

HACIA UN MODELO DE GESTIÓN EN SALUD MÁS DESCENTRALIZADO Y PARTICIPATIVO¹

Cuando se habla de la reforma del estado, desde el discurso neoliberal, se asocia esta cuestión a medidas tales como privatización, recorte presupuestario, achicamiento estatal. Estos postulados, si bien tuvieron fuerte hegemonía durante la década del gobierno menemista, aun hoy aparecen como resabios. Sin embargo desde las políticas implementadas por el gobierno municipal este concepto asume una resignificación y dimensiones diferentes. Ampliar y profundizar la **participación** en la acción de gobierno, también es reformar el estado. Implicó replantear la relación entre el estado y la sociedad y buscar nuevas formas de articulación, democratizar el proceso de cambio ineludible del estado y encontrar soluciones más integradas y creativas a los problemas que cotidianamente enfrentamos. Esto ha significado abrir el juego a la comunidad en aspectos sustantivos como la planificación y la gestión de gobierno y no simplemente legitimar decisiones, sean políticas o técnicas, tomadas centralmente.

La definición política de la descentralización del municipio dio un marco inmejorable para este proceso, y permitió enriquecer y ampliar los márgenes de participación alcanzados.

En este marco nos toca hoy profundizar ese camino. Contamos con la tarea de un conjunto innumerable de trabajadores de la salud y ciudadanos de las comunidades barriales en una infinidad de contextos particularmente diversos, enfrentando diferentes problemas con diferentes sueños y recursos. ¿Cómo resumir el ritmo esencial de este conjunto de melodías creadas, ejecutadas, recreadas desde los distintos barrios de la ciudad, desde los diferentes equipos de salud, así, como las murgas, con infinitos matices, melodías, movimientos, donde cada músico encuentra un espacio para manifestar su deseo y aportar a la creación de todos, sin perder coherencia ni armonía? ¿Cómo sintetizarlas para que constituyan la dirección, el sentido de la política y la gestión de la Secretaría de Salud Pública?

A continuación enunciaremos algunas ideas que tal vez aporten para pensar un modelo de gestión que lo logre: en primer lugar, la política de la Secretaría de Salud en Rosario ha asumido un compromiso con el cambio. Porque entender el trabajo en salud como una lucha individual y social contra las condiciones que limitan la vida, implica entonces recuperar la capacidad de construir sueños colectivos, como único modo de correr permanentemente el límite de lo posible, desnaturalizando la noción de inevitabilidad del status quo. La política de descentralización y distritalización se instala entonces como una actividad esencialmente política, por eso en Rosario se incorpora a una reforma integral del estado municipal tendiente a acercar la capacidad de decisión a ese contexto local donde los problemas se definen, se construyen, se priorizan y se sufren. La ciudad entonces, ha descentralizado su gestión en seis distritos, los que no son vistos naturalizadamente como espacios físicos completos, sino como espacios en permanente construcción, productos de una dinámica social donde se tensionan sujetos sociales puestos en la arena política.

Cada uno de esos territorios es mucho más que una superficie geofísica: es un escenario de vínculos y conflictos, de intereses diversos en juego, de proyectos de distintos actores con distintas cuotas de poder. Se trata de un peculiar tejido donde los determinantes económicos y políticos se inscriben en la cultura y el modo de vivir, enfermar y morir de una población.

En el actual contexto de exclusión entendemos que trabajar en salud significa trabajar para incluir, para construir ciudadanía, es decir construir y defender la conciencia del derecho a la salud, a la vez que construir, defender y vigilar las condiciones para el ejercicio efectivo de ese derecho. Entendemos como inherente a la noción de derecho la equidad en la distribución de los riesgos de enfermar y morir, la equidad en la utilización efectiva de los servicios de salud, y la equidad en la distribución del saber y el poder. Como consigna, como misión

¹ Secretaría de Salud Pública Dirección de General de Servicios de Salud – febrero 2004

institucional, se trata de una tarea imposible para una organización burocrática tradicional. Una tarea como ésta necesita de sujetos: de la construcción conjunta de actores de la comunidad y de trabajadores de salud que se asuman como protagonistas, para lo cual es imprescindible asegurarles un grado de autonomía y responsabilización en las decisiones. Cada equipo local tiene autonomía para decidir integrado al protagonismo de la comunidad el proyecto de trabajo: los problemas prioritarios, las estrategias para abordarlos, el modo de evaluar el cambio producido. Por eso hablábamos de murgas y no de orquestas con partitura y director. Pero aún hablamos de música, y no de ruido. La autonomía local se enmarca en directrices comunes, innegociables, “la esencia del ritmo”: la equidad, el protagonismo de la comunidad, la eficacia social (como prioritaria respecto de la eficiencia) pero también la eficiencia, la prevención y la promoción de la salud, la resolutivez de una práctica clínica que respete la dignidad y singularidad de los sujetos. Estas directrices se resumen en los siguientes ejes de trabajo:

- ❖ Clínica contextualizada.
- ❖ Estrategias para lograr equidad en la utilización de los servicios.
- ❖ Programación local participativa de acciones en defensa de la salud y la vida.

A propósito del Distrito.

La primera distinción que se debe hacer para entender la concepción de distrito sanitario es considerar dos acepciones o sentidos del término el concepto geográfico- administrativo, y la concepción político-social-cultural.

Así como las instituciones pueden entenderse en el sentido de normas, leyes, edificio y hasta lugares físicos, (“La secretaría” “el Palacio” etc.) pueden verse también como espacios de tensión ideológica y política donde conviven, a veces y confrontan otras, ideas, proyectos, deseos.

En la mirada llamémosle “administrativista”, se inscribe un pensamiento fuertemente burocrático donde “Otros” deciden, programan, planifican, ejercen el poder. Este poder omnipotente sólido sin fisuras y por tanto imposible de doblegar. Es así como esta “imagen” o lugar de poder es paradójicamente deseada permanentemente por quienes la sufren. Sin embargo ese lugar de objeto de las decisiones de otro no es visto como tal, sino desde un lugar pasivo y de descompromiso; quien sólo obedece no es responsable.

Estas dos visiones del distrito no son antagónicas ni excluyentes. La delimitación geográfica administrativa es imprescindible a la hora de definir espacios de intervención de proyectos, de distribución de recursos etc. En la experiencia acumulada hasta hoy, utilizando la perspectiva del pensamiento estratégico en planificación, discusiones en torno al acceso a los servicios, articulación entre distintos niveles de la red, implementación de estrategias no clásicas para la recolección de información territorial, etc., fueron generando el debate y la construcción del consenso en torno a la idea de que el distrito no es sólo una desconcentración administrativa ni de optimización de recursos de la Secretaría, sino un proceso social de transformaciones de las prácticas sanitarias. En este sentido cabe la diferenciación entre hablar de un distrito Sanitario y un proceso de distritalización.

(Se hace necesaria un desarrollo entre la idea de descentralización como herramienta política de socialización del poder y la conducción central de este proceso.) La dialéctica entre la centralidad y la democracia.

La idea de territorio.

Según E Vilaca Mendes, existen dos concepciones de territorio, la primera responde a la idea del espacio físico dado completo. Esta concepción responde a la teoría político administrativa.

Por otro lado, entendiendo el distrito como proceso, se ve al territorio como un espacio en permanente construcción, producto de una dinámica social donde se tensionan sujetos

sociales en la arena política. Es decir el distrito vivo, palpitante, contradictorio, turbulento: una imagen más cercana a lo que podemos entender como real. Estas adjetivaciones hacen del espacio territorial el escenario donde se construye la necesidad del cambio y su viabilidad. Ahora ¿qué es lo real? ¿La realidad es un fenómeno objetivable cuantificable, o por el contrario una construcción y por tanto relativa a quién/ quiénes la construyen? ¿Se puede construir sólo con datos demográficos, epidemiológicos, estadísticos? La realidad no es lo que está afuera sino lo que uno acepta como realidad. En fin, si la realidad decimos con Paulo Freire **no es así, la realidad está así** se abre a la pregunta de quién la construye y qué intereses representa. “La realidad”, continúa Freire, “no está así por que ella quiera, ninguna realidad es dueña de sí misma, esta realidad está así porque estando así sirve a determinados intereses de poder. Nuestra lucha es por cambiar esta realidad, no de acomodarnos ella. Este fatalismo posmoderno, no existía antes, es una connotación fundamental del discurso neoliberal que debe ser combatida con firmeza. En contra de lo que habitualmente se cree, el gran poder del discurso neoliberal reside más en su dimensión ideológico-política que en su dimensión económica.” Hasta acá Freire (El Grito manso, p 63 Siglo veintiuno editores. Argentina marzo 2003). Pues bien, si la realidad no es, sino está, si está como consecuencia de fuerzas que así lo disponen (actores, decimos nosotros) y si no es sino aquello que aceptamos que sea, luego nuestro diagnóstico final (aceptado) será aquello que los actores que queremos escuchar digan. Estos actores serán quienes den contenido a una planificación democrática. En la medida que nuestras acciones faciliten las voces de la mayor cantidad de actores esa realidad construida y aceptada, será más cercana a la articulación de proyectos viables. Tomando a Mario Testa, la viabilidad es un criterio de validez más efectivo que la verdad, que reservamos para la Teología y que la veracidad, que el psicoanálisis nos ha develado como inasible. La viabilidad, como la construcción política capaz de articular voluntades en un proyecto, será el criterio que valide la construcción del conocimiento, la problematización de la realidad para transformarla. en la arena política del distrito. En cambio si estos actores-sujetos sólo son objetos de las políticas decididas centralmente, lejos estaremos de un modelo de democracia directa.

Esta concepción choca frontalmente con los modelos burocráticos centralizados de las instituciones públicas. Contradicción ésta que por momentos se vuelve dilemática. Es aquí cuando el proceso de distritalización debe ser conducido centralmente por el ápice estratégico de la Secretaría en este caso. Para ello se hace imprescindible tener en cuenta algunas consideraciones.

Claridad estratégica.

Coherencia política.

Flexibilidad táctica.

Objetivos definidos.

Algunas ideas para pensar un modelo de gestión del distrito:

- *La necesidad de deconstruir la organización burocrática generando dispositivos que organicen las prácticas en el eje de las necesidades de la comunidad. Asumiendo estas necesidades como una construcción compleja, dinámica y contradictoria. La burocracia resuelve el conflicto negándolo: la única voz que se impone es la de la norma o la autoridad. Creemos necesario revisar todos los circuitos de decisiones diseñados en torno a esta concepción y sustituirlos por dispositivos en los que se privilegie la explicitación de los conflictos y mecanismos que permitan su superación en la búsqueda de síntesis*

dialécticas sucesivas, que contengan, supriman y superen las contradicciones. Repensar la organización del proceso de trabajo repensando todos los circuitos de toma de decisiones.

- *Descentralizar implica en primera instancia construir una fuerte centralidad. Esto instala la necesidad de definir directrices que constituirán la esencia, el núcleo de la preocupación y responsabilidad del nivel central de la conducción. La conducción central de la organización (la SSP) deberá entonces pensar su estructura en función de asegurar las capacidades que le permitan garantizar el cumplimiento de esas directrices y despojarse de toda estructura que las exceda, de modo de garantizar que **toda decisión se tome lo más cercanamente posible al nivel en el que se vive el problema y que en toda decisión que se tome en el ámbito de la SSP esas directrices centrales estén aseguradas.***
- *Es necesario además dotar al distrito de capacidad de gestión, garantizando una estructura de gestión que concentre capacidades en torno a asegurar la posibilidad de comprender la realidad del modo más cercano posible a las perspectivas de la comunidad y sus conflictos, sin resignar solvencia técnica específica ni compromiso político con las directrices del nivel central. La comunidad reconoce sus problemas de un modo complejo, alejado de los reduccionismos y mecanicismos disciplinarios y burocráticos. La capacidad de asumir y dialogar con esa complejidad debe estar asegurada en la gestión del distrito. A tal fin se estima necesario recurrir a un equipo de gerencia que tendrá una dinámica de trabajo en relación con los equipos de salud barriales, todos los servicios de apoyo de estos equipos (equipos de referencia, internación, interconsulta, programas y áreas específicos), en relación con los equipos de gerencia de los otros distritos, con los que se construiría un espacio de negociación y consenso entre sí y con un equipo de gerencia central (el ápice estratégico de la SSP). Cada uno de estos equipos de gestión debe constituirse asegurando las siguientes capacidades como mínimo:*

-compromiso ideológico con los ejes de la gestión

-flexibilidad y capacidad de cuestionamiento y aprendizaje permanentes

-capacidad de diálogo: de escucha y de comunicación, de construcción de nuevas formas de vínculos

-conocimiento del territorio

-formación en salud pública, fundamentalmente en políticas de salud, planificación, gestión y epidemiología social.

Tanto los equipos de gestión distrital como el central necesitan imprescindiblemente de áreas de apoyo matricial, cada una de las cuales debe contar con expertos en la especificidad de la disciplina o problemática que la definen. Estos equipos son usinas de producción de conocimiento técnico específico al que los equipos de gestión deben tener acceso en forma oportuna y dinámica para responder a necesidades heterogéneas y complejas con la mayor eficacia. La perspectiva técnica específica producida desde estos equipos se integrará a los procesos de planificación y gestión colectivos que a nivel local, distrital y central constituyan el eje de discusión y construcción de las políticas.

(Hemos utilizado libremente en la redacción de este texto ideas de Gastón De Souza Campos, Eugenio Vilaca Mendes, Mario Testa, Mario Rovere, Paulo Freire y compañeros y compañeras de los equipos de gestión de Atención Primaria)

PREGUNTAS PARA LA DISCUSIÓN:

- 1- ¿ Considera que esta propuesta contiene elementos superadores de la situación actual? ¿Por qué?
- 2- ¿Cómo imagina la gestión de los servicios de su responsabilidad en el contexto de una gestión con base territorial como se propone?