

Modelo participativo de gestión en Salud

*Propuesta del Area de Investigación en Salud como Documento para la discusión**

INTRODUCCIÓN

En el marco de una etapa de profundización del proceso de descentralización del municipio de Rosario, las políticas de la Secretaría de Salud Pública expresan claramente un compromiso con el cambio en la gestión en salud hacia un modelo más participativo ⁽¹⁾.

Esto sobre la base de los considerables avances en la calidad de atención, de la disponibilidad de recursos de personal calificado y comprometido con su accionar, de una alta capacidad resolutoria de las demandas asistenciales por la infraestructura de servicios, algunos con recursos de tecnología avanzada, su estructuración en red por niveles de complejidad, etc.

En un contexto totalmente propicio e inmejorable cual es el del proceso de descentralización impulsado por el gobierno municipal, la necesidad de deconstruir la actual organización y prestación de los servicios hacia formas más democráticas de intervención en salud, podría estar respondiendo a una serie de fundamentos, como los siguientes:

- Las condiciones de salud no parecen haber variado sustancialmente hasta ahora porque, por un lado, sus determinantes se encuentran en los niveles diferenciales de vida de la población (dadas por el acceso al empleo, características sociales, culturales, posibilidades de acceso a servicios básicos, etc.) y, por otro lado, los esfuerzos estuvieron centrados principalmente en el fortalecimiento del sistema de servicios de atención, no existiendo antecedentes de acciones intersectoriales integradas, propias de un sistema de salud.
- Muchos padecimientos persisten porque la población tiene conductas a menudo contrarias a la salud, muchas veces condicionadas por los modos de vida y pautas culturales. Algunos sectores más críticos no reconocen la necesidad de atención, no acceden o no utilizan debidamente los servicios a su alcance, no adhieren a pautas o prescripciones asistenciales, quedando excluidos de un efectivo ejercicio del derecho a la salud, del diagnóstico oportuno y de las posibilidades de recuperación y de prevención secundaria de los cuadros patológicos. La responsabilidad del Estado en este aspecto ha sido sustentada prioritariamente en una planificación todavía atravesada por lo normativo, decidida centralmente y con aún escasas formas activas de articulación de sus relaciones con la sociedad para promover un cambio en dichas conductas.
- Existen algunos obstáculos derivados de los propios procesos de trabajo, dificultades para consolidar el funcionamiento del sistema de referencias y así facilitar la trayectoria de los usuarios por la red de servicios de atención. También producto de una planificación normativa, el funcionamiento actual del sistema de servicios, podría estar afectando la eficacia social, la equidad y la eficiencia de la respuesta asistencial.

* Secretaría de Salud Pública - Area de Investigación en Salud – mayo 2004

OBJETIVOS GENERALES PARA EL NUEVO MODELO DE GESTIÓN

Consecuentemente con los fundamentos anteriores, se identificarían los objetivos generales para el desarrollo de un nuevo modelo de gestión, sustentado en el desarrollo de procesos de organización y participación social.

Un aspecto a puntualizar es que, más amplio que el concepto de participación comunitaria, se adhiere a la categoría de **participación social**, entendida como procesos sociales a través de los cuales los grupos (incluidos los de la comunidad), las organizaciones, instituciones, sectores y actores sociales de una zona geográfica determinada intervienen en las cuestiones de salud y otros problemas relacionados y se unen en una alianza para diseñar y poner en práctica las soluciones correspondientes. ⁽²⁾

El orden con el que se enumeran a continuación los objetivos, no guarda relación con una direccionalidad en las posibilidades concretas de su cumplimentación, posibilidades éstas que estarán dadas por razones de viabilidad, factibilidad u oportunidad temporal. Los objetivos generales que guiarían el desarrollo del modelo serían:

- 1- Formular, ejecutar y evaluar programas intersectoriales para modificar, aunque sea parcialmente, las condiciones de vida de la población de cada distrito hacia el desarrollo de comunidades saludables.
- 2- Reorientar la respuesta asistencial, reorganizando los servicios, las estrategias y programas médico-preventivos, en función de las necesidades prioritarias que reconoce la comunidad a nivel local, bajo la forma de una planificación ascendente e involucrando todos los niveles de gestión.
- 3- Implementar modelos terapéuticos integrales con nuevos patrones de relación con el sujeto enfermo ⁽³⁾: consensuando niveles de responsabilidad y normas de procedimientos en todos los niveles de la red de servicios, rediseñando los procesos de trabajo, aumentando la capacidad resolutive de los centros de salud y de atención domiciliaria con la correspondiente estimación de recursos requeridos, a fin de optimizar la calidad de la atención, mejorar la eficacia, eficiencia y equidad del sistema de servicios.

ALGUNOS ASPECTOS DEL DESARROLLO OPERATIVO DEL MODELO

- A partir de los objetivos generales aquí planteados, se deberían **derivar propuestas específicas** como pasos o etapas intermedias a lograr, en el orden que surja consensuadamente a partir de un análisis estratégico de razones de viabilidad, factibilidad y oportunidad para su realización.
- Un componente esencial del desarrollo operativo del modelo en cada una de sus etapas, sería el necesario **monitoreo de los avances, resultados e impacto**. Para ello se requeriría la implementación de un sistema de registro de datos con la correspondiente generación de indicadores cuantitativos, la elaboración de informes evaluativos desde una perspectiva cualitativa identificando factores que pueden dificultar/favorecer la participación social y así retroalimentar el proceso, el emprendimiento de **investigaciones - acción participativas** en aspectos claves, que al ser generadoras de acciones son entendidas también como una estrategia de cambio social.

La investigación-acción participativa comprende cuatro procesos simultáneos e interrelacionados:

- la investigación científica colectiva de los problemas concretos de una comunidad involucrando a todas las partes interesadas;
 - la reflexión conjunta sobre las causas y consecuencias estructurales de estos problemas y del potencial de la comunidad para resolverlos;
 - la acción organizada encaminada a resolver los problemas y modificar sus causas y
 - la educación y entrenamiento necesarios a la comunidad que resulten del proceso de investigación y sistematización e intercambio de conocimientos. ⁽⁴⁾
- Un aspecto central para el desarrollo del modelo sería la **delimitación del ámbito o territorio de trabajo de cada distrito**, o sea la definición de los grupos de población que están bajo la responsabilidad del sistema de servicios municipales y que constituyen el objeto/sujeto de las acciones a desarrollar, y el correspondiente conocimiento de sus características demográficas, localización geográfica y modalidades actuales de acceso y utilización de los efectores de salud (municipales, provinciales y de obras sociales).

En este sentido, la **obtención de esta información con base directa en la población** no sería reemplazable por otras aproximaciones, como por ejemplo:

- a través de la delimitación de las áreas de influencia de los Centros de Salud a través de la localización geográfica de las viviendas desde las que se producen demandas efectivas a los Centros de Salud. Este mecanismo conduciría a mediciones sólo aproximativas de los denominadores necesarios para el cálculo de los indicadores cuantitativos, de cobertura de las acciones de salud, de derivaciones, internaciones, etc. Por otra parte, no permitiría definir claramente el sector geográfico para delimitar el ámbito de trabajo: a su interior coexisten sectores que acuden a efectores provinciales, no acceden ni utilizan los Centros de Salud, no ameritan ser asistidos porque disponen de cobertura por obra social, etc.

- a través de las historias clínicas familiares de aquellos grupos que accedieron a los Centros de Salud para estimar la población a cubrir. Hacer un cálculo estimativo de la población a cubrir potencialmente por este mecanismo también plantea un sesgo, en el sentido de que se parte de familias en que al menos uno de sus miembros ya ha efectuado una consulta a los Centros, dejando al descubierto sectores con dificultades en la accesibilidad y utilización de los servicios y que, precisamente, ameritan su particular consideración.

Además, se agrega, que ambas aproximaciones implicarían el mantenimiento de una lógica tradicional, la de la planificación burocrática/autoritaria desde los servicios y sólo hacia la población que demanda, que se contraponen con los conceptos y premisas de una intervención democrática con alto grado de participación social¹.

En coherencia con los conceptos que orientan al **modelo de gestión participativa**, para la etapa de delimitación territorial y de la población a cargo de los Servicios de Salud, la propuesta sería desarrollar una primera experiencia de trabajo conjunto con la

¹ Estos comentarios que aluden a las actividades que los Centros de Salud deben emprender para delimitar su población a cargo – la delimitación territorial -, dan lugar por otra parte a necesarias reflexiones sobre cómo definir la población adscripta a efectores de mayor complejidad cuando éstos son reconocidos como “responsables del apoyo matricial de las áreas específicas”, para una atención especializada, interconsultas, internaciones, etc. ⁽⁵⁾

O sea, que una cuestión a definir sería si la población adscripta habrá de definirse desde los hospitales por el mapeo de las demandas/consultas efectivizadas, o bien si la población a cargo tendría que ser la derivada por los sistemas locales de salud.

comunidad, actores sociales y organizaciones barriales, etc. con el carácter de investigación – acción, cuyos objetivos serían:

1- Analizar con la población los objetivos del proyecto, la propuesta de trabajo de una nueva gestión, la importancia y trascendencia de la estrategia de participación social y las metas a lograr.

2- Efectuar un relevamiento de toda la población de un área definida, recabando información sobre antecedentes de cobertura de salud, acceso y utilización de los servicios (centros provinciales y municipales, hospitales, etc.), elementos facilitadores/obstaculizadores que reconocen para el acceso/utilización, etc.

Como **aspectos operativos** se proponen los siguientes:

- 1- En cada distrito, establecer acuerdos con el personal de los centros provinciales para definir las zonas geográficas de incumbencia de una y otra jurisdicción y los criterios en que se fundamentan.
- 2- Identificar las organizaciones barriales, miembros de la comunidad, que podrían participar en esta etapa, conjuntamente con los equipos de los Centros de Salud, informar sobre los objetivos a cumplir, responsabilidades a asumir, etc.
- 3- Elaborar el formulario de encuesta e instructivos correspondientes.
- 4- Establecer los procedimientos para el trabajo en terreno, mecanismos y responsables de supervisión, de recepción de los formularios, etc.
- 5- Constituir los grupos para el trabajo de terreno con la correspondiente capacitación en los procedimientos a seguir, uso del formulario e instructivos, etc. En esta capacitación, la transferencia de información a la población acerca del nuevo modelo de gestión al momento de la encuesta constituye un aspecto central, que implicará definir los modos más pertinentes para interactuar con los entrevistados, el uso de expresiones claves, folletos, etc.
- 6- Establecer mecanismos, recursos y responsables para la generación de la base de datos para el procesamiento electrónico y producción de resultados.
- 7- Analizar y discutir los hallazgos, globales y sectorizados por distrito, al interior de los equipos de salud y conjuntamente con la comunidad como instancias de reflexión generadoras de las etapas siguientes, de nuevas acciones, etc. dentro del proceso de desarrollo del modelo.

Referencias bibliográficas:

- 1- S.S.P. Dirección General de Servicios de Salud. “Hacia un modelo de gestión en salud más descentralizado y participativo”.
- 2- OPS/OMS – “La participación social y los sistemas locales de salud: un examen conceptual” (II).
- 3- S.S.P. – Dirección General de Servicios de Salud. Proyecto. Adscripción de ciudadanos al sistema de salud pública municipal a través de equipos de referencia.
- 4- OPS/OMS – “La promoción de la participación social en los sistemas locales de salud (IV).
- 5- Idem 3

Bibliografía

- Cano Flores, M., Investigación participativa: inicios y desarrollos, www.uv.mx/iiesca/dinah/cano.htm
- Rodríguez, Aida M., *Investigación participativa en el campo de la Salud Pública*, Comp. Vejarano M. Gilberto, Biblioteca Digital CREFAL.
- Sousa Campos, G. W., *El Anti-Taylor: un método para gobernar instituciones de salud con la producción de libertad y compromiso*. Cadernos de Saúde Pública, Río de Janeiro. 14 (4): 863-870, 1998.
- Sousa Campos, G. W., *La Clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada*, mimeo.