccionar esos documentos mediante talleres específicos, y en ese rol cuidarse de tomar una cierta distancia de la acción para poder entenderla y valorarla.

Las conceptualizaciones y sistematizaciones en base a las experiencias, brindarán insumos muy ricos para la adecuación del programa de asistencia técnica para la participación social.

Los documentos conceptuales que se elaboren en el marco del programa previo darán sustancia a las actividades de transferencia horizontal entre poblaciones/establecimientos y entre localizaciones o provincias, lo cual facilitará la replicación de los procesos.

Sin duda deberá articularse con el programa de capacitación, asistencia técnica y de comunicación, puesto que éste dará contenidos a esos. Será importante entonces la adecuación de los documentos conceptuales para la difusión y diseminación, como también darles formato de materiales didácticos, para lo cual es aconsejable dar intervención a expertos en comunicación y capacitación.

También deberá preverse la capacitación de los actores para que ellos se conviertan en multiplicadores de sus experiencias, lo cual requerirá de habilidades adicionales, básicamente pedagógicas y didácticas.

En este programa se incluirá el diseño del cronograma gradual de incorporación de localizaciones, el cual implicará a la vez el plan de trabajo para la realización de las transferencias por parte de los actores locales.

Se podría argumentar que este tipo de actividades - al igual que las de conceptualización y sistematización - adquieren relevancia una vez que estén funcionando regularmente los procesos de participación social en las primeras localizaciones y que por ende no deberán ser tenidos en cuenta hasta entonces; sin embargo se reitera que es aconsejable preverlos desde el comienzo, pues así las acciones que se realizan adquieren diferente carácter y trascendencia, incluyendo actitudes reflexivas a medida que los procesos transcurren.

5. Apoyo económico al desarrollo de proyectos locales específicos

Objetivos:

- Brindar fondos contra presentación de proyectos orientados a la resolución de problemas puntuales, con modalidades participativas en el diagnóstico, la formulación, la ejecución y la evaluación.
- Sistematizar las experiencias para transferirlas y posibilitar aprendizajes a través de la práctica participativa.
- Dejar capacidades instaladas localmente para la resolución de problemas comunitarios y para la gestión y movilización de recursos.

Como ya fue expresado, este tipo de apoyo a pequeños proyectos confluye con los programas precedentes y se orienta a favorecer, mediante el aprendizaje social, la instalación de los procesos participativos de la sociedad civil.

Matriz Síntesis: PLAN DE ACCIÓN NACIONAL- APERTURA PROGRAMATICA, PRINCIPALES ACTIVIDADES, TAREAS Y DESTINATARIOS

| Actividades | Tareas | Destinatarios |
|---|--|--|
| 1. Programa de comunicación social para la participación en salud | | |
| <p>Sensibilizar e informar a los actores acerca de los procesos de intervención de la población beneficiaria en la gestión de los servicios para contribuir a la viabilidad de los procesos. Asimismo, informar sobre temáticas de salud y hábitos saludables y de autocuidado.</p> | <p>Elaborar mensajes comunicacionales para los medios de difusión. Elaborar materiales comunicacionales (folletos, afiches, cartillas, videos, etc.). Promover la incorporación de mensajes en los espacios de medios masivos, en los medios académicos, sociedades científicas, en los ámbitos de gobierno, servicios de salud, espacios comunitarios, etc. Utilización de los propios canales de las estructuras sectoriales, hasta llegar a los niveles locales.</p> | <p>Autoridades gubernamentales provinciales. Autoridades y personal de los niveles centrales provinciales de las áreas de salud. Autoridades y personal de los establecimientos y servicios de salud. Representantes y miembros de organizaciones de la sociedad civil. Líderes comunitarios. Ciudadanos en general.</p> |
| <p>Brindar soportes comunicacionales que faciliten los procesos de articulación entre los diferentes actores involucrados</p> | <p>Facilitar la infraestructura necesaria para la intercomunicación en red de los servicios de salud, de diferentes niveles y áreas geográficas y de éstos con servicios extrasectoriales, Brindar asistencia técnica para la intercomunicación en red.</p> | <p>Autoridades y personal de los niveles centrales provinciales de las áreas de salud. Autoridades y personal de los establecimientos y servicios de salud. Autoridades y personal de servicios extrasectoriales.</p> |
| <p>Facilitar la difusión de los resultados y avances de la participación social a las diferentes audiencias.</p> | <p>Elaboración de documentos conceptuales síntesis y de sistematización de las experiencias (carpetas, despleables u otras modalidades). Elaboración de mailings de audiencias deseables. Envíos de los materiales elaborados Diseño de página WEB para síntesis dinámicas del desarrollo de las acciones. Realización de encuentros, talleres o seminarios presenciales para la difusión de los procesos y resultados. Distribución de la información por los canales de las estructuras sectoriales, hasta llegar a los niveles locales.</p> | <p>Autoridades gubernamentales provinciales. Autoridades y personal de los niveles centrales provinciales de las áreas de salud. Autoridades y personal de los establecimientos y servicios de salud. Representantes y miembros de organizaciones de la sociedad civil. Líderes comunitarios. Ciudadanos en general.</p> |

| | | |
|---|--|--|
| Desarrollar la estrategia de comunicación de las “transferencias horizontales” para la replicación de las experiencias en diferentes localizaciones. | Identificación y sistematización de las “buenas prácticas” en materia de participación social en salud. Elaboración de documentos o materiales audiovisuales para la difusión de las “buenas prácticas.”. Realización de encuentros, talleres o seminarios presenciales para la difusión de las “buenas prácticas”. Asistencia técnica entre pares, pasantías, intercambios. | Autoridades gubernamentales provinciales. Autoridades y personal de los niveles centrales provinciales de las áreas de salud. Autoridades y personal de los establecimientos y servicios de salud. Representantes y miembros de organizaciones de la sociedad civil. Líderes comunitarios. Ciudadanos en general. |
| 2. Programa de capacitación para los procesos de participación social en salud | | |
| Identificar en las redes educativas existentes en las universidades locales los recursos aptos para la capacitación en temas de participación social, con metodologías pedagógicas y didácticas adecuadas. Establecer convenios para el desarrollo de las actividades de capacitación. Facilitar la infraestructura, los materiales y la disponibilidad de los recursos humanos para la capacitación. | Capacitar en metodologías y técnicas de abordaje comunitario, en modalidades de evaluación cuanti/cualitativa y participativa, en técnicas de negociación, en modalidades de trabajo en equipo, en procesos de mejoramiento de la calidad de los servicios y en otras cuestiones necesarias para la implantación de los procesos de participación social, según las necesidades y requerimientos. Organizar encuentros de capacitación conjunta con los actores sociales. | Recursos humanos sectoriales del nivel central provincial y de los establecimientos. |
| Identificar recursos y organizar equipos idóneos para la capacitación de los actores sociales en temas de participación social en salud. Facilitar la infraestructura y los materiales requeridos para la capacitación. | Capacitar en temas sustantivos de salud, en modalidades de formulación de demandas y reclamos, en evaluación cuanti/cualitativa y participativa, en técnicas de negociación, en organización y gestión, entre otros contenidos, según necesidades y requerimientos para el desempeño de los roles en los procesos de participación social. Organizar encuentros de capacitación conjunta con los actores sectoriales. | Representantes y miembros de organizaciones de la sociedad civil. Líderes comunitarios. |
| 3. Programa de Asistencia Técnica para la participación en salud | | |
| Intervenir y acompañar a los diferentes actores locales en la implantación y desarrollo de los | Apoyar en el mapeo de los establecimientos y de las organizaciones comunitarias y sociales del área respectiva. | Autoridades y personal de los establecimientos y servicios de salud. |

| | | |
|--|--|--|
| <p>procesos de participación social.</p> <p>Articular con las acciones de comunicación y capacitación.</p> | <p>Apoyar en el diagnóstico de viabilidad y selección de los efectores y organizaciones comunitarias y sociales por donde se dará comienzo a los procesos.</p> | <p>Autoridades y personal de los niveles centrales provinciales de las áreas de salud. Representantes y miembros de organizaciones de la sociedad civil. Líderes comunitarios.</p> |
| <p>Armado de una red para la asistencia técnica entre pares, pasantías, intercambios.</p> | <p>Intervenir y acompañar en la convocatoria a los actores institucionales, de las organizaciones comunitarias y a pobladores del área para la construcción de espacios multiactorales y de los equipos locales.</p> | <p>Autoridades y personal de los niveles centrales provinciales de las áreas de salud. Representantes y miembros de organizaciones de la sociedad civil. Líderes comunitarios.</p> |
| | <p>Intervenir y acompañar en la realización de diagnósticos y formulación de propuestas de superación.</p> | <p>Autoridades y personal de los niveles centrales provinciales de las áreas de salud. Representantes y miembros de organizaciones de la sociedad civil. Líderes comunitarios.</p> |
| | <p>Intervenir y acompañar en los acuerdos sobre concepciones de calidad de los servicios y en los consensos sobre cuestiones a considerar.</p> | <p>Autoridades y personal de los niveles centrales provinciales de las áreas de salud. Autoridades y personal de los establecimientos y servicios de salud. Representantes y miembros de organizaciones de la sociedad civil. Líderes comunitarios. Ciudadanos en general.</p> |
| | <p>Intervenir y acompañar en la determinación y desarrollo de modalidades organizacionales para realizar la participación social</p> | <p>Autoridades y personal de los niveles centrales provinciales de las áreas de salud. Autoridades y personal de los establecimientos y servicios de salud. Representantes y miembros de organizaciones de la sociedad civil. Líderes comunitarios. Ciudadanos en general.</p> |

| | | |
|--|---|---|
| | Acompañar los procesos de participación social propiamente dicha. | Autoridades y personal de los niveles centrales provinciales de las áreas de salud. Autoridades y personal de los establecimientos y servicios de salud. Representantes y miembros de organizaciones de la sociedad civil. Líderes comunitarios. Ciudadanos en general. |
|--|---|---|

| 4. Programa de implantación y desarrollo de los procesos de participación social en salud | | |
|--|---|---|
| Instalar las estructuras y las dinámicas participatorias tanto en los establecimientos de salud como en las redes de servicios locales o provinciales. | Selección e implantación de las modalidades organizativas apropiadas para la participación en los diferentes niveles (comités, consejos, foros, etc.). Atribución de responsabilidades y funciones a las distintas instancias de gobierno para la articulación institucional y social. | Recursos humanos sectoriales del nivel central provincial y de los establecimientos. |
| | Elaborar los instrumentos necesarios para las diferentes actividades del proceso de participación social: formatos para relevamientos (mapeos, diagnósticos, encuestas, guías de entrevistas, etc.), formatos para registros, guías para el trabajo grupal, normativas, reglamentos de funcionamiento, instructivos, formatos para tabulaciones, programas de procesamiento, entre otros. | |
| Incorporar protagónicamente a los actores sectoriales y de la sociedad civil en las diferentes instancias participatorias. | Desarrollo de las funciones de convocatoria y aproximación a los actores sociales e institucionales.. Construcción compartida de la agenda para actividades y reuniones (contenidos, periodicidad, participantes, etc.). Inclusión de agentes moderadores de las dinámicas participatorias. Apoyo a procesos participatorios propiamente dichos. | Recursos humanos sectoriales del nivel central provincial y de los establecimientos. Representantes y miembros de organizaciones de la sociedad civil. Líderes comunitarios. |
| Realizar el monitoreo y la evaluación de los procesos y resultados de la participación social. | Desarrollar indicadores apropiados para el monitoreo continuo de los procesos de participación social para verificar la adecuación a lo programado. Desarrollar un modelo evaluativo que permita apreciar | Recursos humanos sectoriales del nivel central provincial y de los establecimientos. Representantes y miembros de organizaciones de la sociedad civil. Líderes comunitarios. |

| | | |
|---|---|---|
| | la adecuación de las estructuras y los procesos generados, así como de los resultados e impactos de la participación social, para permitir correcciones oportunas. | |
| Conceptualizar y sistematizar las experiencias para posibilitar su transferencia y replicación | Registrar en forma documental las experiencias de participación social en escenarios concretos. Abstraer de esas experiencias los aprendizajes acerca del desarrollo de los procesos de participación social. Sistematizar los aprendizajes y elaborar materiales documentales de forma que faciliten las transferencias y replicaciones en otras poblaciones/establecimientos y otros escenarios locales. Transferir con modalidades horizontales, las experiencias y conocimientos adquiridos, para facilitar la implantación de procesos de participación social en otros escenarios locales (o bien en otras poblaciones/establecimientos del propio espacio local). | Recursos humanos sectoriales del nivel central provincial y de los establecimientos. Representantes y miembros de organizaciones de la sociedad civil. Líderes comunitarios. |
| 5. Programa de apoyo económico al desarrollo de proyectos locales específicos | | |
| Brindar fondos para la presentación de proyectos orientados a la resolución de problemas puntuales, con modalidades participativas en el diagnóstico, la formulación, la ejecución y la evaluación. | Promover y convocar a las organizaciones de la sociedad civil para la formulación y presentación de proyectos locales. Seleccionar proyectos locales que sean viables para brindar apoyo. Realizar el monitoreo de las actividades de los proyectos | Actores de la sociedad civil, organizaciones comunitarias, vecinales, y similares. |
| Sistematizar las experiencias para transferirlas y posibilitar aprendizajes a través de la práctica participativa. | Promover procesos evaluativos y de reflexión sobre la práctica. Brindar apoyo para la sistematización y disseminación de las experiencias. | Actores de la sociedad civil, organizaciones comunitarias, vecinales, y similares. |

Bibliografía consultada:

- Bobbio, Norberto. *El futuro de la democracia*. Fondo de Cultura Económica, México, 1986.
- Cardarelli, G. y Rosenfeld, M. *Las participaciones de la pobreza. Programas y proyectos sociales*. Colección Tramas Sociales. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1998.
- Castoriadis, Cornelius. *La estrategia democrática*; ponencia publicada en “La estrategia democrática nella società che cambia”, Ed. Datanews, Roma, 1995.
- Castoriadis, Cornelius. *Los dominios del hombre. Las encrucijadas del laberinto*. Ed. Gedisa. Buenos Aires, 1988.
- Dahl, Robert, *La democracia y sus críticos*, Paidós, Barcelona, 1992.
- Departamento de Atención Primaria, Ministerio de Salud. *Trabajo comunitario en salud. Guía Técnica Metodológica*. Santiago de Chile. 1994
- Galarza Izquierdo, M.T., M.D. *Calidad Total aplicada al sector salud*. Publicación Científica N° 5, Serie Lecturas Escogidas. Depto. de Medicina Social, Universidad del Valle, Cali, Colombia. 1993.
- Moreno, E. y colab. *Calidad de la atención primaria. Aporte metodológico para su evaluación*. Proyecto UNI Tucumán, Facultad de Medicina de Tucumán. 1997.
- Nirenberg, O. *Programa de Auditoría Social*. Programa Materno Infantil y Nutricional – PROMIN–. Ministerio de Salud/BIRF. Buenos Aires, 1997.
- Nirenberg, O. y Perrone, N. *Participación social en salud*. Documento Interno de la Fundación Alianza para la República – FUNDAR – Noviembre de 1999.
- Nirenberg, O. et al. *Informe final de la evaluación del Programa de Salud y Desarrollo de Adolescentes y Jóvenes en las Américas*. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC. 2001.
- Nirenberg, O., Brawerman, J., Ruiz, V.; *Programación y Evaluación de Proyectos Sociales. Aportes para la racionalidad y la transparencia*. Editorial Paidós, colección Tramas Sociales, en prensa. Buenos Aires. 2002.
- Nirenberg, O., Brawerman, J., Ruiz, V. *Evaluar para la Transformación: innovaciones en evaluación de programas y proyectos sociales*, editorial Paidós, colección Tramas Sociales, Vol. 8. Buenos Aires, 2000
- Nirenberg, O. y Perrone, N. *Organización y Gestión Participativas en Sistemas Locales de Salud*. Boletín de la Oficina Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud. Vol. 109 Nos. 5 y 6, Buenos Aires, 1990
- Nirenberg, O. y Perrone, N. y col. *Metodologías y Técnicas Participativas en Proyectos Sociales*; Cuaderno de CEADEL n° 19. Buenos Aires, 1992.
- Nirenberg, O. y Karol, J. *Programa de Auditoría Social*. Promin. Ministerio de Salud/BIRF. Buenos Aires, 1997.

- Nirenberg, O. *Modelo Evaluativo del Plan de Fortalecimiento de la Sociedad Civil*. Secretaría de Desarrollo Social de la Nación. Buenos Aires, 1997.
- Nun, José. *Democracia, ¿gobierno del pueblo o gobierno de los políticos?* Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires, 2000.
- *Participer: le concept*. Revista Informations Sociales. Publication de la Caisse Nationale des Allocations Familiales. Paris. 1995.
- Schumpeter, J. *Capitalismo, Socialismo y Democracia*, Harper and Brothers, Nueva York, 1985.
- Touraine, Alain. *¿Qué es la democracia?* Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires, 1995.

Reseña Biográfica:

OLGA NIRENBERG es Doctora en Ciencias Sociales Summa Cum Laude (2005, UBA). Socia fundadora del Centro de Apoyo al Desarrollo Local (CEADEL), consultora en evaluación del programa de educación de UNICEF Argentina, y de la Fundación ARCOR. Se desempeñó como evaluadora del Programa Regional de Salud Integral del Adolescente de la Organización Panamericana de la Salud - OPS – Washington DC, evaluadora del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) para el Proyecto de Actividades de Apoyo a la Prevención y el Control del VIH/Sida en la Argentina y fue consultora del área de Salud y Desarrollo del Adolescente de la Organización Mundial de la Salud – OMS – Ginebra. También fue consultora en otros ámbitos internacionales, como el Programa UNI de la Fundación W.K. Kellogg y nacionales, como el de Atención a Niños y Adolescentes en Riesgo (PROAME, Ministerio de Desarrollo Social/BID), el Materno Infantil y de Nutrición (PROMIN, del Ministerio de Salud/BIRF), el de Salud de la Adolescencia del Ministerio de Salud de la Nación, el de Fortalecimiento de la Sociedad Civil, del Ministerio de Desarrollo Social, entre otros. Desarrolla actividades docentes en maestrías o posgrados de universidades nacionales (de Buenos Aires, de Tucumán, de La Plata, de Mar del Plata, y de Entre Ríos).

Dirección postal: Sarandí 247, 2º E (CP 1081) Buenos Aires, Argentina.

Telefax: (5411) 4952 9893

e-mail: olganire@gmail.com

Resumen ejecutivo:

El propósito del trabajo es brindar un marco conceptual acerca de la Participación en el Sector Salud – también denominada Auditoría Social – entendida en un sentido amplio, como procesos de participación social de los usuarios (reales y potenciales) particularmente pero no exclusivamente en la evaluación, tanto a nivel de los establecimientos como en los niveles locales (municipales y provinciales). Se parte de la estrecha vinculación del concepto de participación con

el término más amplio y emblemático de democracia. Se relaciona la participación con el involucramiento de la *sociedad civil* en la evaluación y gestión de los servicios. Se tiene en cuenta la heterogeneidad que implica el término de *sociedad civil*, ya que allí suele incluirse a ciudadanos de los diversos estratos socio económicos (con diferentes *calificaciones* en tanto *usuarios* o *demandantes*), organizaciones para el desarrollo social (más o menos profesionalizadas), organizaciones de vecinos y otras de base comunitaria, entidades religiosas, empresas lucrativas de producción de bienes o servicios, entre otros actores.

Se proponen alternativas de asistencia técnica y cooperación que el nivel nacional de gobierno debería brindar para facilitar los procesos participativos de evaluación o auditoría social en los niveles locales / provinciales. Se plantea una estrecha vinculación de esos procesos con los de planificación / programación y en especial con los de mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de salud, como forma de viabilizar respuestas institucionales acordes con las necesidades y expectativas de la población, estableciendo de tal modo una ecuación más equilibrada entre los servicios o sistemas de salud con la población destinataria. Se señalan las principales dimensiones que deberían abordar los procesos de participación en la evaluación, respondiendo a las preguntas ¿qué debe evaluarse en cada uno de los niveles? ¿Quiénes deberían participar en cada uno de esos escenarios? Se formulan también propuestas sobre formas organizacionales para concretar esa participación, y finalmente una propuesta programática, tanto desde el punto de vista procesual (de las diferentes etapas a transitar) como de las diferentes aperturas según la índole de los contenidos que se deberían considerar en el nivel nacional para dar apoyo a los procesos locales y/o provinciales.

En el marco de la propuesta se incluyó una encuesta periódica a usuarios de efectores de salud, que el programa Materno Infantil y Nutricional del Ministerio de Salud de la Nación (PROMIN) aplicó en dos oportunidades y cuya metodología y cuestionario está disponible para la consulta de quienes así lo requieran.