

CONFERENCIA MUNDIAL SOBRE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD
RIO DE JANEIRO, BRASIL, OCTUBRE 2011

**ESTRATEGIAS Y METODOLOGIAS PARA PROMOVER LA PARTICIPACION SOCIAL
EN LA DEFINICION E IMPLANTACION DE POLITICAS PUBLICAS DE COMBATE A
LAS INEQUIDADES EN SALUD**

DOCUMENTO PREPARADO POR

BERNARDO KLIKSBERG
PROFESOR HONORARIO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

INDICE

- I. INTRODUCCION
- II. ACERCA DE OPORTUNIDADES E INEQUIDADES
- III. ENCARANDO LAS INEQUIDADES
- IV. POTENCIALIDADES DE LA PARTICIPACION
- V. EXPERIENCIAS Y OBSTACULOS EN LA PARTICIPACION EN SALUD PUBLICA
- VI. RECOMENDACIONES SOBRE ESTRATEGIAS Y METODOLOGÍAS PARA PROMOVER LA PARTICIPACIÓN EN SALUD PUBLICA
- VII. UNA OBSERVACION FINAL

I. INTRODUCCION

La Comisión Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud creada por la Organización Mundial de la Salud significó un salto paradigmático en términos de salud Pública. Oficializó la ampliación sustancial de la agenda tradicional de comprensión, y acción en la materia, al incorporar a ella temas ajenos en principio al sector salud, pero de gran impacto en los resultados finales.

Entre las consecuencias conceptuales y prácticas de este salto paradigmático están las que destaca Mirta Roses Periago Directora de la Organización Panamericana de la Salud (2010):

“La salud tiene que estar en todas las políticas públicas, incluso en las de infraestructura o seguridad porque las causas externas como violencia o accidentes tienen gran impacto en la salud. Es importante tanto el estado de bienestar que define la salud, como los determinantes: agua potable, nutrición, educación, vivienda, empleo, seguridad pública. Si tiene todo eso, un 70% de su salud está bien”.

Para trabajar por mejorar las gruesas inequidades que hoy se presentan en los determinantes se hace necesario formular políticas públicas de nuevo cuño, en donde lo primero sea efectivamente la gente, pero al mismo tiempo concitar el apoyo resuelto de la sociedad civil.

Como resalta Birch (OMS, 2010) hay ejemplos muy elocuentes de como la sociedad civil puede presionar por cambios como las protestas contra la privatización del agua en Guatemala, o la participación en la Campaña “Nueve para mi” en Nueva Delhi, que llamaba a invertir el 9% del Producto Interno Bruto de la India en Salud y Educación.

Esa participación y presión pueden ser decisivas. Roses (2010) pone a foco algunas de sus virtudes: “lleva a que el tema tenga gran visibilidad política y mediática... Sin ese valor y sin esa vigilancia de la población no se van a cumplir las metas para el 2015”.

La participación no llueve, hay que promoverla activamente. Puede ser manipulada, desnaturalizada, convertirse e instrumentos de intereses corporativos, o puede ser una estrategia maestra para lograr hacer avanzar la equidad en salud.

Subraya Pellegrini (2002): “La promoción del empoderamiento y el fortalecimiento del capital social vienen siendo consideradas como estrategias fundamentales para superar las desigualdades y la pobreza y, en consecuencia mejorar la situación de salud, particularmente de los pobres y excluidos”.

Este documento se propone aportar al debate tan necesario sobre la participación social en salud en diversos momentos de análisis.

En primer lugar se presenta el contexto internacional marcado por profundas inequidades. En segundo lugar se reflexiona sobre cómo se pueden enfrentar las desigualdades en salud, y el rol que puede jugar en ello la participación.

En un tercer momento se identifican los potenciales de la participación. En el cuarto se indagan resistencias y obstáculos que surgen de su práctica, y que se hallan detrás de la amplia brecha entre el discurso y las realidades.

Por último en base a todos los desarrollos anteriores, se proponen recomendaciones estratégicas y metodologías para fortalecer la participación.

En todos los casos por las limitaciones fijadas a este trabajo, se analizan los temas a nivel exploratorio. El objetivo central es enriquecer la agenda usual de tratamiento del tema, y aportar a fecundar el debate colectivo.

II. ACERCA DE OPORTUNIDADES E INEQUIDADES

Las revoluciones científico-tecnológicas han ampliado totalmente las oportunidades para el género humano. Las rupturas epistemológicas, los cambios paradigmáticos, los progresos simultáneos en áreas múltiples como entre otras genética, la biología molecular, la biotecnología, la nanotecnología, las comunicaciones, la informática, la robótica, las ciencias de los materiales, la microelectrónica, han posibilitado incrementar decisivamente la capacidad de producir bienes y servicios, y poner al alcance una extensión considerable de la esperanza de vida.

Sin embargo, los beneficios de estos tan positivos desarrollos llegan solo a algunos sectores del planeta. Así la distancia en la esperanza de vida entre los países ricos, y los países pobres, supera los 40 años. Con avances de gran significación en campos como la vacunación, la extensión de los enfermos de SIDA que reciben terapia anti-retroviral, la reducción de las muertes por malaria, el descenso de la tuberculosis y otros, el estado de la salud pública no admite triunfalismos. Hay un largo camino a recorrer.

Algunas de las metas principales del milenio en salud están en riesgo. El objetivo de reducir en dos tercios el número de niños que mueren antes de los cinco años de edad, difícilmente se alcance.

Significa bajar la tasa del 10% a 3%. En el 2010 la tasa había mejorado pero estaba en 7.2%. Morían anualmente 8.1 millones de niños, avance importante, pero distante de la meta.

Otra meta del milenio planteó reducir en tres cuartos para el 2015 la mortalidad materna. Bajarla de 480 muertes de madres cada 100.000 nacidos vivos, a 120. Ha habido progresos importantes pero se está a distancia.

En el 2010 la OMS en su informe “Trends in maternal mortality: 1990 to 2008” estimaba que la tasa de reducción en mortalidad materna era del 2.3% anual a distancia del 5.5% necesario para cumplir las metas. Perecieron en el 2010, 350.000 madres durante el embarazo o el parto. El 98% en países en desarrollo.

Las dificultades para alcanzar estas metas son otra ilustración de que la salud, no depende solamente de la eficiencia de los sistemas de salud. La salud en general, y la esperanza de vida son un producto final, de una serie de determinantes sociales.

Como lo resalta Margaret Chan, la Directora de la OMS, (2010) es necesario “modelar los factores sociales y políticos que se han convertido en los determinantes últimos de la salud”.

Entre ellos se hallan, los niveles de pobreza, el desempleo, la educación, el acceso a alimentos, a agua potable e instalaciones sanitarias, la vivienda, el acceso a información, los grados de protección social, la inversión social, la inversión en salud pública y la vulnerabilidad frente al cambio climático.

En el mundo actual hay recursos muy importantes para afrontar las carencias en todos estos planos, y otros, pero al mismo tiempo es un mundo donde se están disparando las desigualdades.

Chan (2010) destaca para el campo de la salud que: “a pesar de todos los progresos las brechas en ingresos, oportunidades, y resultados de salud mundiales son actualmente las mayores que en ningún tiempo de la historia reciente”.

Las cifras indican desniveles enormes en determinantes sociales de la salud básicos, entre diversos estratos del planeta.

En un mundo que puede alimentar perfectamente a toda su población más de 1000 millones, sufren hambre.

El aumento del precio de los alimentos, 35.4% según el índice de la FAO entre junio 2010-Enero 2011, agravó el problema.

El Relator de la ONU para el derecho a la alimentación Olivier Schutter (2011) plantea “producimos suficiente para alimentar el mundo, si los mercados funcionasen bien y la gente tuviera la capacidad adquisitiva para comprar los alimentos disponibles no habría hambre”. Concluye: “El hambre es un problema político, de justicia social, no técnico de producción”.

1400 millones de personas carecen de electricidad. El total de energía eléctrica que consumen los 800 millones que viven en el Sub-Sahara, es el mismo que utilizan los 19 millones de personas que residen en el Estado de New York.

Se estima que por carecer de energía, 2700 millones de personas cocinan de modo semiprimitivo, contaminándose, y contaminando sus entornos.

1.200 millones de personas no tienen acceso a agua potable, 1.900.000 personas mueren anualmente por falta de ella. Los niños que deben ir a buscar agua pierden 443 millones de días escolares por ello. 2.600 millones de personas no cuentan con un inodoro y sistemas de saneamiento.

Diversos efectos del cambio climático, como el calentamiento global, (9 de los últimos 10 años fueron los más calientes desde 1880 cuando se empezó a medir la temperatura del globo) y el aumento de las lluvias han creado condiciones propicias al aumento del dengue, el cólera, la fiebre amarilla, y los hantavirus entre otras enfermedades.

Crece las muertes causadas por sus impactos, y los “refugiados climáticos” ya se estiman en 50 millones. Los niveles de vulnerabilidad son totalmente diferentes entre los habitantes de centros urbanos de países ricos, y los de países pobres. Por cada persona afectada en un país rico, hay 80 en los países pobres.

Todas estas brechas en determinantes sociales de la salud, están fuertemente incididas por la disparada general de las desigualdades que caracteriza este tiempo histórico, que fue agudizada por la crisis económica mundial iniciada en Wall Street en el 2008.

El 1% de la población mundial tiene actualmente el 43% de los activos del mundo. Si se toma el 10% más rico, posee el 83% de los activos. Del otro lado, el 50% de ingresos más bajos, tiene solo el 2% de los activos.

La distribución de los ingresos ha empeorado incluso en los países líderes de la economía mundial. En Estados Unidos el coeficiente de Gini se elevó de 0.34 en los 80 a 0.38 a mediados de los 2000. En Alemania de 0.26 a 0.30, y en China de 0.28 a 0.40.

América Latina a pesar de progresos en algunos países, como Brasil y Argentina, sigue siendo la región con el peor Gini. Mientras que la brecha entre el 10% más rico y el 10% más pobre es en Noruega de 6.1 veces y en España de 10.3, en América Latina supera las 30 veces. En el 2009 era en Colombia de 60.4 y en Honduras de 59.4.

El avance de las desigualdades ha sido agudo en la primera economía del mundo, la americana. Según el New York Times el 1% más rico tenía en 1979, el 9% del ingreso nacional. En el 2007, era el 23.5%. De acuerdo a Economic Policy Institute, el 1% más rico tenía 10 veces más que el 90% en 1980, en el 2006 era 20 veces más.

El 0.1% más rico pasó en ese período de 20 veces más que el 90% en 1980, a 80 veces más en el 2006.

Los efectos regresivos de las desigualdades son múltiples. En una obra reciente Wilkinson y Pickett “El nivel del espíritu: porque la igualdad es beneficiosa para todos” (2010), comprueban que la mayor desigualdad es causante de más criminalidad, mayor mortalidad infantil, más obesidad, más embarazo adolescente, mayor discriminación de género y menor esperanza de vida.

Birdsall y Londono (1997) han demostrado que en el caso de América Latina el crecimiento entre inicios de los 70 y mediados de los 90, bajo las políticas aplicadas por las dictaduras militares, y los modelos ortodoxos, fue responsable del 50% del aumento de la pobreza.

En Estados Unidos Levine y Dijk (2010) verificaron que las desigualdades atentan contra la familia. Aumentan la tasa de divorcios, y llevan a que las familias se muden a áreas más lejanas de sus trabajos para bajar costos, lo que eleva las horas invertidas en viajar, y reduce las dedicables a la familia.

Un prominente economista Robert Frank (Cornell University, 2010) señala: “No hay evidencia que las mayores desigualdades mejoren el crecimiento o la vida de nadie. Si, los ricos pueden comprar ahora mansiones más grandes, y hacer fiestas más costosas. Pero ello no parece hacerlos más felices”. Destaca que entre otros daños “en nuestra economía un efecto de las desigualdades ha sido robar a los graduados más talentosos hacia el campo de las finanzas en Wall Street”.

Las altas desigualdades atentan contra el crecimiento, sustentabilidad, y la inclusión. Generan “trampas de pobreza”, reducen los mercados internos, bajan la capacidad nacional de ahorro, promueven diferencias sustanciales en la cobertura y la calidad de la educación, degradan la cohesión social, promueven la criminalidad.

Contribuyen asimismo sustancialmente a las inequidades en salud. Golpean duramente los determinantes de la salud creando “destinos de salud” diferenciados. Lo hacen en forma directa a través de su impacto sobre los determinantes básicos como los alimentos, el agua, la sanidad, la electricidad, la vulnerabilidad climática, el acceso al trabajo, a la educación, y la información, y otros.

Crean un mundo en donde como lo describió la Comisión sobre determinantes de la salud de la OMS (2008):

“La esperanza de una vida de una niña que nazca hoy puede ser de 80 años si nace en determinados países, o de 45 años si nace en otros”.

¿Cómo pueden enfrentarse las inequidades en salud?. ¿Qué rol puede jugar la participación ciudadana en general, y la participación en salud en ello?

III. ENCARANDO LAS INEQUIDADES

El enfoque de determinantes sociales de la salud permite razonar la producción de salud o de enfermedad como un tema complejo y amplio en el que múltiples factores externos a los sistemas de atención generan en estrecha interacción un resultado final.

Las condiciones económicas, educativas, medioambientales, culturales, políticas, y otras inciden en las biología individuales, y llevan a consecuencias en términos de salud.

Ello es lo que hace posible que se puedan observar desniveles extremos en una misma ciudad, como los siguientes:

- En el área de Calton, en la ciudad de Glasgow, Escocia, la esperanza de vida es de 54 años. En cambio en el área cercana de Lenzie, East Dunbartshire, es de 82 años (Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, OMS, 2008).
- En el barrio marginal de Embakasi en Nairobi, mueren antes de cumplir 5 años de edad, 254 de cada mil niños. En toda la ciudad de Nairobi el promedio es de 62 (Centro de Desarrollo de la Salud, OMS, 2008).
- En el Municipio de San Pedro Garza Garcia, en la Ciudad de Monterrey en México la mortalidad infantil era en el 2010 de 18.4. En esa misma ciudad en tres municipios la duplicaba, General Zaragoza, 37.9, Mier y Noriega 37.5, y Rayones 36 (Rodríguez Ramirez, TEC, 2011).

La salud no está determinada mecánicamente por factores como el ingreso personal como lo hace notar Amartya Sen (2010):

“Por ejemplo el ambiente epidemiológico en el que vive una persona puede tener un significativo impacto sobre la morbilidad y la mortalidad. El acceso a los servicios de salud y la naturaleza del seguro médico tanto público como privado, son algunas de las influencias más importantes sobre la vida y la muerte. Igual ocurre con los otros servicios sociales incluyendo la educación básica y el orden y disciplina de la vida urbana al igual que el acceso al conocimiento médico moderno”.

Sen concluye: “Lo que se discute no es la irrelevancia de variables económicas como los ingresos personales (que no son ciertamente irrelevantes) sino su grave inconveniencia para captar muchas de las influencias causales sobre la calidad de vida y las posibilidades de supervivencia de las personas”.

Muchas de esas “influencias causales”, están fuertemente incididas por factores como en primer término la política pública, a la que se suman el capital social, el grado de responsabilidad social de las empresas, y los niveles de participación ciudadana.

La consecuencia del enfoque de determinantes sociales, probado de continuo por la evidencia empírica, es que las políticas de salud deberían tener un foco importante en los mismos. Ello tiene implicancias prácticas de la más alta relevancia.

Lo subraya con precisión la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2008):

“El enfoque propone enfocarse en acciones de salud orientadas a incrementar las capacidades del Estado al nivel nacional, y local, empoderar a la población dándole voz y rol en la preparación de las políticas públicas, y cultivar un enfoque intersectorial de consenso y acciones sinérgicas, entre los gobiernos, el sector privado, y la sociedad civil”.

La política pública tiene una voz fundamental en fortalecer determinantes sociales pro salud, o permitir que operen activamente los creadores de riesgos severos en salud.

Sen formula en su orientador trabajo sobre la mortalidad como indicador económico clave, una hipótesis muy ilustrativa.

Analiza las tasas de mortalidad por décadas en Inglaterra entre 1901 y 1960. Los momentos en que más bajaron fue en las décadas en las que se dieron la primera y la segunda guerra mundial.

Muestra que la explicación de este sorprendente resultado está en políticas públicas muy activas derivadas del mismo esfuerzo bélico. Entre ellas, el mejoramiento de la prestación pública de servicios de salud y alimentación en esas décadas. Se redujo el consumo de alimentos per cápita pero aumentó el acceso a ellos porque se compartieron más equitativamente, a través de la intervención estatal, bajando la desnutrición.

Por otra parte se estableció en Inglaterra en la década 1941-51 el Servicio Nacional de Salud.

A similares conclusiones llegan otras investigaciones. Así Bidani y Ravallion (1997) examinando 35 países en desarrollo encuentran una correlación positiva entre gasto público en salud, y esperanza de vida y reducción de la mortalidad infantil. Gupta, Verhoeven, y Tiongson (1999), probaron que el gasto en atención primaria está asociado con la baja de las tasas de mortalidad infantil. Sulbrandt (2010) examinando los éxitos en salud pública de Costa Rica, se basa entre otros factores en que el gasto público en salud ha representado en los últimos 30 años cerca de un 6% del producto interno bruto, proporción mayor a de la gran mayoría de los países de América Latina. Según los datos de CEPAL (2010) era en el 2009, del 6.6%. En Perú estaba en el 1% (2008), en Guatemala en el 1.4%, en Colombia en el 2.2%, en República Dominicana en el 2.4%, y en México el 3.1%.

Las indicaciones para políticas públicas activas en salud y una inversión importante, también surgen de los desajustes que produce dejar el tema al mercado. Como lo señalara Musgrave (1996) sintetizando diversas investigaciones:

“Mientras que ninguna de las razones para la intervención del Estado es solamente para el sector de salud, ciertas fallas del mercado son peores aquí que en otras áreas de la economía”.

Los Gobiernos no dan de por sí la debida priorización a asignar recursos para la salud. Una investigación en Harvard (Chunling Lu, y otros 2010), mostró que el crecimiento en el producto bruto per cápita en países de bajos ingresos, no llevó a un aumento significativo en el gasto público en salud, entre 1995 y el 2006.

Una de las razones que explica estas actitudes es la asunción de la visión ortodoxa de que primero se deben volcar todos los esfuerzos al crecimiento, y luego vendrá el momento de la salud y la educación.

La amplia investigación realizada por la OMS con la conducción de Jeffrey Sachs (OMS, 2002) sobre las relaciones entre desarrollo y salud destruyó esta visión “piloto automático”.

La inversión sostenida en salud como así también en educación, fue un prerrequisito del desarrollo, en las economías más exitosas en décadas recientes, y no un ex post.

La investigación halló así que la mejora en la ingesta nutritiva en Inglaterra y Francia en los siglos 19 y 20 fue determinante en el ascenso de su productividad laboral, y el aumento del producto bruto per capital. En Africa al revés. La no inversión en temas fundamentales como la malaria, llevó a una pérdida en el producto bruto que se estima de 100.000 millones de dólares.

La misma terminología empleada usualmente debería ser cambiada. Destinar recursos públicos a salud no es un “gasto”. Bien gerenciados son para las sociedades una de las inversiones de más alta rentabilidad que pueden hacer.

Según el estudio de la OMS ella puede generar una tasa de retorno sobre la inversión del 600%.

La incidencia decisiva de una inversión pública sostenida en salud puede observarse no solo al nivel macro sino en experiencias sociales avanzadas de la sociedad como el Grameen Bank.

El Banco de los pobres creado por el Premio Nobel de la Paz Muhammad Yunus ha mejorado la situación de sus más de 8 millones de prestatarios en Bangladesh, y se ha replicado en decenas de países.

Una evaluación (Todd, 1996) encontró que había beneficiarios del Grameen que después de 10 años de préstamos seguían en la pobreza. La causa común en la mayoría de los casos era un tema externo al Banco, la salud.

Un integrante de la familia, en un país de débil protección en salud pública, había tenido una enfermedad seria. Ello obligo a la familia a vender sus bienes para procurar asistencia médica.

En el 2007, la lista de los que menos invertían en salud pública estaba encabezada por las dictaduras de Mymar (1.9% del Producto Bruto), y Guinea Ecuatorial (2.1%) (País petrolero). Ambos figuran entre los países con peor mortalidad infantil del mundo. En Guinea Ecuatorial mueren 90.1 niños por cada 1000 nacidos vivos, y en Mymar 63.4.

Figuran asimismo entre los países que menos invierten en salud pública de algunos de los principales países petroleros todos con regímenes autoritarios. Tales los caso de: Kuwait 2.2% del Producto Bruto, Oman 2.4%, Lybia 2.7%, Emiratos Árabes Unidos, 2.7%, Arabia Saudita 3.4%, Barhaim 3.7%, Qatar (3.8%).

No es posible en estos países argumentar que no hay recursos para invertir en salud. Se verifica lo señalado por diversas investigaciones. La cuestión es la relevancia que se otorga a la salud, y a la gente en general. Por menos recursos que haya siempre habrá un tema de cómo se priorizan.

Por otra parte como bien destaca Amartya Sen, los servicios de salud requieren fuertes insumos de mano de obra, y en los países pobres, los costos respectivos son mucho menores que en los ricos.

¿De qué depende que haya políticas públicas que prioricen correctamente a la salud?. Un factor central es la participación en todas sus formas.

La presencia activa de la ciudadanía en los procesos de formación de las políticas públicas exigiendo que las necesidades básicas de la gente sean prioridad, su monitoreo para que ello se cumpla, su juicio evaluador, implican una presión continua que es vital para la mejora de la calidad de la política pública. Esa presión democrática ha incidido fuertemente en el ascenso de los presupuestos de salud en diversos países latinoamericanos en los años recientes.

Después de las décadas donde predominó, el debilitamiento del Estado, la idea de que el mercado resolvería mágicamente los problemas, y la teoría del derrame que suponía que el crecimiento solo sacaría a los pobres de la pobreza, la opinión pública de la región frustrada por el agravamiento de la pobreza, las desigualdades, y la exclusión aprendió la lección.

Reclama más política pública, y de la mejor calidad. Así según el Latinobarómetro, una abrumadora mayoría considera que algunos de los grandes determinantes sociales de la salud deberían estar en manos del Estado. El 86% considera que ello debería suceder con la Educación, el 85% con la salud pública, el 83% con el agua potable.

Junto a esa participación general muy influyente en las tendencias hacia el crecimiento del gasto social en la región, hay diversas formas de participación que pueden fortalecer sobremanera a la salud pública. Así entre ellas la participación de las comunidades en el diseño de las políticas y programas de salud, la movilización de su capital social para campañas de salud, la organización de la comunidad para prevención en salud, el control social para evitar la corrupción y el clientelismo.

Ya la declaración de Alma Atta (1978) planteó que: “la gente tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en el planeamiento e implementación del cuidado de su salud”.

¿En qué consisten las virtualidades de la participación comunitaria en la práctica?. ¿Por qué es una forma superior de organización?.

IV. POTENCIALIDADES DE LA PARTICIPACION

La participación es ante todo un fin en sí mismo. Implica un respeto profundo a la misma naturaleza del humano. En sus obras Amartya Sen ha planteado que el verdadero desarrollo es aquel que lleva a la ampliación continua de la libertad, concepto que hoy preside los más calificados esfuerzos por el desarrollo. La participación es una dimensión fundamental del ejercicio de la libertad, y de su fortalecimiento.

El Papa Juan XXIII destacó especialmente sus vínculos con las calidades más básicas del ser humano. Señala en su *Mater et Magistra* (1961): “en la naturaleza de los hombres se halla involucrada la exigencia de que en el desenvolvimiento de su actividad productora tengan posibilidad de empeñar la propia responsabilidad y perfeccionar el propio ser”.

La necesidad de la participación se halla en la identidad humana misma, y es el camino al crecimiento, y el perfeccionamiento.

Es por ende, como lo ha planteado Alma Atta un derecho esencial, de base ética.

Es por otra base el pilar de un sistema democrático. Cuando se clasifica actualmente a las democracias, en de alta, mediana, o baja intensidad, un criterio diferenciador clave, está dado por los niveles de participación que posibilitan y alientan.

En las de alta intensidad, como entre otras las nórdicas hay un denso tejido social, una sociedad civil articulada, superación de la discriminación de género en los cargos políticos, mandatos precisos a los representantes electos, un estrecho y continuo contacto entre ellos y sus representados, canales abiertos para hacerles llegar la opinión ciudadana, rendición de cuentas permanente, métodos activos de control social, y otras vías que aseguran la atención permanente a los reclamos de la sociedad.

En las democracias de baja intensidad, el ejercicio de la participación está acotado. La sociedad civil es fragmentada y débil. Participa a través de las votaciones cada varios años para designar las más altas autoridades presidenciales, y los Congresos.

Los contactos son luego limitados, las rendiciones de cuentas intermitentes, no hay canales orgánicos de participación continua. Puede haber altos niveles de insatisfacción con la gestión que no tienen como canalizarse.

En regiones como América Latina hay actualmente un gran esfuerzo histórico en diversos países, por pasar de democracias de baja intensidad, a las de mediana y alta. La encuesta Latinobarómetro (2009) encontró que la ciudadanía está votando en porcentajes en aumento, y al mismo tiempo está dando espacio a nuevas formas de participación política de carácter no convencional. El 63% piensa que “las marchas, protestas y manifestaciones en la calle son normales en democracia, el 59% que son “indispensables para que las demandas sean escuchadas” y el 56% “que es una manera que tienen hoy los jóvenes de sentirse parte de algo”.

Ello se está reflejando en las áreas sociales. Después de los fracasos de las recetas ortodoxas en los 90, y los altísimos niveles de exclusión que generaron, hay un proceso de revigorización de las sociedades civiles, y de crecimiento de su organización, bajo una agenda donde lo social tiene un lugar prominente.

La sociedad presiona a través de formas inéditas de participación, como son las que se dan en el espacio virtual, y en el físico, por políticas públicas más sensibles a esta agenda.

Lo social ha ocupado un lugar central en las elecciones presidenciales, regionales, y locales, en el Continente en la última década.

La presión en ascenso por reformas sociales, ha resultado entre otras expresiones en una elevación importante del gasto público social. Según CEPAL (2010) ha pasado del 12.3% del

Producto Interno Bruto regional en 1990-91, al 18.4% del mismo en el 2007- 2008. Asimismo aumentó su peso en el gasto público total en ese periodo del 45% al 65% del mismo.

Osmaini (2006) plantea respecto a estos roles de la participación observables a nivel mundial que una parte importante de la literatura internacional sobre el tema resalta su rol en la creación de “poderes equilibradores”, de mecanismos que reducen las “ventajas de poder de los usuales actores sociales poderosos”.

Junto a su legitimidad ética, y política, la participación tiene actualmente una legitimidad en términos de gestión. Produce mejores resultados que los métodos tradicionales. Sus ventajas comparativas son marcadas en múltiples campos, de acuerdo a la evidencia empírica.

Veamos sucintamente algunas de ellas, en la teoría gerencial moderna, el sector público, la gestión social, y el desarrollo del capital social.

A. La Participación Es La Base De Los Modelos Gerenciales Más Avanzados

La gerencia siglo XXI de todo orden de organizaciones privadas, y públicas, se desenvuelve en el mundo globalizado en un contexto signado por una explosión de alta complejidad. Las interrelaciones se multiplican, y crean nuevos patrones de interdependencia en muchos casos inéditos.

El pionero de las ciencias de la complejidad el Premio Nobel Ilya Prigogine describió la situación señalando que la mayor parte de las estructuras actuales son “estructuras disipativas de final abierto”.

Están en estado de fluidez, y los grados de impredecibilidad son elevadísimos.

La complejidad ha generado umbrales de incertidumbre desconocidos. La mayor parte de los grandes cambios históricos registrados en los años recientes, desde la crisis económica mundial iniciada en Wall Street en el 2008, hasta las protestas masivas en el mundo árabe, no fueron anticipadas por ningún observatorio de análisis del futuro.

Gerenciar en tiempos de globalización, complejidad e incertidumbre, es una tarea muy exigente.

Es muy difícil tener éxito si se repiten las fórmulas que lo han alcanzado en el pasado, porque las características de los tiempos históricos han cambiado fuertemente. Los pasados tienden a ser una mala guía porque no se repiten.

Por otra parte el futuro no se halla a gran distancia. La celeridad de los cambios se multiplica, y el presente se transforma rápidamente en futuro. La gerencia tiene que buscar cómo lograr pensar estratégicamente.

Las variables que debe considerar no son ahora solo las internas de la organización, o de sus contextos inmediatos, sino muchas otras que tienen que ver con las posibles incidencias de los desarrollos en el mundo globalizado, que hoy se producen en tiempos muy breves.

Respondiendo a estas realidades ha surgido la necesidad de crear “organizaciones inteligentes”.

Deben ser capaces de leer las señales de la realidad, y de aprender continuamente. En ellas tiene un rol significativo la gerencia del conocimiento. Por otra parte, deben tener una nítida orientación a la innovación para no quedar descolocadas ante contextos tan cambiantes.

Todo ello no podrá hacerse si la organización no se convierte en un verdadero equipo de trabajo. Se necesita el concurso pleno de sus miembros, y la promoción de un clima de confianza entre la alta dirección y ellos. Así en lugar de “liquidar” las opiniones que difieran de las percepciones predominantes, se debe alentar el pensamiento creativo.

La participación es decisiva para generar organizaciones de este tipo. Una estrategia clave para promoverla es la idea de “visión compartida”. Involucra la clarificación permanente de hacia dónde va la organización, y el reajuste continuo de la misión y las estrategias en tiempo de acuerdo a los datos de la realidad.

Todo ello demanda una fuerte transformación de los estilos gerenciales. Los modelos jerárquicos tradicionales, no permiten crear confianza, no alientan la innovación, y tienden a aislar a los más altos niveles.

Ya Peter Druker había predicho (1993) “El líder del pasado era una persona que sabía ordenar. El del futuro tiene que saber cómo preguntar”.

Es ilustrativo que algunas de las innovaciones más relevantes en los últimos tiempos, se dieron en ámbitos como los “círculos de calidad” iniciados en el Japón y generadores de muchos de los avances en productividad en dicho país, y los “grupos calientes” establecidos por organizaciones de punta como Microsoft, y otras. Se trata de grupos auto gestionados, de tamaño reducido, con retos concretos importantes a cumplir. En ambos casos la línea central es apoyarse la participación.

B. La Participación Puede Mejorar La Eficiencia Del Sector Publico

El camino hacia una administración pública renovada pasa por la participación.

Por una parte la experiencia comparada indica que las reformas del Estados, o sus organizaciones más exitosas son aquellas que han integrado a los propios funcionarios en el proceso de analizar sus fortalezas y debilidades y llegar a propuestas fundadas. Asimismo que han incorporado a diversos actores sociales en el esfuerzo de reforma.

Por otro lado, la participación ciudadana ha sido el eje de algunas de los casos ejemplares de mejoramiento de la gestión pública recientes.

Así sucedió con la idea de presupuesto participativo, nacida en el Municipio de Porto Alegre en el Brasil en 1989, y difundida después a centenares de municipios en diversos países.

Se pidió a los ciudadanos participen en la asignación del presupuesto para inversiones del municipio. No fue en este caso, una mera invitación general, sino se diseñó un sistema orgánico para que esa participación se pudiera dar, y tuviera peso real en la toma de decisiones.

Se crearon 16 distritos en donde se reunían los ciudadanos a decidir las prioridades locales, y cinco comisiones temáticas que discutían prioridades sobre problemas globales de la ciudad. Se estableció un calendario anual con diversos ciclos de planificación, discusión e información.

Una rigurosa evaluación (Zander Navarro, 1998) muestra como la participación funcionó activamente:

“Los ciudadanos de Porto Alegre han tenido oportunidad de pasar por un proceso plenamente participativos a través de haber:

- *Expresado su comprensión de los problemas cruciales que enfrenta la ciudad.*
- *Establecido prioridades de los problemas que merecen más inmediata atención.*
- *Seleccionado las prioridades y generado soluciones practicas*
- *Tenido oportunidad de comparar con las soluciones creadas en otras regiones de la ciudad y en otros grupos de temas.*
- *Tomado la decisión definitiva sobre la aprobación, o no del plan de inversiones y*
- *Revisado los éxitos y fracaso del programas de inversiones para mejorar sus criterios para el año siguiente”*

Las mejoras en la gestión municipal fueron muy concretas, y Porto Alegre se transformó en una referencia internacional. Pero además como señala Tarso Genro, ex Alcalde de la Ciudad (2005):

“En realidad fue creado un nuevo centro de decisiones que junto con el Poder Ejecutivo y el Legislativo democratizaron efectivamente a la acción política e integraron a los ciudadanos comunes en un nuevo espacio público”.

Una vía explorada limitadamente pero de la que mucho puede esperarse es la participación de los mismos funcionarios públicos en la gestión.

Entre otras son significativas al respecto experiencias canadienses (1).

Se dirigieron a modificar las estructuras organizacionales tradicionales, creando grupos de trabajos facultados. Se buscaba con ello no solo la participación individual de los funcionarios, sino la de equipos. Entre las mejoras que se observaron se hallan: un aumento del clima de confianza interno, cooperación entre grupos de diversas áreas para satisfacer mejor las necesidades de los ciudadanos, aumento notables de sugerencias, orgullo personal por la calidad del trabajo. Todo ello llevo a: mayor productividad, moral más alta, reducción de costos, mejor servicio, y disminución del ausentismo y la rotación.

C. La Participación Clave De Una Gerencia Social De Calidad

La gestión de programas sociales tiene marcadas especificidades respecto a la gestión en otras áreas del sector público, y a la gerencia de empresas privadas. Si bien hay cuestiones gerenciales comunes, hay singularidades que deben ser tenidas en cuenta para alcanzar resultados.

Algunas de ellas derivan de sus metas. Se propone normalmente cumplir eficientemente con los objetivos específicos del programa, optimizando el uso de recursos, pero al mismo tiempo crear condiciones para la sostenibilidad del mismo, y mejorar efectivamente la equidad.

En diversos casos, los programas han logrado la primera dimensión, pero no las otras. Su sostenibilidad ha sido comprometida por el tipo de gerencia ejercido que no ha empoderado a las comunidades beneficiadas.

Existe también el riesgo de que los programas sean cooptados por sectores de estratos medios diferentes a los pobres que eran sus destinatarios originales, y los grados de inequidad aumenten.

Por otra parte la gerencia social requiere articular diversos actores porque los temas que enfrenta, expresiones de la pobreza y la exclusión tienen causas múltiples. Debe concertar Ministerios, Regiones, Municipios, organizaciones de la sociedad civil, responsabilidad social de la empresa privada, y las mismas comunidades desfavorecidas. Se necesita llevar adelante una gestión interorganizacional compleja.

Asimismo, los programas sociales tienen que operar en medios donde las condiciones pueden cambiar permanentemente. La vulnerabilidad de la población asistida, que hace que modificaciones externas pueden incidir fuertemente, lleva una volatilidad en la situación. Se requiere llevar adelante una “gerencia adaptativa”, que vaya rediseñando sus objetivos, y políticas en función de lo que efectivamente está sucediendo.

Para construir un estilo gerencial que maximice eficiencia, sostenibilidad y equidad, practique gestión organizacional, y lleve adelante una gerencia adaptativa, resulta imprescindible según lo evidencia la experiencia, lograr la participación de las comunidades a las que van dirigidos los programas.

Los programas más exitosos tienden a ser basados en esa participación. Beneficia la gestión en todas las etapas del ciclo del proyecto.

La comunidad puede aportar a su diseño. Es quien mejor conoce sus necesidades y prioridades reales. También puede integrar al mismo las variables culturales que son centrales como fuente de posibles resistencias, o de oportunidades. Su presencia en la gestión, reportando continuamente sobre lo que efectivamente sucede, es esencial para una gerencia adaptativa que pueda rediseñar sus planes sobre la marcha en función de los emergentes de la realidad.

El control social comunitario es un instrumento potente para evitar la corrupción en todas sus formas o el desvío de recursos.

La comunidad es también una posibilidad efectiva de evaluación de los resultados e impactos alcanzados, y una fuente insustituible de lecciones aprendidas.

Su movilización participativa a fondo en todas estas etapas puede crear el buscado “ownership” fundamental para la sostenibilidad. Si la comunidad hace suyo el proyecto, tratara de protegerlo y asegurar sus metas.

D. La Participación Crea Capital Social

La participación comunitaria no solo beneficia las metas. Si se lleva cabo adecuadamente es una vía de acción, que por sí sola desarrolla el capital social de la comunidad.

Los aspectos centrales de ese capital conformado por los grados de confianza, la capacidad de asociatividad, el compromiso cívico, y los valores éticos positivos (2) crecen con la participación. Ella potencia a las comunidades pobres, aumenta la conciencia de sus capacidades, aumenta su autoestima, y mejora sus posibilidades de articulación.

En el caso del presupuesto municipal participativo de Porto Alegre resalta la evaluación antes mencionada (Zander Navarro, 1998):

“La mejoras materiales son sin embargo solo una parte de los beneficios que la Ciudad de Porto Alegre experimentó. El proceso participativo ha tenido también un impacto inconmensurable en la capacidad de los ciudadanos de enfrentar problemas juntos como comunidad y de trabajar colectivamente para mejorar la calidad de la administración pública, y por consiguiente la calidad de vida”.

Entre otras, se ha llevado a cabo en Puerto Rico durante el Gobierno de Sila Calderón, el Programa de Comunidades Especiales, un amplio programa social que procuró beneficiar a 500.000 habitantes pobres. Estuvo fundado en la idea de hacer crecer el capital social de la comunidad, con apoyo en la participación comunitaria. Las evaluaciones de UNESCO (Kliksberg y Rivera, CLACSO, 2007) mostraron un aumento sustancial del mismo.

Ya Albert Hirschman (1986) había señalado pioneramente que a diferencia de otras formas de capital que se consumen con su uso, el capital social es el único que crece cuanto más se moviliza. Afirio: “El amor o el civismo no son recursos limitados o fijos, como pueden ser otros factores de producción; son recursos cuya disponibilidad lejos de disminuir aumenta con su empleo”

La participación comunitaria es una herramienta maestra de movilización de las diversas dimensiones del capital social.

El capital social influye en múltiples aspectos. Las investigaciones han demostrado que entre ellos incide en el crecimiento económico, la productividad microeconómica, la calidad de la burocracia, el rendimiento educativo, y la prevención de la criminalidad.

Tiene alto peso en la salud pública. Entre otros estudios los realizados por Kawachi, Kennedy y Lochner en la Escuela de salud pública de Harvard (1997) midieron las relaciones entre el capital social representado por los grados de confianza, y la mortalidad en 39 Estados de USA.

Cuanto menor es el grado de confianza entre los ciudadanos mayor es la tasa de mortalidad promedio.

Una tercera variable interviniente es según los investigadores el nivel de desigualdad, Si ella es alta daña el capital social, y la confianza, y ello afecta la salud.

A pesar de las virtualidades múltiples de la participación comunitaria, y de su aceptación generalizada en el discurso se observa una pronunciada brecha entre dicho discurso, y las realidades de la participación.

En el camino a implementarla tanto en la participación comunitaria en general, como en la participación en salud en particular, se presentan importantes resistencias y obstáculos. Se analizan algunos de los principales a continuación.

V. EXPERIENCIAS Y OBSTACULOS EN LA PARTICIPACION EN SALUD PUBLICA

En Alma Ata, se pusieron los pilares del movimiento de orientar la acción en salud, más hacia la salud que la enfermedad, y de democratizar el acceso universal a Salud.

Posteriormente La Conferencia Internacional de Otawa de Promoción de la salud pública (1986) realizada por la OMS, el Ministerio de Salud de Canadá y la Asociación Canadiense de Salud Pública, abogo vigorosamente por la participación de la comunidad en salud. Fue la precursora de la acción para promover “los procesos que favorecen el control de los individuos, y grupos sobre los factores que condicionan su propia salud”.

En esa dirección en su declaración final la última Conferencia Iberoamericana de Ministros de Salud (Junio 2010) resolvió que:

“Nos comprometemos a...: Potenciar el rol rector del Estado y de la participación ciudadana en la formulación, implementación, seguimiento y sustentación de las políticas, planes y acciones en salud”.

En una investigación realizada en cuatro países del MERCOSUR (Isalud, 2009) los funcionarios responsables de la salud, coincidieron en considerar a la participación como un derecho de la población.

Identificaron diversas dimensiones de la misma.

En Argentina se asocia con: consulta para la toma de decisiones, aprobación de las actividades de los programas, acceso, y control.

En Bolivia los funcionarios la visualizan como una instancia de intermediación y de representatividad para resolver y mejorar problemas de salud.

En Paraguay se la vincula con la descentralización, y actuando principalmente en el nivel local.

En Uruguay aparece como una línea estratégica de fortalecimiento de la ciudadanía, generada desde el Estado.

Las experiencias de Municipios Saludables impulsadas por la OMS y la OPS, basadas en la participación, han mostrado las amplísimas posibilidades que devienen a partir de ella. Las experiencias convirtieron a los Municipios la primera y más concreta instancia de participación comunitaria, en actores principales de la política de salud.

Tanto en medios urbanos como rurales, los impactos positivos de la participación sobre la salud son considerables.

Por ejemplo la ciudad de Rosario en la Argentina, de un millón de habitantes ha desarrollado un reconocido sistema de salud pública con fuerte énfasis en la atención primaria, donde la participación es un componente central. El sistema cofinanciado por el gobierno provincial y el municipal, provee servicios de salud gratuitos a todos los habitantes de la ciudad. El 40% de la población no tiene cobertura de salud.

Según refieren Bascolo y Yavich (2010) entre los principios del Sistema se hallan la participación comunitaria, la participación de los trabajadores de salud en la gestión, el acceso universal y equitativo, la salud como derecho, la planificación descentralizada, y el trabajo profesional con autonomía y responsabilidad.

Un eje del sistema son los Centros de Salud. Las organizaciones vecinales tienen gran peso en ellos. Son propietarias de la estructura de la mitad de los Centros de salud municipales. Están agrupadas en una federación, que analiza y discute los proyectos municipales.

A la participación de los vecinos se sumó la de los trabajadores de la Atención Primaria de Salud, a través los colegiados de gestión. La participación en ellos era voluntaria. Implicaba aceptar los principios antes mencionados que eran el marco de referencia para discutir el modelo de gestión de la atención primaria. Los que participaban se obligaban a ejecutar los acuerdos tomados. Los colegiados se basaban en la creencia en valores compartidos.

El desempeño del sistema de salud operando en esas condiciones alcanzó altos niveles de logro, y un apoyo firme de la sociedad.

La salud se convirtió en prioridad en la ciudad. Su presupuesto pasó de representar menos del 8% del presupuesto municipal en el 1988, al 25% en el 2003. La mortalidad infantil bajó de 25.9 por mil en 1988, a 11.4 en el 2003. Las consultas en hospitales subieron en un 108%, las consultas en los centros de Salud en un 314%, aumentos muy superiores al crecimiento demográfico de la ciudad.

La ciudad se convirtió en un Municipio saludable donde toda la comunidad trabaja sobre determinantes sociales de la salud, como la protección del medio ambiente, la seguridad vial, el ejercicio físico, la recreación y la nutrición saludable.

Un experto en salud Mario Rovere describe así el clima de participación que encontró entre los trabajadores del sistema:

“Cada vez que estoy en Rosario, que entro en contacto con cualquier nivel de la organización tengo la sensación de encontrarme con personas que aprenden, con equipos que aprenden, con organizaciones que aprenden, orientados por una permanente insatisfacción, compromiso con la población, fuentes inagotables de motivación, curiosidad, innovación y creatividad”.

La participación comunitaria que tantos resultados produjo en un centro urbano como Rosario, es la vía para acercar al sistema de salud a poblaciones rurales indígenas que desconfían fuertemente de él.

Es fundamental en ellas trabajar por que se “apropien del sistema de salud pública”.

Es uno de los objetivos del sistema de Salud Intercultural Comunitario creado en Bolivia en el 2008. Está dirigido según lo resalta Aynisuyu (ProSalus, 2010) a:

“Cambiar la lógica y generar un sistema simbiótico entre medicina tradicional y convencional adaptando la atención a la población con criterios de interculturalidad en el caso de los centros y postas de salud, y promoviendo sistemas de vigilancia, prevención y atención primaria en las comunidades constituidos por sus propios miembros”.

En los relevamientos la población percibe con claridad que la participación mejora su situación. Así en el MERCOSUR (Isalud, 2009) señalan que entre sus beneficios se hallan la protección de los propios derechos del grupo familiar más cercano, el 78% en Argentina, el 98% en Bolivia, y el 55% en Paraguay.

En una investigación sobre la participación en salud en Colombia (Gallego, y Vasquez Navarrete, 2006), destacan que

“Las oportunidades para participar eran descriptas como escenarios deseados y posibles” por los usuarios. Ellos “se perciben con capacidad de lograr cambios en los servicios de salud”, en base” al trabajo organizado de las comunidades”.

En una evaluación de la participación en México, en un amplio programa de reducción de la mortalidad materna “Arranque parejo en la vida”, los investigadores concluyen (Orozco y otros 2009):

“Es fundamental fortalecer y promover medidas participativas en zonas con elevada mortalidad materna. La amplia valoración de las redes de parentesco, las parteras y el

voluntariado en los albergues sugiere que estos actores con un componente funcional de la red de apoyo y que es insuficiente focalizar la red en los servicios de salud y las autoridades municipales”.

A similares resultados llegan Cunill (2010) evaluando un programa de mejora de la mortalidad materna, en una zona rural indígena de Guatemala, gestionado por una ONG indígena CDRO (PNUD, 2010), y Sulbrandt (PNUD, 2010), examinando el trabajo con madres indígenas en Bolivia.

Dados los beneficios de la participación comunitaria en salud, ¿por qué sigue siendo limitada su aplicación concreta, y su profundización?

Ejemplificando, en un país como Chile con importantes esfuerzos en esta dirección un estudio reciente (Méndez y Vanegas López, 2010) resalta:

“Todavía no se ha logrado la intensidad necesaria, la autonomía de los actores, ni la participación suficiente de la comunidad”.

¿Cuáles son los principales obstáculos que traban su mayor desarrollo?

Se ha avanzado fuertemente en la aceptación formal de la participación en salud, y en el campo legal, pero ello no basta.

Hay limitaciones de alta relevancia en la “cultura sobre participación” que permea las percepciones, actitudes, y decisiones, en los formuladores de políticas en salud, y en los agentes de salud a cargo de la ejecución concreta de los programas. Nos focalizaremos en algunas de ellas. Fortalecer realmente las condiciones para la participación en la formación de las políticas y la gestión de los proyectos, implica identificarlas, y trabajar para superarlas.

Entre las más influyentes se hallan:

A. El Pragmatismo Inmediatista

Instalar y llevar adelante mecanismos de participación activos, requiere tiempos para sensibilizar al respecto a la comunidad, discutir con ella, planificar en conjunto, y después consultarla, y hacerla participar durante la gestión.

Todo ello requerirá el apoyo de una labor sistemática de capacitación. Junto a los tiempos necesarios se precisarían recursos para cumplir estas etapas.

Con frecuencia prima un razonamiento pragmatista que solo mira al corto plazo. La idea es producir resultados al más breve lapso posible, y con los menores costos. Saltar la participación aunque esté instalada en el discurso e incluso en las leyes, sería más efectivo.

Hay una visión errónea subyacente. La participación no es un gasto que hay que tratar de racionar, y minimizar. Es una inversión que tiene réditos considerables. Fortalece las

capacidades de la comunidad de trabajar en salud. Ello puede significar una mejor calidad de las políticas y programas, por los aportes que surjan de ella al diseño e implementación, y también aumentar los recursos disponibles para la acción.

La concepción pragmatista estrecha, relega asimismo una meta central, velar por la sostenibilidad de los programas. La inversión en participación, suele tener una alta tasa de retorno en términos de cuidado y protección a los programas por la comunidad.

B. La Visión Tecnocrática

Lograr objetivos de salud sería en esa visión, un tema esencialmente técnico. Habría que actuar en el campo de los factores materiales involucrados, optimizar las tecnologías aplicadas, e incluso no permitir que interfieran juicios ajenos a lo técnico en las decisiones, y en la gestión.

En los hechos los resultados finales de los programas de salud, estarán vinculados a cuestiones como la situación de los determinantes sociales, y el relacionamiento entre el enfoque médico, y la cultura comunitaria.

Dimensiones no tecnocráticas, como los avances en campos como cohesión social, clima de confianza, grado de organización de la comunidad, autoestima de la misma, tienen considerable incidencia en la posibilidad de logros.

Todas estas dimensiones crecen con la participación, y a su vez al fortalecerse, permiten contar con una participación cada vez más calificada y sustantiva.

Detrás de la resistencia a la participación que alienta en el enfoque tecnocrático se halla también en diversos casos, el que no se ponga en juego la “infalibilidad” de la sabiduría tecnocrática.

Enjuicia el gerente de un organismo de salud pública en Colombia (Gallego, Vasquez Navarrete, 2006):

“La arrogancia de los profesionales, creíamos que nosotros éramos los del poder, y los que teníamos la ciencia en nuestras manos, sin contar con el cliente que nos necesita”.

Se señala en la investigación sobre participación en salud en el MERCOSUR (Isalud, 2009) que entre “los obstáculos más recurrentes”, está “la persistencia del “Modelo médico hegemónico” que dificulta pensar y valorizar la participación en términos que superen las meras formas asistenciales”.

C. El Predominio De La Cultura Burocrática

Muchas de las estructuras organizacionales a las que se encomienda promover e implementar la participación en salud, se manejan a sí mismas desde una cultura burocrática.

De acuerdo a ella, lo que importa es la organización formal. El énfasis debe estar puesto en normas, procedimientos, circuitos, formularios. Debe controlarse su cumplimiento estricto, y la organización funcionará.

Robert Merton fue el pionero (1964) de numerosas investigaciones que mostraron las insuficiencias y graves restricciones de este modelo organizacional. Verificó que en la práctica, el foco en el formalismo, lleva a que el personal haga una transferencia de valor, de los fines de la organización a los medios. Se produce una “campana de cristal” formal cerrada a feed backs de los usuarios, y concentrada en sus rutinas distante de los objetivos finales encomendados.

Encomendarle la participación en salud a organizaciones de este tipo produce inevitablemente un choque de culturas. La participación supone principios muy diferentes: horizontalidad, cooperación, conexión continua con la realidad, ajuste de los medios a los fines.

En este conflicto de lógicas, el modelo burocrático tiende a resistirse al funcionamiento de la participación, aunque se le haya encomendado como mandato, trabándola con rutinas, haciéndole exigencias formalistas, limitando los espacios para una discusión real,

D. La Profecía Que Se Autorealiza

En participación en salud como en otras áreas, suele haber una mirada desvalorizante hacia las comunidades asistidas. Se pone en cuestión desde los que deben promoverla e instalarlas, si “estarán en condiciones”, como podrán hacerlo con sus muy bajos niveles educativos, que puede esperarse de sus culturas atrasadas.

Las encuestas han reflejado el peso de prejuicios y estereotipos sobre las minorías más débiles, como la población indígena, la afroamericana, los jóvenes pobres.

Cuando se parte de la incredulidad sobre el potencial de participación de los pobres, se pasara con facilidad desde esa racionalización a desconfiar de ellos, no delegarles posibilidades reales de decisión, limitarles la información, no respetar sus liderazgos. Incluso, a reemplazar de hecho, procesos que deberían ser participativos, por decisiones verticales para “garantizar” que las cosas funcionen.

Como lo reveló el estudio realizado sobre el Banco Mundial sobre 60.000 pobres en 60 países “Voices of the poor” (2000), el aspecto de la pobreza que más resienten los pobres es la mirada descalificatoria, el ser vistos como personas de una categoría inferior.

Por ello las organizaciones que tienen más credibilidad para ellos, son las creadas por los mismos pobres. Allí recuperan su identidad plena, y se sienten como iguales.

Frente a la actitud subestimadora y discriminativa, en participación, las comunidades reaccionan cerrándose a su vez. Se resisten a la participación, o simplemente simulan aceptarla pero no se involucran realmente en ella.

Allí se completa el círculo regresivo abierto. La Profecía se autorealiza, y los responsables de las experiencias arguyen que se cumplió su pronóstico. Las comunidades no estaban en condiciones de participar.

Reflejando la percepción desde la comunidad por los limitados avances en participación, destaca un líder de la comunidad de Palmira, Colombia (Gallego, Vasquez Navarrete 2009):

“Uno quiere participar a nivel de salud, pero uno no ve cómo se va a organizar, cuál va a ser el ente al cual uno debe de entrar o apoyar. Cuando la comunidad no participa es porque a veces hace falta de que las mismas administración creen esos espacios, porque aquí en la comunidad hay gente muy inquieta que dicen “uno como hace para ayudarles a Ustedes a que eso se mejore, hay recursos humanos en la comunidad, existe gente de mucho carisma, de deseo de desarrollar las cosas. La verdad es que yo digo que si la gente no participa es porque no se la ha dado esa posibilidad de participación”.

En el estudio del MERCOSUR (ISALUD, 2009) sobre el tema se identificó en Bolivia que entre otras fueron resaltadas como barreras a la participación:

“La presencia de expertos con actitudes de superioridad y la discriminación”.

E. El Tema Del Poder

Para que la participación comunitaria opere efectivamente, tiene que haber una real disposición de quienes tienen poderes de decisión a compartirlos con la comunidad.

Ello tiene que llevar a hechos concretos. La situación de partida es usualmente la de una pronunciada “asimetría de poder”.

La comunidad suele tener serios déficits en cuestiones básicas como los niveles de información, y educación, y poca experiencia en participar. Se debe hacer un esfuerzo deliberado para motivarla, y calificarla para la participación. Ello significa invertir en su promoción para la participación, entre otros medios a través, de asignar recursos a la capacitación de sus líderes, circular ampliamente información, mostrarle experiencias exitosas en comunidades similares.

Para reparar la asimetría de poder no basta con crear las instancias legales. Se debe invertir.

En una investigación efectuada en Quebec (Wendhausen, 2006) en Consejos de Centros Locales de servicios comunitarios se concluyó que el poder de los usuarios está vinculado con el status socio-económico, porque en las poblaciones de bajos ingreso ese poder era más frágil. Se señala entre sus resultados:

“La escolaridad y el mayor acceso al conocimiento y el factor de la renta, hacen una diferencia al incrementar el poder los usuarios y viceversa”.

Las asimetrías se expresan entre otros canales en lo que Wendhausen (2006) llama “la distribución de las hablas”.

Independientemente del número de puestos que ocupen las comunidades en las instancias de decisión conjunta, o de consulta creadas en salud, el espacio discursivo es ocupado con frecuencia por “el discurso competente” de los representantes de los organismos de salud, normalmente apoyados por la autoridad de esos espacios, que pertenece a ellos. Eso resiente y frustra a la comunidad.

A las asimetrías se suma el temor a realmente dejar participar, en cuanto se siente la misma como una pérdida de poder, y una apertura a las críticas. Gallego y Vasquez Navarrete (2006) describen así la situación en algunos municipios que estudiaron en Colombia:

“Los formuladores de políticas entrevistados atribuyeron la falta de participación (en salud) sobre todo a factores relacionados con las instituciones como son: el temor del personal tanto público como privado, a responder a las críticas de la comunidad; la limitada capacitación e información que las instituciones proporcionan a los usuarios, y la ausencia de voluntad para abrir espacios, participativos en la toma de decisiones”.

El Secretario de Salud de uno de los municipios indagados plantea vívidamente el problema señalando que hay:

“Temor de los funcionarios públicos y privados, también que son reacios a permitir que la comunidad y las diferentes personas participen en el control...Falta de voluntad, voluntad”.

En la investigación sobre Participación en Salud en el MERCOSUR (Isalud, 2009) los encuestados resaltan como los obstáculos más frecuentes en la Argentina:

“El temor a la cesión del poder, los conflictos políticos, o el miedo a las demandas de la comunidad”.

El funcionamiento de factores como estos, puede llevar a “simulaciones de participación”. Dedeu (2010) en base a la experiencia de diversos países llama la atención sobre que:

“Aunque el involucramiento de los usuarios es planteado como central en los servicios de salud en varios países, la realidad es diferente... Las organizaciones de salud hacen reuniones llamadas “consultas públicas” donde asisten unos pocos miembros del público para escuchar sobre decisiones que ya han sido tomadas”. Por otra parte “Encuentros de trabajo estratégico, no ofrecen nada más que retórica sobre el uso del involucramiento y la consulta a la población”.

A estos obstáculos se añade el riesgo del clientelismo o la manipulación de la participación para agendas distintas a las originales por actores interesados con poder.

La combinación del pragmatismo inmediatista, la visión tecnocrática, el predominio del modelo burocrático formal, la subestimación de las comunidades pobres, y las actitudes en relación al poder, se hallan detrás de muchos comportamientos renuentes o hostiles a una participación

genuina, y han frustrado diversas experiencias. Deben ser muy tomados en cuenta, para trabajar sobre su superación.

Se ha delineado el contexto actual en salud, y el peso fundamental de los determinantes sociales, la importancia de las desigualdades y la inequidad en salud, las potencialidades de la participación en salud para ayudar en la desafiante agenda necesaria, y se han identificado algunos de los obstáculos más relevantes que generan la brecha entre el discurso y la acción en este campo. Se han puesto a foco finalmente problemas que tienen que ver con la “cultura organizacional” y el poder.

De todo ello surge la trascendencia estratégica del tema para el mejoramiento de la salud pública, y la necesidad de sacar lecciones de la experiencia para enfrentar los obstáculos y avanzar la participación en beneficio de la equidad en salud.

VI. RECOMENDACIONES SOBRE ESTRATEGIAS Y METODOLOGÍAS PARA PROMOVER LA PARTICIPACIÓN EN SALUD PUBLICA

La participación tiene condiciones históricas propicias en nuestros tiempos. Marcha a favor del viento de la historia. En diversas áreas del mundo, es creciente la presión por la construcción modelos de sociedad que democratizen el acceso a los derechos políticos, sociales, y humanos de toda la población.

Las metas del milenio establecidas por la Asamblea General de la ONU constituyen un llamado muy concreto en esa dirección.

En Continentes como América Latina, se están fortaleciendo las sociedades civiles, aumentan las ONGs y las organizaciones de base, el activismo ciudadano está en alza. Entre 1993 y el 2005, 13 Presidentes no pudieron terminar su periodo. Tuvieron que dejar la Presidencia, porque la ciudadanía lo exigió.

Por vías democráticas hizo sentir su protesta porque no cumplían con sus mandatos respecto a la pobreza y las desigualdades, y en algunos casos por hechos de corrupción.

En el mundo árabe han estallado modelos autoritarios de décadas, que tenían al margen a las mayorías, ante un despertar democrático encabezado en diversos lugares por las nuevas generaciones.

El derecho a la participación en vigencia desde hace tiempo en el mundo desarrollado, comienza a formar parte cada vez más de la corriente central de derechos de múltiples sociedades en desarrollo.

Su aplicación práctica se ha mostrado como ya se ha referido como una de las vías maestras para enfrentar las profundas inequidades que atentan contra una democracia efectiva, a diario.

Estos nuevos desarrollos históricos crean condiciones favorables para impulsar la participación de la comunidad en la formulación de políticas y la gestión en salud pública. Los avances en ella

a su vez reforzaran en una dimensión decisiva para la población como lo es la salud, las luchas pro democratización política, económica y social.

De los desarrollos realizados sobre las inequidades, como enfrentarlas, el potencial de la participación, las experiencias, y obstáculos, surgen algunas indicaciones y orientaciones que pueden ser de utilidad para obtener progresos concretos en este campo crucial.

Se formulan en lo que sigue recomendaciones sobre estrategias y metodologías. Son algunas de las vías que sería valioso recorrer, pero hay muchas otras explorables.

A. Un Estado Que Dé La Cara

La ciudadanía está pidiendo más políticas públicas, pero también cambios en la concepción tradicional del Estado. Ella ha generado un Estado concentrado en sus oficinas, que planifica y ejecuta, desde allí. Opera a distancia a través de procedimientos y normas rígidas. Es opaco, cerrado, carece de flexibilidad, y adaptabilidad, y tiene baja transparencia.

Presiona por un Estado que dé la cara, que priorice las demandas reales de la sociedad, que se descentralice para tener contacto activo con ella, que maximice la transparencia, que rinda cuentas, y que cree canales permanentes de comunicación de doble vía.

Al mismo tiempo que eso se refleje en su operación cotidiana. Que en el caso de las poblaciones desfavorecidas, no funcione en oficinas lejanas, en horarios inaccesibles para ellas por su necesidad de no perder horas de trabajo, ni en lenguajes herméticos. Sino que este en donde están los que más lo necesitan, en los horarios que ellos pueden, y les “hable” en su lenguaje.

Se está demandando un Estado que “de la cara”, y esto es de la más alta aplicabilidad en el campo de la salud. El movimiento de atención de salud primaria fue pionero en esta dirección.

Para fortalecer la participación en salud, hay que avanzar en este terreno. La remodelación del perfil del Estado, en todas las dimensiones mencionadas.

La descentralización crea condiciones superiores para hacer ese cambio de diseño. Pero debe ser una descentralización que no reproduzca las estructuras burocráticas del Estado tradicional, sino que se abra plenamente a la participación.

La participación le da posibilidades de actuación real a las comunidades locales. Un camino mayor para potenciarla, y fortalecerla fue la idea de Municipio Saludable de tan significativos resultados.

B. Establecer y desarrollar una institucionalidad para la participación en salud

La promoción sistemática de la participación requiere contar con una institucionalidad acorde, expresada asimismo en leyes para darle permanencia, y sostenibilidad.

Hay iniciativas en esa dirección en numerosos países, pero se necesita desarrollar mucho más esta institucionalidad.

Un ejemplo muy relevante es el de los Consejos Municipales de Salud creados en los municipios del Brasil.

Se establecieron en 5564 ciudades. Fue como destacan Moreira y Escorell (2009) la mayor iniciativa de descentralización político-administrativa implementada en el país, que a su vez, tiene más de la tercera parte de la población de América Latina.

Contaban en el 2008 con 72.184 consejeros titulares, La mitad representaban a los usuarios. Los representantes habían sido nominados por 28.000 entidades. Esas entidades eran del siguiente tipo:

Tipo de entidad	Porcentaje del total
	%
Asociaciones de Vecinos	25
Grupos religiosos	21
Organizaciones de trabajadores	20
Asociaciones representativas de aspectos relacionados con género, etnicidad, y grupos de edad	7
Asociaciones que trabajan sobre discapacidades y patologías	5
Filantrópicas	4
Educación, deporte y cultura	4
Patronazgo	4
Poder público	3
Usuarios de servicios no especificados	2
Otras entidades	5

C. Sensibilización y capacitación de los principales actores

Un reconocido gurú de las ciencias gerenciales Henry Mintzberg ha planteado (1996) que en definitiva “los servicios en salud y educación nunca pueden ser mejores que las personas que los suministran”.

Para avanzar en participación en salud es decisivo trabajar sobre actores claves como los formuladores de políticas, y los agentes de salud, tratando de enriquecer su visión de la participación, y cambiar los sesgos desde los cuales es frecuentemente percibida.

Se requiere un plan sistemático de capacitación de dichos actores en el tema.

Uno de los focos del mismo debe ser poner en cuestión, y discutir de modo abierto, las tendencias hacia el pragmatismo inmediateista, el razonamiento meramente tecnocrático, y la relegación de aquello que no encaje con el modelo formalista de las organizaciones.

Se necesita asimismo contactar a dichos actores con experiencias ejemplares de participación en salud, basadas en encuadres conceptuales muy diferentes a estos y mostrarles como arrojan en la práctica resultados superiores.

Asimismo introducirlos a la lógica que recomienda la participación de los ciudadanos en la formulación de políticas que significa un aporte a su calidad, y construye legitimidad y apoyo. Asimismo, la que enfatiza el empoderamiento de las comunidades, aportándoles evidencia de como potencia la sostenibilidad de los proyectos en salud.

Analizando algunos de los puntos que merecen reajustes en la gran experiencia de los Consejos de salud en el Brasil Wendhausen (2006), concluye que hay que trabajar sobre temas como: “la información debe circular y realizarse en un lenguaje accesible, el habla del usuario debe ser calificada, la formación de Consejeros debe ser acelerada y reivindicada por los propios Consejos, y es preciso fijar y estimular más la participación directa en todos los niveles del sistema de salud”. Para ello resalta “se hace necesario un cambio de actitud de los profesionales de la salud que pueden ser mediadores en la construcción incremento de poder individual y comunitario, en lo cotidiano de los servicios”.

Hay resistencias que no se solucionan solo con sensibilización y capacitación, como la renuencia a compartir el poder.

Pero aun allí es posible mostrar que se verifica una y otra vez, el proceso por el cual quienes en las organizaciones comparten el poder, no pierden poder, sino por el contrario, al mejorar la eficiencia y los logros de las políticas y proyectos, amplían la posibilidad de obtener recursos, y “el poder total disponible”.

En cambio quienes cierran las puertas a la participación y concentran el poder, lo reducirán ante las distancias y resentimientos que generaran en la comunidad.

D. Reexaminar La “Misión Organizacional” De Las Agencias Ejecutoras De Proyectos De Salud Comunitaria.

Las misiones tradicionales deben ser renovadas para incluir objetivos como los siguientes:

- Elevar los niveles de participación debe ser uno de los objetivos a cumplir por la agencia.
- Debe instalarse un sistema de seguimiento y monitoreo de cómo se está avanzando en ese objetivo.
- Debe basarse en indicadores adecuados para medir participación.
- Debe premiarse e incentivarse la generación de innovaciones que puedan fortalecer los mecanismos de participación.

E. Capacitación De Las Comunidades

La implementación exitosa de proyectos de salud participativos requiere como uno de sus pilares centrales de la capacitación de las comunidades. Ella puede formar en competencias relevantes, desde conocimientos aplicables al proceso de la salud, hasta habilidades de liderazgo.

Las metas específicas, deben ajustarse a las prioridades reales de la comunidad. Se debe realizar una cuidadosa detección de necesidades, y no extrapolar mecánicamente metas de otros programas.

Así en evaluaciones de capacitaciones realizadas con líderes de comunidades pobres de Puerto Rico (Kliksberg, Rivera, CLACSO-Unesco, 2007) entre las áreas que más apreciaron se hallaba, una no previsible como la preparación en negociación. Como explicaron lo que aprendieron les permitía plantear y discutir con instrumentos adecuados sus demandas ante las autoridades públicas.

Ello es una expresión de como la capacitación puede ayudar a reducir las “asimetrías de poder” que se identificaron anteriormente como obstáculos para el progreso de la participación.

El enfoque formativo debe partir del rescate y la valorización de las sabidurías acumuladas en la comunidad, y las metodologías didácticas a utilizar deben ser planificadas teniendo muy en cuenta su cultura, de la que derivan “modos de aprendizaje” con características propias.

Los resultados de la capacitación pueden ser de los más altos beneficios.

Así lo fueron por ejemplo en el proyecto de lucha contra la desnutrición llevado adelante por CDRO una ONG indígena, con apoyo del PNUD, en Municipios pobres en Totonicapán, Guatemala, Refiere Cunill evaluando logros (Cunill 2010):

“La formación es una de las dimensiones más destacables de la iniciativa”.

Se han preparado en un breve periodo un número significativo de fitoterapeutas, terapeutas, madres monitoras, comadronas, jóvenes líderes comunitarios, y capacitado a las Comisiones de Salud.

CDRO ha creado un Centro Regional de Capacitación para la participación Comunitaria que opera en algunos de los municipios más postergados de Guatemala.

F. El Respeto A La Cultura De Los Pobres

Comunidades como las indígenas, que tienen altos porcentajes de pobreza, son portadoras con frecuencia de culturas de siglos, con modelos de relación con la naturaleza ejemplares, y con actitudes hacia lo colectivo avanzadas.

Esas culturas fueron la base que posibilitó experiencias de participación tan profundas, como la de Villa El Salvador en el Perú, Municipio Autogestionario que recibió el Premio Príncipe de Asturias, y numerosos lauros internacionales por sus logros en salud, educación, y otras áreas.

El riesgo de caer en la desvalorización de las culturas de los pobres, y generar como se señaló fuertes resistencias, y “la profecía que se auto realiza” antes señalada está latente.

El líder espiritual de CDRO Benjamín Son (2008) llama la atención sobre los efectos que puede tener el desprestigio de la cultura propia:

“Tal desprestigio empieza por ser ajeno, proveniente de afuera, pero con el correr de los años, y la sucesión de experiencias negativas, llega a introducirse al mismo corazón del menospreciado, al extremo de que el mismo llega a compartir ese menosprecio con el menoscabo consiguiente de sus capacidades personales, porque en la condición de baja autoestima coinciden la depresión y la falta de iniciativa, y por tanto menores posibilidades para aprovechar el potencial innato de la comunidad”.

El camino de respeto, y movilización de la cultura de la comunidad, ha sido el utilizado por experiencias como entre muchas otras el programa de salud Materna Arranque parejo en la vida de México.

Allí señalan Orozco Núñez y otros (2009):

“Se establece la necesidad del acompañamiento de las parteras tradicionales a las mujeres embarazadas de sus localidades, sobre todo en zonas donde la disponibilidad de personal médico es baja y existe demanda de ellas”.

Se procuró capacitarlas, acreditarlas, y se les proporcionó un equipo básico.

G. Invertir En Participación

Los análisis internacionales sobre participación en salud, destacan la necesidad de asignar recursos que permitan planificarla apropiadamente, capacitar a sus actores, gestionarla, monitorearla, y evaluarla.

La voluntad política de llevarla adelante en los hechos, debe expresarse en que se le proporcionen los recursos necesarios.

El estudio realizado en los países del MERCOSUR (Isalud, 2009) destaca como un obstáculo importante para su viabilidad, “la falta de recursos económicos”.

Una evaluación de los Consejos Municipales de Salud en el Brasil (Moreira, Escorel 2009), indica que el mayor déficit en sus condiciones de funcionamiento se observa en la limitación de los recursos financieros.

Solo 265 de ellos tienen su propio presupuesto y ello se da en ciudades de más de 2 millones de habitantes. Hay equipos de apoyo administrativo solo en 940, que están en ciudades de más de 500.000 habitantes. Hay estructuras físicas en casi el mismo número.

A pesar de todo ello es tal el interés que han despertado que el 82% de los Consejos realizan reuniones mensuales, y que el año anterior al estudio no hubo cancelaciones por falta de quórum en el 62% de los Consejos.

Debe estar en la agenda de los decisores darle los recursos necesarios a la participación. Es como se ha resaltado una inversión en capital social movilizado, insustituible, y con retornos múltiples

H. Fortalecer Las Estrategias De Comunicación

La participación en salud tiende a tener bajo perfil. En el estudio del sobre el MERCOSUR por ejemplo, aparece entre los encuestado con un grado de percepción más bajo que la participación en general.

Es muy importante hacer su “caso” ante la opinión pública. Para ello se requiere diseñar estrategias de interrelación con los medios masivos, y posicionarla en el nuevo mundo de la internet.

Debe informarse sobre las experiencias ejemplares, mostrar los logros obtenidos, educar sobre sus aportes a la salud pública, y al avance de la participación ciudadana.

Experiencias como las de los Municipios Saludables, deben tener mucha más difusión mediática.

Será muy útil poner en la atención de los medios a líderes y héroes del sistema de salud y a las comunidades desfavorecidas que han obtenido resultados relevantes.

Una vía de difusión muy importante con amplia llegada a las comunidades a las que se desea hacer participar son las radios comunitarias. Debe acercárseles información continua sobre lo que las comunidades están procurando hacer en participación en salud.

Puede ser valioso reunir a periodistas calificados en lo social, para presentarles el tema, llevar a cabo “una tormenta de ideas” sobre cómo mejorar las estrategias comunicacionales, y establecer redes de contacto permanentes.

I. Movilizar y potenciar las organizaciones de los mismos pobres

La experiencia indica que una clave para concitar la participación en salud, es dar un rol importante a las organizaciones que han establecido las mismas comunidades pobres, o favorecer su gestación.

Desde la prevención de la criminalidad juvenil que se ha convertido en un problema de salud pública como lo ha resaltado la Organización Panamericana de la Salud, hasta el combate a la mortalidad materna, la desnutrición, y la mortalidad infantil, trabajar con dichas organizaciones es un camino muy efectivo.

Son ilustrativos, entre otros, los resultados tan exitosos obtenidos con la población indígena, por una ONG indígena como CDRO, o el interés prestado a los Consejos de Salud o entidades similares por las organizaciones barriales. Son dignas de todo interés, experiencias como la del Movimiento Nacional de Usuarios del Uruguay, que reúne entre otros a integrantes de Consejos Vecinales, de Comisiones de Salud, y redes barriales.

J. Metodologías Para La Participación

Los mecanismos de participación en salud deben diseñarse teniendo en cuenta entre otras dimensiones el contexto en el que se va a actuar, las historias institucionales de los actores públicos, las características de la población cuya participación se desea obtener, sus culturas ya destacadas, experiencias previas realizadas con ellas, y lecciones extraíbles.

En una lista solamente ejemplificativa entre los mecanismos posibles se hallan los siguientes que se están aplicando actualmente:

- Los Consejos consultivos de Salud
- Presupuestos participativos
- Mesas locales de Salud
- Investigación-acción
- Diálogos participativos
- Comités de gestión y análisis de reclamos
- Encuentros en los barrios
- Hospitales amigos
- Rendiciones participativas de cuentas públicas
- Comités de seguimiento y monitoreo
- Evaluaciones de la gestión participativa por las comunidades
- Farmacias Sociales
- Juntas de Saneamiento
- Redes de municipios que impulsan procesos participativos en Salud

K. Un activador fundamental de la participación, es la experiencia misma de participación

Algunas de las experiencias más referenciadas de participación de la ciudadanía en América Latina como el presupuesto municipal participativo de Porto Alegre, las Escuelas Educo en Centroamérica, el vaso de leche en el Perú, Villa El Salvador en ese país, y otras, tienen un elemento en común, la participación creció con su ejercicio.

En el proceso de articularse y muchas veces auto organizarse para participar, las comunidades fueron aprendiendo a participar. En la medida que obtenían logros ellos las potenciaban. En cuanto conseguían modificar la realidad, recuperaban estima, revalorizaban su cultura y aumentaba su confianza en sus propias posibilidades.

Todo ello se da asimismo en la participación en salud. Gallego, y Navarrete (2006) concluyen analizando municipios en Colombia:

”Un facilitador muy importante para la participación por parte de los usuarios, es la capacidad de logro percibida por muchos de ellos, basada en sus experiencias en el trabajo organizado y en el conocimiento de los mecanismos de participación”. Resaltan que hay allí “un enorme potencial para impulsar la participación, pues no cabe duda que el locus de control interno, la capacidad de logro y la autocrítica, serán piedra angular para lograr una involucración efectiva de los usuarios en la gestión en salud”.

En otro país Paraguay un estudio (ISALUD, 2009) llega a resultados semejantes:

“Coincidiendo con datos de otros países, quienes han tenido experiencias de participación expresan la oportunidad de un crecimiento personal, un incremento en la autoestima, y el fortalecimiento grupal e individual de los involucrados”.

L. Impulsar La Investigación Y La Gerencia Del Conocimiento

El campo necesita una ampliación importante de los esfuerzos de investigación. Como bien se ha descrito (Gallego y Navarrete, 2006):

“A pesar de que la participación en salud se ha promovido como política pública, son escasos los estudios que evalúan los diferentes elementos que influyen sobre la implementación de las políticas, y la visión de los diversos actores implicados en dichas políticas”.

Se precisa entre otros temas llevar adelante estudios que:

- Midan los impactos de la participación en salud sobre los resultados de los programas.
- Analicen los comportamientos de los involucrados e identifiquen fuerzas a favor y en contra de la participación, y posibles estrategias.
- Consulten a las comunidades sobre sus percepciones, y sugerencias.
- Analicen experiencias fracasadas para entender cuáles fueron los factores críticos incidentes.
- Den cuenta de las lecciones que pueden extraerse de experiencias ejemplares, y de las condiciones que se requieren para su replicabilidad.
- Indaguen la dinámica real que se da al interior de los mecanismos de participación creados.
- Indiquen los mejores conductos para que la población esté informada en tiempo real sobre las oportunidades de participación.

Junto a ello se necesita hacer un trabajo sistemático en gerenciar el conocimiento sobre esta área. Entre otros aspectos inventariar experiencias, documentarlas, capturar innovaciones, generar mecanismos de circulación, e intercambio de experiencias, crear Bancos de Datos.

VII. UNA OBSERVACION FINAL

Amartya Sen ha señalado que la lucha por la equidad, y la lucha por la salud pública están totalmente interrelacionadas. Enfatizo (2010):

“Ninguna concepción de la justicia social que acepte la necesidad de una distribución equitativa y de una formación eficiente de las posibilidades humanas puede ignorar el papel de la salud en la vida humana, y en las oportunidades de las personas para alcanzar una vida sana, sin enfermedades y sufrimientos evitables, ni mortalidad prematura”.

Trabajar por la salud pública requiere imprescindiblemente indagar la situación de los determinantes sociales de la salud, como lo ha hecho rigurosamente la Comisión Mundial creada a tal efecto por la OMS.

A pesar de los acelerados progresos tecnológicos de nuestro tiempo, el acceso a los determinantes básicos, como los alimentos, el agua, un medio ambiente saludable, la vivienda, y otros es totalmente desigual en vastas regiones del globo. Si le suman las severas dificultades de protección en salud, y la posibilidad de contar con medicamentos, de amplios sectores, se produce una aguda brecha entre las esperanzas de vida, y los años de vida saludable según el lugar y el hogar donde se nace.

A pesar de pertenecer a una misma generación, y tiempo histórico, el “accidente de nacimiento” marca pesadamente el destino.

Así según un estudio reciente de la Escuela de Salud Pública de Harvard (2010) más de 2000 millones de personas no tiene acceso adecuado a tratamientos quirúrgicos.

Mientras que las regiones de alto ingreso tienen 14 salas de operación por cada 100.000 habitantes en las de bajos ingresos, hay menos de 2 cada 100.000 habitantes a pesar de tener un peso más alto de enfermedades necesitadas de cirugía. Gawande (2010) resalta:

“No es noticia que los pobres tienen peor acceso a servicios hospitalarios como la cirugía. Pero el tamaño de esa población es shokeante. Nuestros hallazgos indican que 1/3 de la población mundial permanece sin acceso a servicios de cirugía elementales como emergencias cesáreas, y tratamientos por accidentes de tráfico serios”.

Las distancias en salud pública repercuten en las posibilidades de desarrollo de los países. De acuerdo a estimaciones de la Comisión de Salud de la Unión Europea, el 50% del diferencial de crecimiento entre países pobres y ricos se debe a la mala salud y la menor esperanza de vida.

Como se ha visto en este trabajo, la participación en salud pública, tiene un alto potencial para incidir favorablemente en las pronunciadas asimetrías en determinantes sociales de la salud, y accesos.

Por otra parte, en esta era de generalización creciente de las aspiraciones a la democratización, mejorar y potenciar la participación en salud es factible además de deseable.

Ya se ha instalado en el discurso, pero como se mostró ello no lleva automáticamente a que se exprese en la realidad. Para impulsarla se necesita actuar en todos los terrenos señalados en las recomendaciones anteriores, y otros.

Es preciso crear condiciones propicias para ella.

Entre otros aspectos se requieren, cambios en la concepción del Estado que lo conecten más estrechamente con la población, institucionalizar mecanismos de participación, insertar de la participación en la misión organizacional de las agencias públicas de salud, capacitar los actores

públicos y de las comunidades, invertir recursos en participación en salud, respetar las culturas comunitarias, fortalecer sus organizaciones, diseñar estrategias afinadas de comunicación, aumentar la investigación y mejorar la gerencia del conocimiento.

A todo ello se suma que un prerrequisito para profundizar la participación, es la experiencia misma de participar.

La tarea pendiente es muy amplia. Ha sido postergada por demasiado tiempo. Es imperioso para afianzar el más básico de todos los derechos, el derecho a la salud, avanzarla firmemente.

NOTAS

- (1) Pueden verse al respecto las obras de Kenneth Kernaghan Profesor Emérito de la Universidad de Toronto, Canadá pionero del tema. Están analizadas en: “Professionalism and Public Service. Essays in honour of Kenneth Kernaghan”. University of Toronto. Press. 2008.
- (2) El autor examina en detalle el rol del capital social en el desarrollo en Bernardo Kliksberg, “Más ética, más desarrollo” (19ª edición, Temas, 2010) y Bernardo Kliksberg “Escándalos éticos” (Temas, 2011).

REFERENCIAS

Aynisuyu (2010). Comunidades que construyen políticas públicas. Prosalus, Revista trimestral, numero 89. Diciembre.

Bascolo, Ernesto y Natalia Yavich (2010). Gobernanza del desarrollo de la Atención Primaria de Salud en Rosario, Argentina. Revista de Salud Pública. Vol.12.Abril.

Bidani, Benu and Martin Ravallion (1997). Decomposing social indicators using distributional data. Journal of Econometrics.77

Birch, Marion (2009). Garantizar la equidad “Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud”. Boletín de la Organización Mundial de la Salud.

Birdsall, Nancy and Juan Luis Londono (1997). Assets inequality matters. American Economic Review, May.

CEPAL (2010). Panorama Social de América Latina y el Caribe, 2010. Santiago de Chile.

CEPAL. Anuario estadístico sobre América Latina y el Caribe, 2010.

Chan, Margaret (2010). Global health challenges stretch beyond the Millennium Development Goals. In “Creating a global health policy worthy of the name”, Europe’s World.

Chunling Lu (2010). It’s still too soon to pass judgment on global health aid. In Creating a global healthy policy worthy of the name. Europe’s world.

Commission of social determinants of health (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. World Health Organization, Geneva.

Cunill Grau, Nuria (2010). Formación de capital social en comunidades mayas para el combate de la desnutrición del municipio de Totonicapán, Guatemala. En “Experiencias Sociales Ejemplares”. Fondo España-PNUD “Hacia un desarrollo integrado e inclusivo en América Latina y el Caribe”, AECID, PNUD. New York.

- Dedeu, Toni (2010). Participación ciudadana en la gobernanza de organizaciones Sanitarias. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada*.vol.2, Iss1, article 6.
- Drucker, Peter (1993). Conferencia en Drucker Foundation Advisory Board. Druker Foundation.
- Frank, Robert (2010). Income inequality: too big to ignore. *The New York Times*, October 16.
- Gallego, Maria Delgado y Luis Vasquez Navarrete (2006). Barreras y oportunidades para la participación social en salud en Colombia: percepciones de los actores principales. *Universidad Nacional de Colombia. Revista de salud Publica*.vol.8, Julio.
- Gawande, Atul (2010). In “More than two billion people worldwide lack Access to surgical services”. 2010 Releases. *Harvard School of Public Health*.
- Genro, Tarso (2005). El presupuesto participativo y el Estado. Incluido en Bernardo Kliksberg, comp, (2005). *La agenda ética pendiente de América Latina*. Fondo de Cultura Económica. BID. Buenos Aires.
- Gupta, S., M. Verhoeven and E. Tionson (1999). Does higher government spending buy better results in education and health care. Working paper 99/21. *International Monetary Fund*. Washington DC.
- Hirschman, Alberto O.(1984). Against parsimony: three easy ways of complicating some categories of economic discourse. *American Economic Review*. V.74.N.2, mayo.
- ISalud (2009). Investigación Participación en Salud en el MERCOSUR (2006-2008). *Psicología y Psicopedagogía*. Publicación virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la Universidad del Salvador. No.20. Abril.
- Juan XXIII (1961). Carta Encíclica Mater et Magistra. *Librería Católica Acción*. Buenos Aires.
- Kawachy, I. B. Kennedy y K. Lochner (1997). Long live community social capital as public health. *The American Prospect*. November-December.
- Kliksberg, Bernardo y Marcia Rivera (2007). El capital social movilizado en la lucha contra la pobreza. *La experiencia de las Comunidades Especiales de Puerto Rico*. CLACSO, Unesco.
- Latinobarómetro (2009). Santiago de Chile.
- Levine Set and Dijk Oege (2010) The economic view. *The New York Times*, October 16.
- Méndez Claudio A., y Jairo J.Vanegas López (2010). La participación social en salud: el desafío de Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, ol.27, no.2, Washington, Febrero.
- Merton Robert (1964). *Teoría y estructura sociales*. Fondo de Cultura Económica.

Mintzberg, Henry (1996). Managing Government, governing management. Harvard Business Review, may-june.

Moreira, Marcelo, y Sarah Escorel (2009). Municipal Health Councils of Brazil: a debate on the democratization of health in the twenty years of the UHS. Ciencia @ Saude colectiva 14(3).

Musgrave, Philip (1996). Public and private roles in health. World Bank, Discussion paper. No.339.

Navarro, Zander (1998). La democracia afirmativa y el desarrollo redistributivo: el caso del presupuesto participativo en Porto Alegre, Brasil (1989-98). Seminario "Programas Sociales, pobreza y participación ciudadana". BID.

Organización Mundial de la Salud (2002). Macroeconomía y Salud. Ginebra.

Organización Panamericana de la Salud (2008). Primer Foro de Salud Urbana Regional. Mexico.

Orozco, Emanuel, Miguel Angel González, Luz Maria Kageyama Escobar, Bernardo Hernández Prado (2009). Participación social en salud: la experiencia del programa de salud materna Arranque Parejo en la vida. Salud Pública de México. V.51, no.2, Cuernavaca, ar/abr.

Osmaini, S.R. (2006). DTCD, World Public Sector Report 2007. United Nation.

Pellegrini Filho, Alberto (2002). Inequidades de acceso a la información e inequidades en salud. Revista Panamericana de Salud Pública. Vol.11, no.5-6, Washington, May-June.

Rodriguez Ramirez, Héctor (2011). San Pedro Garza Garcia: el desarrollo social en cifras. Tecnológico de Monterrey. México.

Roses Periago, Mirta (2010). Reportaje "En América la salud está signada por la desigualdad". Revista Veintitrés, Buenos Aires, 12 de Febrero.

Schutter, Olivier (2011). El hambre es un problema político. Reportaje, El País de España, Marzo.

Sen, Amartya (1998). La mortalidad como un indicador económico. Primera Conferencia Innocenti de Unicef.

Sen, Amartya (2010). Por que la equidad en salud? En Sen Amartya, y Bernardo Kliksberg. Primero La Gente. (9na.edicion, 2010). Editorial Temas.

Son, Turnil Benjamin (2008). El sistema POP. Trias, Union Europea y CERCAP. Guatemala.

Sulbrandt, José y Alvaro Lefioa (2010). La experiencia de Costa Rica en la reducción de las tasas de mortalidad infantil y maternal. Aprendizajes y desafíos. En "Experiencias sociales

ejemplares”. Fondo España-PNUD “Hacia un desarrollo integrado e inclusivo en América Latina y el Caribe, AECID, PNUD. New York.

Sulbrandt, José y Ana Maria Moraga (2010). Fortalecimiento de las estrategias de reducción de la mortalidad materna en Bolivia. En “Experiencias Sociales Ejemplares: Fondo España-PNUD “Hacia un desarrollo integrado e inclusivo en América Latina y el Caribe”, AECID, PNUD. New York.

The World Bank (2000) Deepa Narayan and others. Voices of the poor. Washington.

Todd H. (1996). Women at the Center. Grameen Bank borrowers after one decade. Boulder Westview Press.

Wilkinson, Richard and Kate Pickett (2010). The spirit level: why equality is better for everyone. Penguin.

World Health Organization. Centre for Health Development (2008). Our cities, our health, our future.

XII Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de Salud (2010). Hacia la construcción de una agenda renovada de integración de Educación y Salud. Buenos Aires, 10 y 11 de Junio.