

FORTALECIMIENTO DEL PROCESO PARTICIPATIVO EN SALUD

(Ministerio de Salud, Dirección de Desarrollo de la Salud, 2004)

Licda.. Marielos Rojas Espinoza . M.S.P.

Licda. Anargeri Solano Siles. M.E.P.P.S.

Dr. William Vargas González. ¹

Visualizar los desafíos de la atención primaria en el siglo XXI en el país impone referirse a la participación sostenida de la población y de los diferentes actores sociales en la toma de decisiones sobre definición de prioridades y asignación de recursos necesarios para asegurar la salud.

Para su abordaje se requiere de previo establecer la relación de la participación con los conceptos de salud y de atención integral, así como de un breve resumen de su situación actual. Con este insumo es posible avanzar en la discusión acerca de sus perspectivas, en el marco de un contexto global, cambiante, dinámico y caracterizado por un vertiginoso avance tecnológico.

I. Salud, atención primaria y participación. Aspectos generales.

Es indudable que la manera de concebir la salud, la enfermedad y el origen de ésta, ha generado formas particulares de analizar, abordar los problemas y necesidades de salud. Estas formas de pensar se expresan en creencias, tradiciones y costumbres que definen prácticas y concepciones acerca de la salud y la enfermedad².

Si bien es cierto, los diferentes modelos explicativos han aportado al conocimiento y han favorecido el desarrollo de los servicios de salud, estos han generado críticas en cuanto a la fragmentación, el enfoque biológico y la desarticulación al explicar los procesos que se dan en la sociedad en su conjunto.

Esto implica reconocer que la relación entre lo social y lo biológico, no es una relación de contigüidad externa, no son realidades separadas, sino que lo biológico está determinado por lo social. “La salud en el ser humano no es un fenómeno biológico, es un proceso sociobiológico, integrado y sus procesos biológicos están en permanente

¹ Licdas. Rojas y Solano: Funcionarias de la Dirección de Desarrollo de la Salud, Ministerio de Salud. Dr. Vargas Ex -Director del Programa de Atención Integral en Salud de la Universidad de Costa Rica.

² Ayala Norma, et al: Hacia un nuevo Modelo de Atención Integral de salud CCSS. San José, Costa Rica. 1998.

interacción, con los procesos sociales, dándose una mutua transformación” (Guzmán, 1996:44)

Este enfoque postula que la salud- enfermedad se conforma en un proceso, ya que al igual que los procesos sociales la biología humana no es estática; la misma es cambiante frente a las condiciones de vida de las personas.

Ahora bien, desde la perspectiva de la salud integral, la atención en los servicios de salud se define como el abordaje de las diferentes necesidades, intereses y problemas de salud en individuos, familias y comunidades, tomando como referente sus condiciones de vida, lo que incluye género, discapacidad, etnia, condición social y momento histórico.

Esta visión considera nuevos elementos de naturaleza filosófica, ética, política, social, cultural y operativa que afectan y condicionan las necesidades de salud de ciudadanos y ciudadanas.

Entendido así, las acciones que contemplan los servicios trascienden lo curativo e incorporan la prevención y el aporte de los servicios a la promoción de la salud como un actor más en la producción social de la salud

Se enfatizará la participación ya que significa un elemento fundamental, como lo plantea Saúl Franco (1991): recuperar para la sociedad y para los ciudadanos la iniciativa y el protagonismo en el conocimiento y la acción en salud, apunta a mejorar el contenido mismo de la salud de la sociedad.

La participación ciudadana implica el fortalecimiento de su autodeterminación, a través de experiencias que le permitan plantear su propia propuesta de desarrollo de la salud, discutir y concertar las necesidades en salud de la población y el mejoramiento de los servicios de este ámbito. La situación de salud de un grupo de población es un producto social, está relacionada con el grado de desigualdad e iniquidad social que afecta selectivamente la calidad de vida de personas y grupos sociales.

La calidad de vida de la que depende la salud está plenamente amenazada por procesos destructivos que surgen en la esfera del trabajo, del consumo, de las acciones del Estado, de la ecología y la organización político cultural. Estos procesos afectan en los ámbitos biológico y psíquico al ser humano, mucho antes de que se conviertan en casos clínicos con sus síntomas.

En consecuencia, desde las diversas esferas de acción institucional y social debe darse una respuesta integrada, orientada a jerarquizar y sistematizar todo ese conjunto de

fuerzas con la finalidad de: reforzar o impulsar las fuerzas protectoras de todo orden, promover el acceso de la población a valores de uso social, que operan como recursos de poder y de defensa, lo que equivale a hacer promoción de la salud y a la vez, contrarrestar las fuerzas destructivas, lo que equivale a hacer prevención (Breilh, 1995). La respuesta a los problemas de salud, debe ser diferenciada de acuerdo con los problemas y necesidades específicos de los diversos grupos de la sociedad, ya que estos se traducen en riesgos diferenciados de enfermar y morir y están directamente relacionados con características socioculturales, económicas, ecológicas y biológicas.

II. Síntesis de la situación actual de la participación en salud. Principales mecanismos utilizados.

Uno de los problemas relevantes que sirvió para fundamentar el Programa de Reforma del Sector Salud, es que no existía “una participación amplia y definida de las comunidades en la toma de decisiones e impulso de acciones que redundaran en una mejoría del estado de salud de la colectividad” (De acuerdo con la Contraloría General de la República, citado por Barrientos Matamoros (2002: 19). De tal manera que se esperaba una mejoría a partir de la Reforma, integrándola, entre otros, en los componentes asignación de recursos, capacitación y financiamiento. Se estableció además, que la participación social en el nivel local sería “ampliamente promovida en tres áreas principales: el auto-cuidado de la salud, la ejecución de las actividades y la gestión de los servicios”, por “la Dirección y el Equipo de Salud del Área de Salud”. (Barrientos, 2002: 20).

El reconocimiento por parte de diversos países de que los procesos de reforma del sector salud en los diferentes países, descuidaron la salud pública como responsabilidad social y estatal y que esto incidió en que algunos procesos indispensables para lograr la salud colectiva, como la participación social, no recibieran la suficiente atención en los últimos años, llevó a la OPS/OMS a poner en marcha una iniciativa conocida como “La Salud Pública en las Américas”, cuyo propósito es el de *mejorar las prácticas sociales en salud pública y fortalecer las capacidades de la Autoridad Sanitaria, con base en la definición y medición de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP)*. En Costa Rica los resultados obtenidos en la Medición de Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública (Ministerio de Salud:2002) y en cinco mediciones Regionales que se han llevado a cabo en el 2004, la función de *Participación de los*

ciudadanos en salud, se ubica en el cuartil de desempeño medio superior y medio inferior. Las principales fortalezas en el desempeño de esta función se relacionan con la existencia de instancias formales de participación ciudadana a nivel nacional, regional y local y estrategias de información a usuarios en derechos en salud. No obstante, se carece de acciones o procesos que fomenten la participación y el “monitoreo” de las acciones en esas instancias. Las debilidades están determinadas por la ausencia de mecanismos formales y sostenidos de consulta ciudadana y el énfasis en la participación vinculada al servicio de salud.

Las políticas de salud vigentes hacen énfasis en el fortalecimiento de la atención primaria en salud en todos los niveles de gestión, con énfasis en el primer nivel, con calidad, equidad, enfoque de derechos y género e incluye dentro de sus estrategias el fortalecimiento de la participación social y de las acciones en educación en salud que promuevan la participación individual y colectiva en el auto-cuidado en salud.

La CCSS ha realizado varios esfuerzos importantes en este sentido, como los siguientes: la participación social se incluye como parte del Reglamento del Seguro de Salud; dentro de sus políticas corporativas considera la de “Fortalecer la participación ciudadana y social, en la definición de prioridades y la vigilancia de los servicios de la corporación como producto social”(CCSS:2002,6); a partir de 1996 funciona la Comisión Institucional de Participación Social con el objetivo de fortalecer y desarrollar este componente en la institución; participación social en la construcción del ASIS y del Plan Estratégico. Producto de un estudio realizado por la Comisión Institucional (C.C.S.S: 2003), se determinó la inclusión en las acciones en salud de una enorme variedad de organizaciones como: Comités de Salud, Asociaciones de Desarrollo, Comités CEN-CINAI, grupos de mujeres, organizaciones religiosas y de bienestar social como atención de adultos mayores, patronatos escolares, clubes de servicio, voluntarios(as), alcohólicos anónimos, Juntas de Salud, y comités específicos para la atención de problemas de salud, tales como: niño/a agredidos, violencia doméstica, cáncer, enfermedades crónicas, adultos mayores, drogadicción y otros. De acuerdo con este estudio el número de organizaciones que trabajan en pro de la salud alcanza la cifra de 2398 (Su distribución por hospitales descentralizados, clínicas metropolitanas y regiones de salud, puede ser observada en el anexo No. 1).

Sin embargo, según el Informe de compromisos de gestión 2000-2001-2002 (CCSS: 2003), en el fortalecimiento de las acciones que se desarrollan en el primer nivel de atención, ha quedado relegado el escenario comunitario por falta de claridad de las

posibles acciones a desarrollar y la participación social es aún muy utilitaria con pocos espacios reales para la identificación de problemas y el planteamiento de alternativas de solución por parte de la población. Por otra parte, se ha encontrado falta de orientación sobre cómo impulsar la participación social en el marco de la gestión local, escasa formación de los trabajadores de la salud en el área social, y debilidades conceptuales y metodológicas que limitan la correcta aplicación de la estrategia de manera que incida en mejorar las condiciones de vida de las personas y grupos.

De acuerdo con el mapa que identifica la posición y opinión de actoras y actores sociales en el proceso de reforma del Sector Salud de Costa Rica (Ministerio de Salud: 2004), se consideró que el fortalecimiento de la atención primaria en el país se ubica entre moderado y poco. El argumento es que el modelo de atención en salud sigue teniendo énfasis curativo, dejando de lado las acciones preventivas y la promoción de la salud. Quienes opinan que ha habido algún grado de mejoramiento se debe a la cantidad de EBAIS que se han instalado. También se mencionan los siguientes puntos: el modelo de atención primaria ha cambiado pero no la formación del recurso humano, existe debilidad en la capacidad de gestión de las Áreas de Salud, hay poca participación de la comunidad y no hay articulación entre el análisis de situación de salud y la respuesta de los servicios.

Para Barrientos (2002), a partir de diversas fuentes, la participación en salud en los EBAIS se caracteriza, entre otros elementos, por los siguientes:

- parece ser muy valorada por el personal de salud, aunque la concepción y formas de promover esa participación pueden aún no ser claras;
- la concepción de participación que se utiliza es la de la comunidad como es la apoyo al trabajo realizado por los técnicos de salud, con lo cual se ayuda a la realización de las acciones ya definidas por los EBAIS y a conseguir los recursos necesarios para su implementación. Los aspectos de planificación, asignación de recursos, control y evaluación se dan prácticamente sin participación social;
- la hegemonía institucional sigue siendo tan marcada que las comunidades no encuentran la oportunidad ni la manera de avanzar en el desarrollo de algo tan importante como es la salud en la comunidad, a pesar de que se reconoce la importancia de la participación de las personas y la comunidad para lograr las metas de la Reforma en Salud;
- la visión tecnócrata de los funcionarios de salud, les impide abrirse para compartir la toma de decisiones con la comunidad. A lo sumo comparten la gestión de

los servicios de salud, pero centralizan su planificación y evaluación. Tampoco hay preparación en los trabajadores de salud para conducir procesos de transmisión de información y espacios de concertación con actores sociales no técnicos;

- desde la población persiste una actitud pasiva, desorganizada y dependiente de las instituciones, lo que le limita su capacidad para asumir iniciativas de acción o incorporarse en procesos de análisis y concertación. Al considerar que no tiene el conocimiento necesario, depositan en el funcionario esa tarea y no aprenden para realizarla en conjunto.

No con menos importancia, a lo anterior se agrega la concepción de salud vigente en el modelo y la forma en que este concepto es asumido institucionalmente y por los funcionario de salud. “El paradigma que privilegia la perspectiva biologista de la salud subyace en las propuestas y respuestas del Estado y sus instituciones a pesar de que en el discurso se trate el tema de la salud integral y de su construcción social”..., situación que... “en términos generales llena las expectativas de la población, que comúnmente piensa la salud desde el mismo paradigma”(Ruiz; 2002:14). Esto define la profundidad, el alcance y el abordaje de la participación en salud.

Por otra parte, merece destacarse que de acuerdo con las evaluaciones del primer nivel de atención, efectuadas anualmente por el Ministerio de Salud en el período 2000-2003 (Ministerio de Salud:2004), la participación en salud ha mostrado un porcentaje de adecuación que oscila entre 57 y 63.2%, ubicándose en el nivel crítico más bajo de los resultados globales obtenidos. Los principales desafíos que se derivan de dicha evaluación apuntan a una mejora sustantiva en aspectos como los siguientes:

- registro de voluntarios que estén desarrollando acciones de educación en salud, de grupos de autoayuda y de organizaciones existentes en la comunidad;
- evidencias de que las personas y grupos comunitarios participan en la elaboración de planes y proyectos de promoción de la salud o de control de enfermedades prevalentes en la comunidad; así como de que su opinión ha sido reconocida y tomada en cuenta por el equipo de salud.
- identificación de proveedores de medicina tradicional y/o alternativas existentes y evidencias de coordinación con ellos;
- identificación de agentes de salud públicos y privados (proveedores de servicios de salud);
- desarrollo de actividades conjuntas con otras instituciones oficiales, organizaciones no gubernamentales y organizaciones comunales;

- existencia de vías formales para conocer la opinión de los usuarios sobre los servicios que se prestan.

III. Perspectivas para la participación en salud en el país

La Evaluación común del país del Sistema de las Naciones Unidas efectuada en el 2001, identificó dentro de los cuatro desafíos para la sociedad costarricense, el fortalecimiento de la participación ciudadana en la gestión pública. También el Estado de la Nación define como aspiración en desarrollo humano sostenible la participación y rendición de cuentas, visualizando la primera de la siguiente manera: “Las instituciones públicas ofrecen amplias y cada vez más eficaces oportunidades de participación a las y los ciudadanos en la discusión, formulación, ejecución y evaluación de las políticas públicas” (Proyecto Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible, 2003:22)

En salud, como ya se analizó en los capítulos precedentes, durante el proceso anterior y durante la Reforma, ha existido una constante de diversos grados de participación de la población en las acciones promovidas desde las instituciones del sector. Sin embargo es necesario asumir acciones orientadas a enfrentar la insuficiente cultura de participación en el nivel local que acompañe las principales decisiones sobre el devenir de las comunidades, y la débil exigibilidad de rendición de cuentas a quienes les representan en diferentes espacios colectivos.

Avanzar en la discusión sobre las perspectivas de la participación en salud, en un contexto de globalización y avance tecnológico, necesariamente requiere del abordaje de ésta como una función esencial de salud pública

1. La participación en salud en un contexto de cambio y avance tecnológico:

La economía global se articula en función de redes de espacios territoriales urbanos y rurales, y éstos a su vez, dependen cada vez más de la economía global. La forma en que se articulen a ésta les determina en gran medida, el nivel de bienestar de su población. Por otra parte, el acceso a las nuevas tecnologías de información y la competitividad como aumento de la productividad se convierten en elementos fundamentales para esta relación. Se parte de que “la productividad depende, en lo

esencial de tres factores: conectividad, innovación y flexibilidad institucional” Citado por Borja Jordi y Castells Manuel (1997a: 32).

Al mismo tiempo que ocurre esa articulación, estos espacios deben también integrar y estructurar a lo local. Como mencionan Borja y Castells (1997b: 33), “sin un anclaje sólido en los ciudadanos, los gobiernos de las ciudades no tendrán la fuerza necesaria para navegar los circuitos globales. En este sentido, lo local y lo global son complementarios, no antagónicos”.

A la par de los procesos de globalización a escala mundial y de los procesos nacionales, regionales y locales, se desarrollan y transforman los derechos de los espacios territoriales y de los ciudadanos. En este contexto, es necesario considerar, además, que el nuevo modelo económico-tecnológico se caracteriza por su gran dinamismo productivo, pero también por su carácter excluyente de amplios grupos sociales y la generación de personas en condiciones de marginación. Es en lo local donde es posible combinar la actuación integral, la proximidad social y la solidaridad, ante esos procesos de marginación y de exclusión. También es necesario tomar en cuenta que los procesos de modernización conllevan la pérdida de cohesión social por lo que uno de los retos fundamentales de la sociedad es el rescate del espacio público como un lugar de encuentro en el que se debe ejercer la mayor igualdad y descubrir el sentido de pertenencia y encuentro, promoviendo valores de solidaridad y de responsabilidad social.

Esta forma de integración social requiere, entre otros, de mecanismos políticos democráticos, la descentralización administrativa y la participación ciudadana en la gestión municipal. Pero también de mecanismos orientados a asumir el reto de construir una convivencia social con respeto a las diferencias y a la diversidad cultural. En este contexto global-local, permeado por un fuerte avance tecnológico, es preciso establecer estrategias que permitan aprovechar las oportunidades y minimizar los riesgos para avanzar en la participación en salud. Se requiere además, aprovechar el uso de la tecnología para mejorar los procesos de comunicación a la par de la promoción de la equidad en su acceso.

En este contexto, los ciudadanos pueden asumir protagonismo en sus espacios, si reconstruyen, de abajo hacia arriba, una nueva relación que articule lo local y lo global.

Y ¿qué papel se espera juegue el Estado en este medio dinámico y complejo? Es preciso enfatizar que éste adquiere relevancia como garante de las políticas de cohesión

social y de protección de los derechos y de las libertades de todos los ciudadanos, así como promotor de nuevas figuras de participación y de la configuración de derechos sociales.

2. Los retos de la participación social como función esencial de salud pública.

De acuerdo con la última medición de funciones esenciales de salud pública realizada en el país en el 2001 (Funciones esenciales de salud pública 2003: 15), en la correspondiente a participación de los ciudadanos en salud, se define como reto el desarrollo de estrategias, acciones o procesos que fomenten la participación y el “monitoreo” y evaluación de las acciones en las instancias formales de participación ciudadana. Se necesita de mecanismos formales y sostenidos de consulta ciudadana y el apoyo de la autoridad sanitaria a los niveles sub- nacionales. Es necesario avanzar con respecto al empoderamiento de la ciudadanía en su participación en el proceso salud-enfermedad para que trascienda el enfoque de servicio y avance hacia una participación efectiva en todo el proceso de planificación en salud. Además es importante ubicar en el contexto del acontecer nacional, otros espacios de participación ciudadana que tengan incidencia en el campo de la salud y que deben ser aprovechados para los fines que se consideren oportunos.

3. Impulso de espacios de participación en salud: consideración de sus limitaciones y alcances positivos

Dentro de los principales desafíos para el siglo XXI está el de mantener algunos de los espacios consolidados, mejorar su calidad, así como el generar innovaciones orientadas a enriquecer y profundizar la participación. Espacios como: trabajo institución- comunidad promovido bajo las normas internas de las instituciones de salud, trabajo conjunto instituciones de salud- actores sociales comunales promovido desde las instituciones de salud, producción social de la salud desde las organizaciones de la comunidad y los/as ciudadanos/as, desarrollo de redes, participación del sector salud en la gestión local como una forma de generar salud.

Se parte de que dentro de estos espacios se debe promover la participación en el ámbito socio-político que según Molina M. (2002:29), “tiene que ver con el proceso

decisorio, de la vigilancia del cumplimiento, de la exigibilidad de derechos y de la rendición de cuentas” y que “puede ser comprendida como: comunitaria, social y ciudadana”(ver conceptos en anexo No.2). Se parte también, de que al interior de estos espacios es necesario profundizar en la discusión y asumir medidas, acerca de la equidad de género, de manera que haya “un balance justo en la distribución por sexo de las responsabilidades de trabajo, de los beneficios del desarrollo y del poder de decisión dentro de los procesos de participación en salud” (Gómez:2001; 4), así como “el reconocimiento de las contribuciones –remuneradas o no- de mujeres y hombres a la producción social de la salud” (Gómez:2001; 13).

3.1 Trabajo institución- comunidad, promovida bajo la normativa de las instituciones de salud: las organizaciones como Comités de salud, grupos específicos, voluntarias/os, Juntas de Salud, que surgen promovidos por mecanismos institucionales que consideran la participación de la comunidad pero bajo principios, normas y procedimientos institucionales, muestran una tendencia a mantenerse dentro de nuestro medio, como una forma reconocida y legitimada de participación. Las Juntas de Salud, por ejemplo, constituyen entes auxiliares que de acuerdo con la Ley de Desconcentración de Clínicas y Hospitales de la C.C.S.S., coadyuvan a mejorar las condiciones de salud de la población, al hacerla partícipe de la construcción, fiscalización y definición de prioridades de la institución (SUGESS: 2002).

A futuro es necesario considerar que ésta es una forma de participación con importantes beneficios pero que tiene limitaciones relevantes para lograr un cometido protagónico de la comunidad. Específicamente porque la voz de la comunidad tiene un límite, aquél que le establezca la institución y los funcionarios que la representan. Es decir, es necesario tener conciencia clara de que si se mantiene este mecanismo, es bajo el reconocimiento tácito de sus limitaciones; no se puede esperar amplia participación donde no están dadas las condiciones para que se produzca y la institucionalización es una limitante. Pero, además, se requiere de un apoyo institucional establecido como política institucional y con los mecanismos pertinentes para hacerlo efectivo, de tal manera que se contribuya al cumplimiento de los objetivos y metas que esperan cumplir estas organizaciones.

Por otra parte, cuando la institución promueve la constitución de organizaciones de niños/as, adolescentes, mujeres, personas adultas mayores, entre otros, desde los servicios de salud, es preciso considerar las características que marcan las nuevas

tendencias de participación, pues ya no son las grandes organizaciones con estructuras rígidas, con dirigencias inamovibles, con programas pre-establecidos, los que atraen a los grupos (Pérez: 2003). Las nuevas generaciones por ejemplo, muestran mayor interés por lo cercano, lo cotidiano, lo específico, lo que afecta al barrio, al distrito, al cantón, a la comunidad, o hasta lo referido a sus asuntos afectivos.

3.2 Participación de la comunidad en mecanismos establecidos institucionalmente para canalizar inquietudes de usuarios de servicios.

Las Contralorías de Servicios surgen en el país en forma reciente como mecanismos de control y participación, con el fin de avanzar hacia servicios públicos orientados a servir a los ciudadanos y como un instrumento de participación del usuario, que le permita ejercer sus derechos a una atención oportuna y de calidad, involucrándose en el quehacer institucional y en la fiscalización de la calidad de los servicios recibidos.

Las actuales contralorías de servicios en salud, constituyen un esfuerzo importante del país en materia de fiscalización y vigilancia de la prestación de servicios, sin embargo, existe el desafío de revisar su asidero legal porque no tiene carácter vinculante, es decir no permiten a la ciudadanía ejercer la acción requerida para actuar sobre el origen de los problemas. (El Heraldó, 2004: 4y5). Se requieren además, medidas correctivas en relación con: el tiempo utilizado para resolver los problemas, la capacitación del recurso humano que las tiene a cargo así como la evaluación y seguimiento de su desempeño, respaldo de las autoridades superiores, sistema de control, estructura organizacional y funcional administrativa, entre otros. (El Heraldó: op.cit. y Esquivel: 2003).

3.3 Trabajo conjunto instituciones-actores sociales, promovido desde las instituciones de salud:

en esta modalidad las instituciones son las que convocan a los diversos actores para que se involucren en la formulación, ejecución y seguimiento de planes, programas y proyectos, lo que ya tiene un matiz institucional que no es posible

obviar. Los mecanismos internos de negociación y la concertación, las metodologías de abordaje de los problemas, son las que pueden introducir la variante de convocar, invitar y lograr la mayor participación de estos actores, tratando de que los procesos respondan a la realidad local y que sean estos mismos actores, quienes orienten su quehacer hacia la producción social de la salud.

El Ministerio de Salud como ente rector puede propiciar la participación de los diversos actores garantizando la intervención de las instituciones de salud y mediante la planificación estratégica local en salud, con participación de los diferentes grupos y líderes de la comunidad, así como de los diversos sectores. La CCSS desde sus Áreas de Salud, El ICAA con sus comités locales de acueductos, entre otros, deben propiciar con mayor amplitud la participación en procesos de construcción de la salud. En general, el proceso participativo debe abrirse cada vez más hacia organizaciones de tipo recreativo, deportivo, ambientalista y socio-cultural, hacia organizaciones no gubernamentales y empresa privada.

Un elemento importante a considerar en este espacio, es la generación de mecanismos institucionales que promuevan, junto con la participación, los enfoques de derechos, género sensitivo y el multi- generacional, así como la equidad y la inclusión social.

3.4 El gobierno local, la gestión local y la producción social de la salud:

La construcción de una sociedad en esencia democrática, supone ahondar en las posibilidades de ejercer el poder representativo, pero también de abrir la participación local. Esto alude a dar prioridad a la descentralización y al fortalecimiento de las Municipalidades.

Propuestas recientes en el país, como el Código Municipal, otorgan competencias a las Municipalidades orientadas a su fortalecimiento. Dentro de ellas se señala que le compete “convocar al municipio a consultas populares”, “fomentar la participación activa, consciente y democrática del pueblo en las decisiones del gobierno local”(Asamblea Legislativa:1998) Para hacerlo efectivo, en el ámbito municipal se requiere hacer un cambio en las relaciones entre autoridades y población que permita abrir y mantener espacios democráticos en los procesos de toma de decisiones y de gestión social; debe potenciarse la identidad e integración social y la implementación de mecanismos y prácticas democráticas.

El Sector Salud debe estar presente, junto con los gobiernos locales, en aquellos esfuerzos orientados a dinamizar la base productiva sobre todo en grupos de población que por las formas de organización social rígidas y excluyentes, han disminuido sus capacidades productivas, como es el caso de las mujeres y de los jóvenes. Asimismo debe tener como base el fortalecimiento y potenciación del sentido colectivo, que dé pauta para dinamizar la estructura económico-social del ámbito local en sus dimensiones más concretas de asociación como son el barrio, los grupos sociales, los sectores sociales, los géneros, entre otros.

Este proceso debe estar estrechamente vinculado a los diversos esfuerzos de país, en el sentido de provocar el desarrollo local y desde lo local. Cuando se trabaja en planes estratégicos locales en salud, estos planes deben responder o estar incorporados en los planes locales de desarrollo local y responder a las políticas locales cuando éstas existan.

Una de las vías a desarrollar en el país, establecidas en el Código Municipal es la constitución de Concejos de Distrito, como entes mediadores entre las demandas de la ciudadanía y el Concejo Municipal quien debe tomar decisiones políticas y presupuestarias. Estos Concejos tienen entre sus funciones (Molina M. 2002:30): “fomentar la participación activa, consciente y democrática de los vecinos en las decisiones de sus distritos”, “servir de órganos coordinadores entre actividades distritales que se ejecuten entre las instituciones estatales, las empresas, las municipalidades y las respectivas comunidades”.

El gobierno local está llamado a promover el desarrollo de los Concejos de Distrito, ya que éstos requieren de conocimientos, herramientas e instrumentos, para hacer efectivas sus funciones, desarrollar liderazgo e involucrar a la comunidad como actor socio político. Las organizaciones de base comunitaria vinculadas con salud pueden derivar ventajas si están articuladas a estos Concejos, mediante la coestión de proyectos y a la vez ejerciendo el derecho a la rendición de cuentas como fiscalizadores ciudadanos.

Todo parece indicar que para que estos esfuerzos sean efectivos se requiere que las organizaciones de la comunidad exijan el derecho a participar en la gestión local, trasciendan de un papel consultivo a uno más protagónico, sean convocadas para el planeamiento, la corresponsabilidad en la ejecución y transparencia de las acciones, la vigilancia y la evaluación, sin distinción por color político. Pero también, que se convoque a la representación equitativa de género y con personas que representen a los diferentes grupos sociales.

3.5 Producción social de la salud desde las organizaciones de la comunidad y los/as

ciudadanos/as: Asociaciones de Desarrollo Comunal, Comités de Deportes, grupos femeninos y juveniles, microempresas, entre otras, constituyen organizaciones comunales que mediante sus acciones actúan sobre los determinantes de la salud. Por su origen, se parte de que es la participación más cercana a las necesidades y características de la población, donde desde su propia perspectiva de salud las organizaciones de la sociedad civil generan acciones pro-salud. Dentro del marco de respeto a la diversidad, la diferencia, la necesidad, la comunidad puede generar procesos autóctonos, surgidos a partir de sus propias características y de acuerdo con sus intereses, conflictos y sus posibilidades de participación.

Las instituciones de salud deben valorar al menos dos opciones de trabajo con estas organizaciones para alimentar la participación social: una, fomentar la creación de organizaciones propias de la comunidad, propias de la sociedad civil, que representen diversos intereses, diversos enfoques, legítimos intereses de grupos específicos; otra, apoyar y trabajar a la par de las múltiples organizaciones existentes, respetando su especificidad y forma de organización, al igual que lo hace con organizaciones no gubernamentales. La unión de intereses y de recursos materiales, técnicos y tecnológicos, en la mayor diversidad, es la fuente del enriquecimiento de la salud.

Las diversas organizaciones podrían aportar en forma efectiva y útil a la salud desde diferentes frentes:

- Desarrollo de proyectos comunales que actúen sobre los determinantes de la salud;
- vigilancia y fiscalización de la atención primaria en salud en los diferentes niveles de atención en salud;
- educación en prevención de enfermedades;
- desarrollo de redes de organizaciones que trabajan por la salud;

- impulso de la promoción de la salud;

3.6 Desarrollo de redes sociales:

“Una red puede ser definida como un sistema abierto conformado por distintas organizaciones y/ o comunidades que intercambian dinámicamente información, bienes

y servicios, productos y recursos para la ejecución de acciones coordinadas y potencializadoras de las capacidades que cada uno de ellos posee, para aumentar así las posibilidades de incidir sobre la realidad que quieran afectar” (OPS/FNUAP, 1997;32)

Desde la concepción de construcción social de la salud, la gestión en red resulta indispensable en la actualidad dado que existe una diversidad de actores sociales que requieren ser involucrados, a su vez se debe reconocer que los recursos son finitos, por lo que se requieren nuevas formas de gestión más eficientes y efectivas que permitan optimizar los recursos.

El funcionamiento de las redes en salud debe configurarse a través de la constitución y fortalecimiento de redes de información, cooperación, comunicación y de acción, en los ámbitos local, nacional e incluso internacional.

La participación en redes constituye para los niveles locales una estrategia de inserción en un medio complejo y cambiante y una estrategia de mejora de la competitividad, especialmente en el marco de un sistema global que tiende a funcionar como red. Le permite a sus miembros insertarse en un sistema de relaciones superior, con acceso a grandes volúmenes de información, se consolidan como mecanismo de desarrollo de acciones colectivas y de promoción de la salud, permiten el desarrollo o desenvolvimiento de las condiciones de liderazgo de la comunidad, y, a la vez, sirven de estímulo para el desarrollo interno de sus miembros. El principal reto para el sector salud está en promover estas redes para abordar problemas prioritarios específicos, implementar mecanismos que contrarresten las debilidades que se presentan en su desarrollo, así como apoyar las redes existentes y derivar lecciones aprendidas de aquellas que han resultado exitosas.

La Ley de Partidas Específicas de 1998 también abre la posibilidad para que las organizaciones comunitarias se articulen en redes sociales y presenten proyectos ante los Concejos de Distrito, quienes los someterán a consideración del Concejo de Distrito Ampliado y éste al Concejo Municipal.

Alguno de los objetivos que pueden plantearse al conformar redes de acción pueden ser³:

- Involucrar a los distintos actores sociales y comunitarios frente al tema de salud para que se constituyan en actores activos y protagónicos.
- Incrementar la sensibilidad individual y colectiva ante la problemática de salud

³ Organización Panamericana de la Salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Serie Género y Salud Pública. San José, Costa Rica

- Crear instancias colectivas de intervención para el aprovechamiento de los recursos existentes a nivel comunitario.
- Generar instancias de comunicación, diálogo, coordinación de los distintos sectores y actores involucrados en los problemas de salud con el fin de hacer más eficiente la respuesta al problema.

En conclusión...

El país ha hecho avances importantes en el fomento y el reconocimiento de la participación como un eje transversal de la producción social de la salud. Los principales desafíos de la participación en la atención primaria tienen que ver con profundizarla y hacerla avanzar conceptual y metodológicamente en sus diferentes formas: participación comunitaria, participación social y participación democrática, a la par de la evolución hacia el paradigma holístico que concibe la salud como resultado de las condiciones de vida; en el marco de una política de Estado.

Se trata de aprovechar el nivel organizativo logrado en el país y las condiciones políticas para profundizar la democracia. Esto implica para el sector salud avanzar en la capacidad para la conciliación, el diálogo, la concertación, el cabildeo, el reconocimiento de errores, el respeto a la diversidad, la integración de los enfoques de derechos, género y multi- generacional en su quehacer, la rendición de cuentas, la integración de acciones con procesos locales de desarrollo, entre otros. También implica compartir con la comunidad las bases del paradigma holístico, sus implicaciones sociales y el papel individual y colectivo esperado, así como herramientas básicas que les permita mejorar la calidad de su participación cuando se requiera y ejercer sus deberes y derechos. En general, conlleva el desarrollo de los indicadores y estándares básicos definidos para la participación de los ciudadanos en salud como función esencial de salud pública.

La investigación, la sistematización y la divulgación de experiencias, con amplio aprovechamiento de la tecnología, deben convertirse en aliados imprescindibles para acompañar el proceso.

BIBLIOGRAFÍA

Ayala Norma, et al. (1998). Hacia un nuevo Modelo de Atención Integral de Salud CCSS. San José, Costa Rica.

Barrientos (2002) La Participación Comunal y la Gestión Local de la Salud: el caso del Área de Salud de Miramar de Montes de Oro, Provincia de Puntarenas, en el 2000. Universidad Estatal a Distancia – UNED Sistema de Estudios de Posgrado Maestría en Administración de Servicios de Salud Sostenible - MASSS

Borja, Jordi y Castells, Manuel. (1997) “Local y global La gestión de las ciudades en la era de la información”. Grupo Santillana de Ediciones, S.A. Madrid.

Breilh, Jaime. (1995) Nuevos conceptos y técnicas de investigación. Guía pedagógica para un taller de metodología. Segunda Edición Centro de Estudios y Asesoría en Salud.

Caja Costarricense de Seguro Social (2004) Evaluación de compromisos de gestión años 2000.2001 y 2002. En <http://www.ccss.sa.cr>

Caja Costarricense de Seguro Social (2002) Módulo socio-educativo de participación social. Gerencia de División Médica, Sección de Trabajo Social, Comisión Institucional de Participación Social.

Caja Costarricense de Seguro Social. (2003) Padrón Nacional de organizaciones que trabajan en pro de la salud. Gerencia Médica, Oficina de Desconcentración y Juntas de Salud, Comisión Institucional de Participación Social, Sección de Trabajo Social.

Costa Rica, Asamblea Legislativa. (1998) Código Municipal, concordado y guía práctica para su aplicación. Moisés Solano M. 6edic. San José.

Costa Rica, Ministerio de Salud. (2003) Política Nacional de Salud 2002-2006.

Esquivel Garita, Frans. (2004) Análisis administrativo, Sistema de Contralorías de Servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social. Universidad Estatal a Distancia Sistema de Estudios de Posgrado. Maestría en Administración de Servicios de Salud Sostenibles.

Galeana de la O, Silvia y Sainz Villanueva, José Luis. (2003) “Estrategias para fortalecer la participación social en proyectos de desarrollo local”. Revista de Trabajo Social. Escuela Nacional de Trabajo Social México.

Gómez Gómez, Elsa. (2001) Equidad, género y salud: retos para la acción. Organización Panamericana de la Salud. Adaptación de la presentación del mismo nombre hecha por la autora en el Seminario Género y Cuentas Nacionales de Salud, O.P.S. Santiago de Chile.

Guzmán Ana y otros. (1996) Módulo II de Atención Integral. San José. Costa Rica CCSS- UCR.

Ministerio de Salud Costa Rica. (2004). Informe de resultados de la evaluación del primer nivel de atención en salud. Unidad de Evaluación, Dirección de Servicios de Salud.

Ministerio de Salud Costa Rica -O.P.S. (2004). Mapa de actoras y actores en la reforma del Sector salud en Costa Rica. Documento de trabajo. Dirección Desarrollo de la Salud.

Molina M., María Lorena. (2002) Gestión local, municipalidades y participación ciudadana. Revista Costarricense de Trabajo Social No.14.

Pérez Islas, José Antonio. (2003) Mitos y realidades sobre la participación juvenil. Revista Trabajo Social. Escuela Nacional de Trabajo Social. México.

Proyecto Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. (2001) Informe de la auditoría ciudadana sobre la calidad de la democracia en Costa Rica. Primera edición, San José, Costa Rica.

Proyecto Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. (2003) Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible: Resumen noveno informe 2002.

Ruiz Rojas, Ana Isabel. (2002) “Democracia local, participación en salud y Trabajo Social. Revista Costarricense de Trabajo Social No.14

Superintendencia General de Servicios de Salud -SUGESS-. (2003) Encuesta de Expectativas Juntas de salud 2002. Resumen ejecutivo. Dirección de divulgación, seguimiento y mejoramiento de la calidad.

UNICEF. (2004). Revisión de medio período Programa de Cooperación UNICEF-Gobierno de Costa Rica 2002-2006. Documento de presentación realizada por la Dra. Rocío Sáenz Madrigal, Ministra de Salud en Agenda MTR.

Uribe Gómez, Mónica María. (2003) “El observatorio de juventud para Medellín: una estrategia que puede contribuir al reconocimiento y la inclusión”. Revista Trabajo Social. Escuela Nacional de Trabajo Social. México.

ANEXO 1

Cuadro 1: Distribución de organizaciones sociales que trabajan en pro de la salud

<i>Hospitales y regiones</i>	<i>No. de organizaciones</i>
Hospitales desconcentrados (8)	151
Clínicas Área Metropolitana	139
Región Huetar Norte	232
Región Huetar Atlántica	372
Región Brunca	181
Región Pacífico Central	196
Región Chorotega	234
Región Central Norte	434
Región Central Sur	459
TOTAL	2398

Fuente: elaborado con base en información del Padrón nacional de organizaciones que trabajan en pro de la salud. Caja Costarricense de Seguros Social: Gerencia Médica, Oficina de Desconcentración y Juntas de salud, Comisión Institucional de Participación Social. Sección de trabajo Social; 2003.

ANEXO 2

Participación comunitaria	Participación social	Participación ciudadana
Se refiere a si las personas, las familias y/o la comunidad desarrollan acciones referidas al bienestar individual y colectivo.	Implica un proceso de involucramiento de más actores, a saber, las organizaciones de base comunitaria, las organizaciones públicas gubernamentales y no gubernamentales, que se interrelacionan para identificar problemáticas y buscar soluciones y que le dan soporte a un tejido de relaciones de cooperación.	Refiere a la interrelación de sujetos o personas organizadas colectivamente y que se vinculan con el Estado para hacer valer sus derechos e influir en la construcción de las políticas, su ejecución y evaluación. Permite a las personas reconocerse como actores que comparten una situación determinada, expectativas e intereses y que buscan expresarlos en una acción colectiva. La participación apunta al ámbito donde se encuentra lo público con lo privado y a los vínculos que los (as)ciudadanos (as) puedan establecer para expresarse demandas e incidir sobre lo público. Esta es la participación ciudadana que incorpora la noción de derechos que se orienta al Estado y que incide en los temas de orden público es decir que apunta a la posibilidad de influir en espacio de toma de decisiones⁴.

Fuente: Molina M., María Lorena. (2002) Gestión local, municipalidades y participación ciudadana. Revista Costarricense de Trabajo Social No.14. (original en texto continuo) y Chávez Jiménez, Rocío (ver nota al pie).

⁴ Chávez Jiménez Rocío. Políticas Públicas, Igualdad de Oportunidades y la Participación Social y la Política de las Mujeres. SERMAN. Chile. 1999