

PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD

PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD

Jorge Arturo Sáenz ., M.B.A.

Las demandas actuales en la atención de la clientela social, relacionado con la satisfacción de necesidades de la población civil, plantean retos importantes al Trabajo Social. Una respuesta a estas interrogantes la constituye la participación social, en la cual Trabajo Social ha fundamentado su accionar mediante programas y proyectos.

Si revisamos las propuestas planteadas en los últimos años, encontramos, especialmente en educación, la conformación de equipos interdisciplinarios en las escuelas prioritarias en la búsqueda de atender la compleja situación de áreas urbano-marginales y en salud, sector en el cual se concentra la atención de este artículo.

Si analizamos con atención los planteamientos teóricos del Modelo Readequado de Salud, se observan oportunidades para reformular las acciones del sector a partir de salud, como producto social. En este concepto se integran propuestas orientadas a la atención integral, la conformación de equipos interdisciplinarios, la participación ciudadana y comunitaria; en el primer caso, se crean condiciones para involucrar al usuario y usuaria, mediante la atención de quejas, reclamos y sugerencias, y en el segundo, a través de la participación social.

Paralelo a este proceso de promover lo "social" con un valor agregado, los trabajadores sociales nos encontramos con otros profesionales que incursionan en programas de participación social sin la debida preparación académica y asumen que ésta es fácil de promocionar, como sencillo es llegar a convertirse en cientista social.

En estos casos, los resultados han demostrado las omisiones cometidas, producto de las improvisaciones y advierten a los trabajadores sociales de la necesaria presencia en todas aquellas acciones que involucren participación social en salud. Lo anterior evitaría que se manipule a nuestras comunidades y en el peor de los casos, se maneje un lenguaje que en la práctica dista de la realidad institucional.

Otro elemento básico que he observado, es que en algunos centros de salud, nuestros colegas no han reaccionado de manera productiva a las oportunidades expresadas en la Reforma del Sector, representando una debilidad que puede tener graves repercusiones en el accionar profesional.

* Profesor Asociado, Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica.

¿POR QUÉ LA PARTICIPACIÓN SOCIAL SE CONVIERTE EN EL BOOM DE ESTA DÉCADA?

El fracaso de nuestras organizaciones para responder satisfactoriamente a las demandas de la población civil, el alto costo de la atención individualizada versus lo integral, el concepto de persona con un enfoque holístico, la conformación de meritocracias institucionales, las condiciones de nuestros presupuestos mermados para ampliar servicios, la aceptación del síndrome de escasez de personal, las claras directrices de los aportadores de recursos vía organismos internacionales, el centrar la atención en la clientela, han promovido que se retomen propuestas de la década de los sesenta, cuando se hablaba de la importancia de la participación ciudadana y comunitaria.

En nuestro país, los trabajadores sociales hemos creado un caudal de experiencias en esta área; no debemos olvidar a colegas de instituciones como la Dirección Nacional de Desarrollo de la Comunidad, quienes conformaron equipos de expertos en desarrollo comunal y mostraron avances y liderazgo en lo concerniente a participación social. Lamentablemente el manejo político electoral de algunas de estas instituciones, no permitió el avance de esas iniciativas en el campo social, sumado a la creencia de algunos políticos, de que lo "social" se puede trabajar únicamente por instinto o la buena voluntad.

Por lo tanto, el boom de la participación social se retoma como una estrategia que permite a las instituciones del sector social, involucrar a una mayor cantidad de ciudadanos en el manejo y control de

los recursos. Además, como medio que permita asegurarse el traslado de acciones preventivas al primer nivel de atención y la disminución de costos en clínicas y hospitales.

Otro aspecto importante es la necesidad que tienen nuestras instituciones de legitimarse ante la opinión pública, sin embargo, este tema debe evaluarse con sumo cuidado, por lo complejo del desarrollo de participación social, que no sólo implica cambios en lo metodológico, sino además en la cultura y clima de nuestras organizaciones, en la cual está directamente involucrado el recurso humano o cliente interno, término actual que tiene una mayor aceptación.

Este panorama debe reconocerse como una ventaja que permite a los trabajadores sociales apropiarse del liderazgo de acciones asociadas al tema de discusión. Como gremio, hemos demostrado especialmente en salud, nuestra capacidad de desenvolvemos como profesionales polifuncionales que no sólo atendemos la dinámica microsocial, sino además, gerenciamos programas y proyectos de interés nacional.

LOS COMPROMISOS DE GESTIÓN

Cuando se inició el proceso de modernización institucional, los trabajadores sociales nos preguntábamos cómo la Caja Costarricense de Seguro Social lograría traducir la propuesta teórica a acciones concretas de participación social, especialmente en los compromisos de gestión que se visualizaban más orientados a la asignación y manejo de recursos que a una propuesta de salud como producto social.

La versión actualizada de estos compromisos no sólo muestran su interés en obtener objetivos de organización institucional, sino, además de prestación y calidad de los servicios. La lectura obligada de estos documentos nos indican que en la relación contractual de comprador y proveedor, este último **debe promover y facilitar instancias de participación social en las actividades de atención integral que desarrolle**. De igual manera, al plantearse lo relativo a la promoción de la calidad, asociado con el cliente externo, encontramos **que deberán desarrollarse programas informativos y educativos que respondan a las necesidades y problemas expresados por su clientela**.

Muestra el subrayado que se asocia la participación social con atención integral y con aspectos de promoción o mercadeo social; representado como:

Participación social = Atención integral + Equipos interdisciplinarios + Mercadeo social
--

Comprender esta fórmula, implica reconocer que cuando nos referimos al campo de la participación social, estamos relacionándolo con el fin último de la salud, en el cual personas y comunidades desarrollan acciones sociales asociadas con la calidad de vida del ser humano y su entorno.

En esta línea, encontramos que la atención integral se presenta como una oportunidad que garantiza una gama de proyectos y programas acordes con las necesidades planteadas por personas y grupos. Inclusive Vargas, (1995) nos señala que deberíamos crear condiciones para desarrollar ambientes de salud con enfoque holístico, que deben

asentarse en la promoción, en la educación y en la participación de la comunidad de manera activa y permanente.

Otro aspecto básico que se anota, está relacionado con la participación de los equipos profesionales y su responsabilidad en crear condiciones propicias para la participación social. Aunque en la lectura de los Compromisos de Gestión se identifica lo relacionado con "interdisciplinariedad", es muy pertinente el planteamiento de Fandiño (1991), de que no existe un estilo (o método, como ella lo llama) que sea mejor que otro, sino que responden a diferentes necesidades y objetivos. Nuestra colega identifica tres estilos: multidisciplinario, interdisciplinario y transdisciplinario. En el caso que nos ocupa, es clara la intención institucional de promocionar estos equipos a fin de fomentar lo integral en acciones a grupos y comunidades, especialmente en áreas de salud y a nivel de hospitales pareciera que apuntan a generar programas que impacten a nivel del área de atracción hospitalaria.

El mercadeo social requiere de atención especial, por cuanto es un concepto reciente y asociado directamente a reconocer a la salud como producto social, en el cual se integran aspectos como la promoción, distribución de nuestros servicios, el tipo de cliente, usuario o paciente que atendemos, los tipos de mercado que esperamos cubrir y lo concerniente al costo de estos servicios y actividades que se deriven de la participación social. Pareciera que para los trabajadores sociales es importante reconocer lo relacionado con promoción y servicios que permitan legitimar todas las acciones que se incluyan en las propuestas de participación social que

puedan ser construidas en las diferentes áreas de salud de nuestro país.

Analizando este componente de participación social, centra a nuestros profesionales en una demanda concreta que debe ser asumida de inmediato en aquellos centros hospitalarios y áreas de salud en las cuales se suscribió esta modalidad de contrato. En aquellas otras que aún no participan, les permite preparar las condiciones para formular programas de esta naturaleza. Debe señalarse que el mismo tendrá que derivarse de los resultados obtenidos en el Análisis de Situación de Salud (ASIS), determinando áreas críticas de intervención en y de salud, y la promoción de cantones saludables.

En este sentido, deberíamos de aprovechar las experiencias obtenidas por nuestros colegas en el Ministerio de Salud, y remitirnos a documentos como la Estrategia de Participación Social en Salud: guía para la acción, elaborada por Fonseca y otros (1995).

Debemos tener claro que las características de estos programas deben asumirse desde el nivel cantonal, distrital, con un enfoque sistémico para no caer en la omisión de copiar esquemas nacionales, ignorando las diferencias de nuestros entornos, sin lugar a dudas, esto último nos lleva a crear programas informativos y educativos que respondan efectivamente a las necesidades de nuestra clientela.

Otro elemento fundamental en el proceso, es la capacidad que demos a los trabajadores sociales involucrados en el sector, de aprovechar y aprender de las experiencias triunfadoras que han desa-

rollado colegas y que permiten registrar prácticas exitosas con rostro acorde en la población o comunidad bajo su responsabilidad.

Esto implica que si tenemos un hospital especializado en geriatría y gerontología o en rehabilitación, o bien una clínica con trabajo en sectores urbano-marginales, con grupo de trabajadores sociales especializados en esas áreas, debemos recurrir a sus recursos antes de desgastarnos en la prueba y error.

Para efectos de ilustración, veamos otros ejemplos de cómo se indica en los compromisos, las demandas de participación social.

- Necesidades y problemas priorizados con sus condicionantes y con participación social.
- Lo anterior implica el análisis cuantitativo de una área de salud, evidenciando la participación social-comunidades, organizaciones, entre otros. Se reconoce en el diagnóstico y posibles planes de acción, la importancia de incorporar y ponderar los aspectos de intervención cualitativos. Este elemento ha sido una lucha presente en las acciones de Trabajo Social y favorece que la institución le asigne a lo "cualitativo", el valor que se merece en su registro y en la evaluación de impacto de los programas y proyectos sociales asociados con problemas de y en salud.
- Existencia de planes de control y atención de al menos dos proble-

mas transmisibles prevalentes (Tuberculosis, dengue, malaria, diarreas...) con participación social.

- Existencia de un plan de control y atención de al menos dos problemas crónicos prevalentes, por ejemplo Cáncer de Cervix y Diabetes Mellitus con participación social.
- Evidencia de la existencia de un plan con la participación social para la promoción de estilos de vida saludables, dirigidos a la población.

Estas menciones, contenidas en documentos de Compromisos de Gestión, deben llamar la atención, dado que nos involucran en la responsabilidad conjunta del recurso profesional, puesto al servicio de la sociedad civil y apostando al esfuerzo del área de salud u hospital, de cumplir con la respuesta a los criterios de costos, planificación y productividad expresados a través de las Unidades de Producción Hospitalarias (UPH)¹. Esta unidad de medida nos lleva a un aspecto clave para Trabajo Social, la participación social traducida en un valor que aporte al costo de servicio y a su ponderación, dentro del valor asignado a la UPH en el área de salud u hospital.

Interrogantes básicas en este cambio de administración de recursos son: ¿estamos los trabajadores sociales prepara-

dos para este tipo de demandas?, ¿estamos dispuestos a cambiar nuestros estilos de hacer las cosas para variar a estrategias orientadas a la promoción y participación de grupos y comunidades?, ¿somos conscientes del costo del manejo del "caso" versus otros métodos?, ¿estamos dispuestos a seguir manteniendo esquemas de horarios diurnos que **no permiten** incorporar a la mayor parte de nuestra clientela social?, ¿qué tan claro hemos planteado nuestras necesidades tecnológicas para el registro de información, manejo de indicadores y costos de intervención?, ¿seguiremos los trabajadores sociales justificando nuestra limitación para actuar en razón de las escasas posibilidades presupuestarias institucionales que facilitan una mayor inversión en lo "médico" que en lo social?, si lo preventivo tiene un valor agregado importante para la institución ¿cuál será el porcentaje que significará en la canasta de servicios que ofrecemos?

Es probable que queden algunas otras preguntas por hacer, como también es probado que algunas unidades de Trabajo Social han iniciado importantes procesos de cambio y experiencias de participación social, especialmente en el área rural que dan cuenta de los éxitos obtenidos.

De igual manera, el integrar costos a un concepto altamente cualitativo, nos plantea demandas como:

- Deben elaborarse registros y con-

¹ UPH es una medida común en que se expresa la actividad realizada por hospital o área de salud. Es producto de multiplicar la ponderación de cada una de las actividades realizadas por la equivalencia en UPH... (Proyecto Modernización, C.C.S.S., 1997).

troles que faciliten ponderar la participación de la clientela y los productos obtenidos en el corto y mediano plazo, especialmente en acciones preventivas que, de surtir efecto, tendrán un resultado inmediato en costos de los servicios, por ejemplo en los planes de control y atención de problemas transmisibles prevalentes.

Inclusive deberíamos monitorear los costos de intervención, dado que en el mediano plazo podrían solicitarlos para la facturación respectiva.

- Consolidación de los equipos de salud comunales que pueden ser gestores de la participación social trascendiendo el rol tradicional de promotores de infraestructura para la atención de salud.
- La conformación de equipos interdisciplinarios que garanticen la atención integral y modalidades de atención que superen el enfoque biológico. En este aspecto todavía queda mucho camino por recorrer, faltan espacios de capacitación a los diferentes profesionales, así como dimensionar el papel del trabajador social como miembro de estos equipos y que en algunas oportunidades podrá asumir su coordinación. Señalo estos aspectos, dado que se observó como algunos de nuestros colegas, por razones varias, asumen la coordinación, quedándole al resto del equipo la comodidad de asistir a reuniones, mientras nosotros nos desgastamos en lo operativo. Las razones que se expresan para mantener esta práctica a todas luces inapropiada, pueden ser valederas y

usualmente están relacionadas con el bienestar del usuario o usuaria; sin embargo, nos ocupan en labores administrativas sumado al juego que les permitimos a otros grupos, de poder institucional. Además de un elemento ético relacionado con no favorecer cambios institucionales, especialmente en la atención integral.

- El concepto de participación social como responsabilidad de todos los actores involucrados en el manejo de la salud, en donde el trabajador social debe convertirse en un facilitador del proceso, demostrando que su formación académica y profesional lo faculta para orientar, dirigir y efectuar programas y proyectos de esta naturaleza. Se trata de mostrar nuestra capacidad profesional, no de pelear espacios que deben ser construidos con el aporte de todos.

Lo anterior se facilita mediante la participación en los diferentes equipos interdisciplinarios en los cuales se evidencian las destrezas de cada área profesional.

- Deberíamos de integrarnos a los equipos de dotación de personal para construir propuestas asociadas con programas de inducción y capacitación, orientadas a garantizar perfiles de entrada del nuevo personal y el cambio en los valores del cliente interno.
- Es nuestra responsabilidad aportar en la construcción de un concepto de participación social desde nuestras unidades laborales. Especialmente cuando el discurso institucional lo

relaciona más con participación comunitaria, lo cual evidentemente para los trabajadores sociales significan conceptos diferentes. Sin embargo, en el documento Participación Social en el Modelo de Atención Integral en Salud (CCSS, 1997), logramos apreciar una definición institucional en los siguientes términos:

“La participación social es un proceso de interacción, negociación y concertación, que se establece entre la población, la Caja Costarricense de Seguro Social y las instituciones gubernamentales y no gubernamentales, mediante acciones de organización, contribución y toma de decisiones, en las que prevalecen los derechos, deberes e intereses de todos, para la construcción de la salud en Costa Rica”.

Desde nuestra perspectiva de trabajadores sociales, este aporte es básico; resta mostrar la capacidad de operacionalizar cada uno de sus componentes para su adecuada comprensión y puesta en marcha en cada una de nuestras áreas de salud u hospitales, y ante todo, lograr obtener indicadores de evaluación que muestren las virtudes e impacto de la participación social en costos y en la producción de salud.

A manera de síntesis, parece oportuno que a nivel de cada área de salud y hospital, se elabore un inventario de todas las actividades vinculadas con participación social, generadas desde los equipos interdisciplinarios y otros recur-

sos como enfermería, trabajo social, odontología, entre otros. Esta cuantificación permite conocer dónde se concentran los servicios e identificar maneras de un mejor aprovechamiento del recurso humano y comunal.

Los trabajadores sociales debemos construir fórmulas de seguimiento y control que nos muestren los resultados de estas acciones. Lo anterior, para un registro adecuado de los logros cuanti y cualitativos, derivados de la participación social.

El liderazgo en la construcción del *Análisis de la Situación Integral de Salud (ASIS)* es fundamental, se convierte en un espacio vital para demostrar la capacidad profesional del trabajador social en el trabajo comunal, para la identificación de los problemas de salud y formulación de soluciones comunales.

La participación gerencial de los colegas en Equipo Local de Atención Integral para la Salud (ELAIPS) y en los Consejos de Dirección, es fundamental. No debemos descuidar esos espacios. Se requiere de una actitud crítica, creativa y promovedora de estrategias que impacten a una nueva manera de conducir los procesos de nuestras organizaciones en salud. De igual manera, se hace necesaria nuestra presencia en los Comités de Calidad o Equipos Interdisciplinarios para el Mejoramiento de la Calidad, dado que corresponde a éstos, diagnosticar y plantear soluciones a algunos problemas institucionales. O bien en las Comisiones Locales de Mortalidad Maternoinfantil (COLAMI).

Como puede apreciarse, las oportunidades que se derivan de los Compromisos de Gestión para los trabajadores sociales son amplias, probablemente nuestros colegas de salud no habían estado al frente de un compromiso de tales dimensiones. Quienes apreciamos este proceso como promotor de un cambio a un modelo centrado en el cliente, confiamos en la capacidad que siempre ha demostrado el grupo de trabajadores sociales que conforman la más grande institución en salud de nuestro país. Sumado a lo anterior, debemos fortalecer el trabajo en equipos, crear estructuras matriciales en todos nuestros programas y proyectos, y hacer nuestro el liderazgo en la construcción de modalidades de participación social, para garantizar alternativas viables en el manejo de la salud que respondan a las necesidades y demandas de nuestra población civil; aprovechando la coyuntura de estar al frente de una de las ventajas competitivas más claras para trabajo social en el sector salud.

BIBLIOGRAFÍA

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL (1997). Asignación de recursos. Compromiso de gestión. San José, Costa Rica.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL (1997). Hacia un nuevo sistema de asignación de recursos humanos. Proyecto Modernización. San José, Costa Rica.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL(1997). Participación social en el modelo de atención integral en salud. Programa de Modernización Institucional. San José, Costa Rica.

FANDIÑO, DYALÁ (1990). "Trabajo Social en Equipo: su aplicación según enfoques". Programa de Atención Integral. Cuadernos de Gerontología. Nº3. San José, Costa Rica: EDNASS, CCSS.

FONSECA, NORA Y OTROS (1995). Estrategia de participación social en salud: guía para la acción. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud.

VARGAS VILLALOBOS, EULILE(1995). "Enfoque holístico del Modelo de Atención de Salud para la población de la Sede Rodrigo Facio de la Universidad de Costa Rica". Tesis de grado. Programa de Estudios de Posgrado en Salud Pública, Universidad de Costa Rica.