

Participación social en el campo de la salud

Giselda Sanabria Ramos¹

RESUMEN

El documento analiza los antecedentes históricos de la participación social, las tendencias y modelos predominantes en diferentes contextos, incluyendo a Cuba. Presenta valoraciones a punto de partida del análisis de determinados ejemplos y circunstancias. Tal y como se plantea en el concepto de la salud como producto social, la participación social es un elemento fundamental para la solución de los problemas de salud, de manera que se aplica y necesita para acciones inherentes al propio sector salud, pero al mismo tiempo lo trasciende y compromete a toda la sociedad. Se muestra cómo para precisar su magnitud se le han adjudicado diferentes dimensiones y que en su forma más genuina es un pilar indispensable para alcanzar la calidad de vida de los pueblos.

Palabras clave: SALUD PUBLICA, PARTICIPACION SOCIAL, SISTEMAS LOCALES DE SALUD, PLANIFICACION LOCAL PARTICIPATIVA, MOVIMIENTOS DE MUNICIPIOS POR LA SALUD.

INTRODUCCIÓN

La aproximación a un objeto de estudio no puede ser integralmente alcanzada, fuera de su comprensión histórica, tampoco alejada del desarrollo teórico y conceptual que le ha dado identidad; por lo que el presente trabajo ofrece una síntesis de las características esenciales del desarrollo de la participación social para la solución de problemas de salud, diferentes modelos y variados contextos. La línea de pensamiento que guía este trabajo es presentar las principales peculiaridades del tema seleccionado. Para este artículo se asume el concepto de participación social enunciado en el Informe sobre desarrollo humano de 1993,¹ que expresa:

Participación significa “que la gente intervenga estrechamente en los procesos económicos, sociales, culturales y políticos que afectan sus vidas”.

En el caso de la participación social en salud se asume la definición expresada por la Organización Panamericana de la Salud en 1994:²

La participación social en la cogestión de la salud, se entiende como la acción de actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad para identificar problemas, necesidades, definir prioridades, y formular y negociar sus propuestas en la perspectiva del desarrollo de la salud. La participación comprende las acciones colectivas mediante las cuales la población enfrenta los retos de la realidad, identifica y analiza sus problemas, formula y negocia propuestas y satisface las necesidades en materia de salud, de una manera deliberada, democrática y concertada.

ANTECEDENTES DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

El surgimiento de la participación como categoría social es muy antigua, tanto como los primeros grupos sociales, pero desde la perspectiva del desarrollo comunitario es mucho más reciente. En los Estados Unidos de Norteamérica, en el transcurso de los años de la década de 1940, el movimiento de lucha contra la pobreza estimuló el desarrollo de acciones comunitarias,³ aunque ya antes se había producido alguno que otro intento para el fomento de la participación de la población en Inglaterra, con la finalidad de estimular el desarrollo en las localidades.

En los años de la década de 1950, se dieron diversas experiencias de animación y desarrollo rural, en los que se promovió la participación comunitaria. “El enfoque dominante para la época era de naturaleza científica y proponía la introducción o transferencia de nuevas tecnologías para mejorar las condiciones de vida de la población.”⁴ La participación de las personas dependía de su capacidad de organización y movilización en torno a programas y acciones que habían sido planeados y decididos en otros ámbitos; ya sea en el político o en el técnico; bajo el supuesto de que toda la población aceptaría con facilidad las ideas, innovaciones y prioridades señaladas por los profesionales, principalmente del sector de la salud.

Posteriormente en los años de la década de 1960 hubo un gran número de proyectos de participación comunitaria en diferentes países; sin embargo, esta no trascendió a la elaboración de tareas, como forma de extender servicios a bajo costo.

Diversas modalidades aparecieron en esa época, por ejemplo: en la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas surgieron los llamados *Consejos Sociales* (Torres N. Participación popular en el sector de la salud. Evolución histórica. Tesis disponible en la Hemeroteca Nacional de Medicina. Cuba, 1978), los cuales desarrollaron los principios de la sanidad pública e incorporaron a las masas en las soluciones de problemas de salud. En la República Popular China nacieron las grandes *Campañas Patrióticas Sanitarias*, las que se implicaron en la solución de diversos problemas. En Tanzania se fomentaron *actividades de autoayuda* y en Indonesia se formaron los *Comités Coordinadores Mixtos* para solucionar problemas de interés grupal.

Ya en esa década en todos los programas federales en Estados Unidos, se habían incorporado leyes de participación ciudadana. En Colombia se crearon los *Comités de Salud*; los que eran integrados por vecinos representantes de cada manzana en un territorio determinado y luego como una forma más avanzada de organización, estos dieron paso a los *Consejos Locales de Salud*.

La estrategia de *organización para el desarrollo integral de la comunidad* comenzó a imponerse por los años setenta y se reconoció la necesidad de colaboración entre instituciones gubernamentales y la población,⁵ pero fue a partir de 1978, con la declaración de Alma-Atá, en que la participación comunitaria y social se constituyó en una estrategia principal para alcanzar el propósito de “Salud para todos en el año 2000”. Dentro de esta estrategia se determinó que la participación comunitaria era la clave para hacer llegar los

servicios de salud a toda la población, en particular a los grupos de mayor riesgo y con menor posibilidad de acceso a ese tipo de servicio.

Específicamente en Centroamérica, experiencias pioneras de los años de las décadas de 1960 y 1970,⁶ tales como la de *Donde no hay Doctor* de México y la de *Hospital sin paredes* en Costa Rica recibieron un significativo reconocimiento y apoyo al consolidarse la Atención Primaria de Salud como estrategia mundial aprobada en Alma Atá. En Cuba en 1961 se crean Las *Comisiones de Salud del Pueblo*; las que estaban respaldadas por el principio declarado para la salud pública de que “las acciones de salud deben desarrollarse con la participación activa de la comunidad organizada”.

A partir de ese momento comenzaron a hacerse pública las experiencias de participación comunitaria que se venían desarrollando en diferentes lugares del mundo, en ellas se ponían de manifiesto las distintas formas de asumir la participación social. Se intensifica entonces la necesidad de saber del ser humano, ¿por qué participan unos pobladores y otros no?, ¿qué es realmente participación?, ¿hasta qué punto es cierta la afirmación de que la participación es el arma fundamental de los pueblos?, estas y muchas otras interrogantes demandaban respuesta.

El interés por estudiar la participación social continuó creciendo, pero algunos de los trabajos, investigaciones y experiencias publicadas, en oportunidades son relatos que presentan enfoques parciales a partir de lo que consideran la participación social y aunque tienen el alto valor de documentar las vivencias, no pretenden una valoración desde el punto de vista de la explicación del proceso para mantenerlo o mejorarlo. En otros casos, los menos, la publicación tiene la finalidad de conocer el impacto que la participación tiene en los objetivos de salud de determinado grupo social y comunitario.

Analizar la participación social como objeto de estudio desde diferentes supuestos teóricos es posible si se tiene en cuenta la perspectiva del enfoque sistémico, el principal soporte para esta aseveración, es que “en la era de los sistemas tiene mayor interés juntar las cosas que dividir las.”⁷ El enfoque sistémico trata de resolver los problemas considerándolos parte de un problema mayor, no desarticulándolo en sus partes componentes. “Bajo este prisma la participación social puede considerarse un insumo tanto para los sistemas más pequeños como para los supra-sistemas, este enfoque le proporciona un espacio a la participación social en salud como parte de la dinámica a que está sujeta la participación social en general” (Sanabria G. Participación Comunitaria. Apuntes. Material docente para el Curso pre-congreso II Taller de Promoción y Educación para la salud del escolar. IPLAC. Cuba, 2000) (fig. 1).

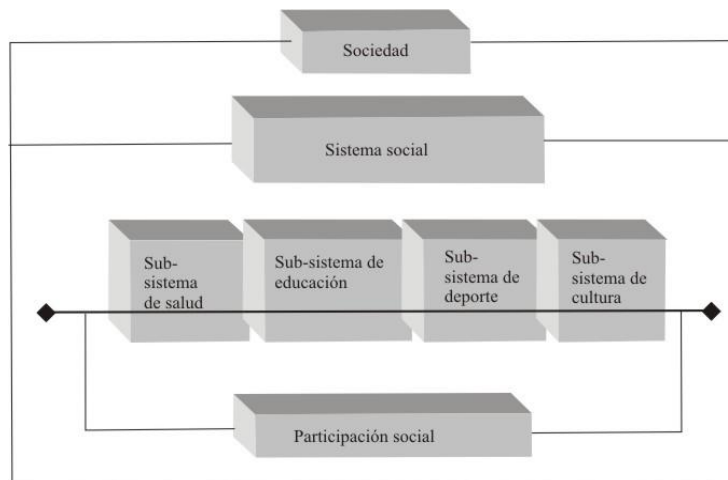


Fig. 1. Enfoque de sistema aplicado a la participación social.

Nota: Se puede añadir tantos subsistemas como existan en la sociedad y estén comprometidos de alguna manera con la salud de la población, grupos o individuos.

Uno de los objetivos principales para empeñarse en estimular y perfeccionar la participación social, es lograr estabilizar el grado de protagonismo de los diferentes actores sociales en las tareas inherentes a la producción social de la salud, ya que en ese sentido prevalecen desequilibrios que en algunos casos son resultado de la iniquidad en la salud y en otros conducen a ella. El desbalance en la posibilidad de participar es un signo de iniquidad en el escenario social, que afecta también el compromiso y la realización de acciones que en última instancia beneficien integralmente al ser humano y por ende su salud.

TENDENCIAS DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL

El acudir a la participación en el ámbito de las metas de salud no es un hecho autóctono ni aislado, ha estado marcado por diferentes corrientes que en el campo sociopolítico se han desarrollado en distintos momentos de las tendencias históricas, entre ellas el anarquismo, el marxismo y la social democracia, por sólo mencionar algunos ejemplos.

Los anarquistas por ejemplo, soñaban con una sociedad donde las propuestas individuales alcanzaran mayor legitimidad y autenticidad, la autodecisión y el autocontrol gobernarían las relaciones sociales, de trabajo y de convivencia; evitando cualquier tipo de poder gubernamental que pudiera en algún momento devenir en centro de explotación y represión. Aunque el anarquismo como corriente filosófica ha pasado de moda, el comportamiento anarquista sigue dibujado en muchas personas y en algunos grupos de individuos; aunque ni ellos mismos tienen conciencia de esa manifestación. La participación para los anarquistas pudiera darse en una acción concertada, pero la negociación para un objetivo común no es su signo más distintivo, aunque en algunos casos reconocen entidades coordinadoras a nivel social.

El marxismo muestra una significativa impronta en el desarrollo histórico, de la participación social desde la perspectiva de declarar la necesidad de la propiedad social sobre los medios de producción, de esta forma legitima la participación de todos los ciudadanos en el desarrollo social. La participación deviene de la conquista del poder para los menos favorecidos y es justamente de esa escala global, a la particular, donde el pensamiento de *Marx* y *Engels* acuñan la necesidad, aún insatisfecha en localidades y países, de que el poder esté compartido entre todos con igualdad de derechos y acciones.

La participación social constituye una piedra angular para el desarrollo, tanto de los seres humanos en su individualidad, como para el de las localidades a la que los mismos pertenecen, es por ello que en el empeño de estimularla o desarrollarla, según el caso, se han hecho diferentes asociaciones teórico conceptuales, una de ellas es vincularla a la democracia; dentro de este campo *Turabian*⁸ menciona algunas de las denominaciones o interpretaciones a las que se han llegado, a través de la historia, para identificar la relación de las partes en el binomio participación-democracia, entre ellas: “Democracia clásica”, “Democracia ateniense”, “Cultura de participación política”, “Marxismo y participación política” y “Democracia, participación y elitismo” por sólo mencionar algunas. Todos estos enfoques tienen, en menor o mayor medida, la perspectiva de “democracia-poder-gobierno”, pero en cada una de ellas la posibilidad de participación de cada ciudadano es valorada de forma diferente de acuerdo con los intereses de la estructura política dominante, en un momento y contexto particularmente determinado.

En el caso de su asociación con la democracia, el Informe sobre Desarrollo Humano de las Naciones Unidas de 1998, para ilustrar el progreso respecto al desarrollo humano lo hace atendiendo a la evaluación de algunas de sus posibles dimensiones: la salud, los conocimientos, la participación y la seguridad humana, en términos generales utilizan diferentes indicadores y dentro de ellos el fundamental es el Producto Interno Bruto (PIB). En el caso de la participación, al referirse a los progresos en ese campo, lo hace asociándola a las formas de poder y declara que la población mundial vive en regímenes bastante democráticos con elecciones pluripartidistas.⁹

Otra tendencia en el campo de estudio de la participación social ha sido vincularla al desarrollo y así pasa al conjunto de categorías que utilizan tanto el Banco Mundial (BM) como el Fondo Monetario Internacional (FMI), en sus “políticas de apoyo” para desarrollar económicamente las localidades, ya sean rurales o urbanas; claro está desde una perspectiva muy particular a partir de regulaciones que en oportunidades son contrarias a las políticas de desarrollo y autonomía de los pueblos. Es por esa “moda” de apelar a la participación que en la literatura sobre el desarrollo aparece constantemente, alusiones y llamados a que la población participe; en ocasiones esas apelaciones contienen cierta carga de insatisfacción con el nivel alcanzado.

Una lectura crítica obligaría a preguntarse ¿por qué las autoridades aluden a que las poblaciones participen más en el desarrollo y a su vez las poblaciones, en su gran mayoría y particularmente las que sufren de un mayor grado de pobreza, reclaman participar más en su propio desarrollo? La respuesta es evidente y hay múltiples causas que pudieran explicar la bidireccionalidad de la interrogante. Un elemento importante a tener en cuenta para que esas demandas se logren, tanto en el esfuerzo de autoridades, como en el de los interesados

es la necesidad de ubicar la participación en el lugar apropiado para mantener el desarrollo, despojándola de todo tipo y diversidad de prejuicios y temores que la rodean.

Dentro de la multicausalidad antes mencionada, una causa básica es que, para que la participación fructifique es indispensable contar con la motivación de la población y ésta a su vez debe conocer su potencialidad de organizarse para alcanzar de forma efectiva la solución mancomunada de sus problemas; son frustrantes los procesos que promueven la participación y que luego no consiguen los objetivos trazados. Otro elemento importante para lograr ese proceso participativo de la población en el desarrollo, es la cultura del trabajo conjunto, que incluye la posibilidad de saber planificar y controlar las propias acciones de desarrollo.

Se sabe que cuando algunos elementos están presentes, la participación social se acelera y da frutos a más corto plazo, estos elementos son: “Una estructura de acción comunitaria que esté en funcionamiento; normas socioculturales imperantes orientadas positivamente hacia la participación; disponibilidad de recursos; experiencias pasadas de participación que hayan sido exitosas; líderes motivados capaces de promover la participación; y capacidad gerencial”.¹⁰ Estos elementos constituyen una buena pauta para analizar el comportamiento de la participación social entre diferentes localidades, pero desde mi punto de vista la utilidad mayor puede ser para la comparación de una localidad consigo misma. Esta auto-evaluación o análisis constituye un punto de partida en lugares donde se necesita iniciar proyectos de salud que incluyan la participación social.

Racelis,¹¹ identifica determinadas restricciones que explican por qué la participación para el desarrollo no es siempre efectiva, entre esas restricciones señala: que aunque muchos programas han adoptado estrategias que enfocan a los pobres, lo han hecho de forma aislada de la sociedad en general; los fondos asignados a esos programas son reducidos; en algunos casos los programas centran su probable éxito en que la tenencia de la tierra sería la clave para el desarrollo. Otro elemento es que se han hecho pocos esfuerzos por canalizar inversiones de manera que la población más necesitada obtenga acceso a activos generadores de ingresos y por otro lado la formación de grupos de gestión local, continúa siendo objeto de aprensión o desaprobación por funcionarios temerosos de la pérdida de poder.

En los últimos años para alcanzar un mayor nivel de desarrollo de la participación social ha sido necesario su análisis vinculándola con el empoderamiento, este último concepto fue inicialmente desarrollado en Canadá y Estados Unidos de América, bajo la categoría de “empowerment” la que tiene su equivalencia en idioma español con la palabra “apoderamiento” y que aparece desde hace mucho tiempo en el diccionario de la lengua española con similar significado al que se le atribuye en la lengua inglesa.

El concepto de apoderamiento se refiere a la capacidad de las personas de llevar a cabo acciones de forma individual o colectiva, implica acceso y control sobre los recursos necesarios. En el ámbito individual implica características que favorecen la autoestima y el autocontrol para alcanzar las metas propuestas; en el ámbito comunitario el apoderamiento se funde con la participación social cuando reconoce la necesidad de contactos entre las

diferentes organizaciones, las alianzas, el diálogo y la posibilidad de influencia en las estructuras de poder.

*Wallerstein*¹² considera que las principales estrategias para desarrollar el apoderamiento de las poblaciones locales requieren de un proceso intenso de educación popular, involucrar a las propias poblaciones en proyectos de investigación –acción– participativa para disponer de diagnósticos reales que contengan la perspectiva de los interesados, la planificación de conjunto y la evaluación participativa. Otra de las estrategias es crear redes y alianzas que faciliten la negociación y solución de conflictos así como que potencialicen la intersectorialidad.

Zamudio,¹³ por su parte destaca el énfasis que pone la Promoción de Salud en que los individuos y las poblaciones controlen su salud y una forma de materializar ese énfasis es con el desarrollo del apoderamiento de sujetos y grupos. Desde esta perspectiva significa, crear la capacidad de hacerse cargo de sus propios problemas y acopiar fuerzas para hacer avanzar su causa, de ahí nace un sentimiento positivo de control sobre su vida que aleja la sensación de impotencia que sienten ante la realidad que los involucra.

El enfoque de la participación social vinculado al apoderamiento se reconoce cada vez con más convicción y tiene un importante momento de refuerzo durante la cuarta Conferencia Mundial de promoción de salud y en su de claración final conocida como Declaración de *Jakarta*,¹⁴ que la incluyó como una de las cinco prioridades para la promoción de salud en el presente siglo. Esta connotación la mantiene, a partir de los análisis realizados en la quinta Conferencia de México, 2000.¹⁵

En el glosario de términos de Promoción de Salud publicado por la Organización Mundial de la Salud,¹⁶ se establece que el apoderamiento para la salud puede ser un proceso social, cultural, psicológico o político mediante el cual los individuos y los grupos sociales son capaces de expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, sociales y culturales para hacer frente a las necesidades identificadas. Mediante este proceso las personas perciben una relación más estrecha entre sus metas y el modo de alcanzarlas, supone que los individuos actúen colectivamente con el fin de conseguir una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de su comunidad. Por lo que estimular el apoderamiento conlleva beneficiar las aspiraciones de salud de las poblaciones.

En general estos autores, antes mencionados, han analizado la participación social de diferentes formas según su percepción; en oportunidades la perciben como la satisfacción de una necesidad de determinado grupo de población, en otras como una vía o herramienta para alcanzar la salud y en otras como una política social.

AVANCES DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

Partir de supuestos como los anteriores, hizo pensar en la necesidad de evaluar el cómo se están dando los procesos de participación social para la salud en una localidad o en un conjunto de ellas; aunque el problema de la evaluación con los métodos y enfoques que ésta

adopte dependen de la perspectiva del evaluador y la utilidad e interés sobre los resultados que espera obtener; hay coincidencia en los trabajos presentados por diferentes autores¹⁷⁻²⁰ en que es necesario establecer algunas variables que permitan guiar el proceso de evaluación, también la Organización Panamericana de la Salud ha publicado diferentes documentos metodológicos que orientan los procesos para la evaluación de la participación social.^{21,22}

La extensión, intensidad, modalidad, impacto y sostenibilidad son algunas de las categorías o variables que aparecen indistintamente citadas en estudios evaluativos. La extensión se refiere a ¿qué actores participan, cuáles no participan y por qué? La intensidad busca identificar en qué y cómo participan esos actores. La modalidad, explora la dinámica y naturaleza del proceso participativo. Se trata de una variable bastante compleja que más bien puede ser calificada como un conjunto de variables, ya que se le han ido agregando otras sub-variables como son la colaboración, cogestión y gestión conjugada, autogestión y negociación. La negociación a su vez incluye la deliberación y la concertación (Jiménez Cangas L. El Congreso Popular: un espacio de concertación y participación social en salud. Facultad de Salud Pública. Ciudad de La Habana; 1996).

El impacto va en busca de la eficacia social en el logro de las metas de salud y en la construcción de ciudadanía y comunidad. La sostenibilidad indaga en la continuidad de los procesos participativos. Para conocer las variaciones o percepciones en el comportamiento de estas variables se han utilizado indistintamente diseños de evaluaciones con métodos cuantitativos o cualitativos y dentro de ellos hay predilección por estimular las evaluaciones participativas. En cada método aparecen los elementos que a juicio de los autores tienen mayor importancia o grado de influencia en la participación social.

Un método de evaluación que ha sido citado en diferentes obras es el de *Bichmann*²³ que declara cinco elementos que tienen una decisiva influencia en la participación social, estos son: 1) Evaluación de las necesidades de participación, 2) Movilización de recursos, 3) Liderazgo, 4) Organización y 5) Gestión. El resultado de la evaluación es llevado a un gráfico específico que permite, con una rápida mirada, conocer cuál es el factor más fuerte o el más débil, para tomar acciones que corrijan la desviación o debilidad.

La Organización Panamericana de la Salud ha sistematizado dentro de sus líneas de trabajo la participación social para lo cual ha desarrollado diferentes investigaciones y conlaves de reflexión^{24,25} cada uno de ellos con objetivos diferentes tales como: identificar el conjunto de conceptos que permitieran estudiar el fenómeno, otros fueron diseñados para caracterizar la participación de la sociedad en diversas circunstancias y procesos de desarrollo. Un conjunto de talleres sub-regionales fueron convocados con el propósito de intercambiar experiencias. En términos generales el análisis de los resultados de esos acontecimientos hizo evidente la necesidad de continuar en pos de la consolidación y generalización de la teoría y práctica de la participación ciudadana en el campo de la salud.

Hasta y durante los años de la década de 1980 la participación recibió diferentes denominaciones, “participación comunitaria”, “participación local” y “participación popular” entre otras. Desde principios de los años de la década de 1990 se plantea el desarrollo de un nuevo concepto, el de “participación social”, como expresión genuina y

amplia de la participación. Esta categoría puede considerarse como de un nivel superior, pues no sólo toma en cuenta la participación de la comunidad organizada sino la de toda la sociedad vista en su conjunto. Sin embargo a pesar del consenso en el alcance y utilidad de dicha categoría hay muchos que continúan refiriéndose a la participación con alguno que otro de los apelativos antes mencionados, por ejemplo la ley 91 del año 2000 en Cuba, legitima los Consejos de Salud al referirse a la participación, la denomina como popular.

Si bien es cierto que la categoría popular se refiere al pueblo, y para el caso que nos ocupa, en Cuba, la Constitución de la República se refiere al poder del pueblo; a nuestro juicio el vocablo también es aceptado en su connotación de común, dejando implícita la existencia de algo superior al pueblo. A la luz del desarrollo alcanzado en Cuba el término más sugestivo pudiera ser el de participación social, teniendo en cuenta que en el país existe una sociedad sin clases donde trabajadores, estudiantes y campesinos se unen en el estado. También la referida constitución menciona la categoría de Estado Socialista donde toda la estructura social mantiene similar direccionalidad. Es por eso que desde la perspectiva de la autora para este trabajo, se utiliza como categoría básica la “participación social” como una forma conceptualmente más coherente con la organización del estado.

Entre las premisas básicas para investigar la participación social, está que su estudio constituye un pilar esencial para cualquier estrategia de salud. Sin embargo, aunque es necesaria para cualquier sistema de salud, no se puede considerar sólo patrimonio de la salud, es por ello que involucra a toda la sociedad con todos los sectores que la componen; por otro lado en oportunidades resulta difícil lograr una caracterización general de la participación social, que como se ha expresado con otras ideas anteriores, el contexto socioeconómico y el momento histórico concreto determinan la especificidad de cualquier expresión de participación social.

Lo anteriormente expresado no contradice los esfuerzos para encontrar una generalidad, de manera que, tal y como se plantea en la Carta de Ottawa,²⁶ la participación social constituye una estrategia de la Promoción de Salud y en el caso de esta última hay una creciente preocupación por desarrollarla cada vez más, como una alternativa viable para mejorar la salud de los pueblos en el presente siglo; es por ello que de forma proporcional se aboga por el fortalecimiento y desarrollo de la participación social. La vigencia de esa necesidad quedó explícita y ratificada en la quinta Conferencia Mundial de Promoción de Salud a partir de la discusión del Informe Técnico No. 4 presentado en ese forum, bajo el título de: *Incremento de la capacidad comunitaria y del apoderamiento de las comunidades para promover salud* y avalado por la presentación de tres estudios de casos que mostraban experiencias exitosas de participación social.

ESTRATEGIAS DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

Participación social en los sistemas locales de salud

El panorama en la región de las Américas a finales de los años de la década de 1980 se caracterizaba por una tendencia al incremento de la pobreza, la presencia de desigualdades económicas dentro de los países y el intercambio desigual entre países, así como la pérdida del liderazgo de procesos políticos, situaciones concomitantes que entre todas dibujaron un

horizonte sombrío para poder cumplir con la meta de salud para todos en el año 2000, es por eso que en 1988 fue aprobada la Resolución XV de la XXXIII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud para el desarrollo de la infraestructura en salud a partir de la adopción de una estructura táctico-operacional, denominada Sistema Local de Salud.

Los sistemas locales constituyen ámbitos territoriales delimitados, en los que se combinan recursos sectoriales, extrasectoriales y locales, en interacción con la población en ellos asentada, para promover y atender a la salud apoyándose en la estrategia de atención primaria. En los Sistemas Locales de Salud cobran particular importancia todas las acciones dirigidas a estimular y fortalecer los procesos de participación social, puesto que en ellos el soporte colectivo a la salud constituye un factor primordial.²⁷ En Cuba el sistema local de salud está representado por el espacio municipal el que alcanzó un alto grado de organización y funcionabilidad desde 1976 con la adopción de una nueva estructura político-administrativa, varios años antes de que la Organización Panamericana lo adoptara como estrategia.

Las limitaciones que se señalaron con anterioridad en cuanto a las condiciones para el desarrollo de la participación social fueron constatadas en un estudio de caso realizado por la Organización Panamericana de la Salud en treinta sistemas locales de once países.²⁸ La diferente interpretación que se le da a la participación social para la salud y la reticencia de gestores y decisores para estimular a la población a que participe, fueron los resultados más significativos de la investigación.

Los Sistemas Locales de Salud independientemente de estar ubicados en un territorio, “no representan un simple espacio geográfico; es también un espacio demográfico, epidemiológico, tecnológico, económico, social y sobre todo político, insertado en una totalidad histórica donde se articulan, por una parte, las unidades productoras de servicios y, por otra, la población con sus diferentes necesidades y posibilidades”.²⁹ Diferentes textos e investigaciones han documentado ejemplos de aplicaciones exitosas con resultados positivos en la salud de las localidades de esta estructura táctica-operativa.

No obstante el análisis de las publicaciones y documentos disponibles hace pensar que, al igual que muchas otras estrategias o tácticas operacionales como se le dio a llamar, fue útil en muchos lugares, demandó esfuerzos de la Organización Panamericana de la Salud y de los países y dio resultados positivos pero, aparentemente ha devenido un pensamiento transitorio, en las publicaciones de esa organización en los últimos años de la década de 1990 apenas si mencionan esa táctica, pero a nivel local muchas personas mantienen esa estructura en la práctica y en el discurso. Hubo lugares donde no contó con el apoyo de las autoridades políticas en algunos casos y en otros los cambios estructurales o no recibieron esa denominación o no llegaron a estabilizarse.

Planificación local participativa en salud

Una aplicación o forma de darse la participación social es en el campo de la planificación, y esta a su vez es más efectiva cuando se da el nivel local, las tendencias en este proceso están vinculadas a otros procesos mayores que son los de reformas de los estados y de los

sistemas de salud. Estos enfoques modernos se han dado en la mayoría de los países de la región de las Américas en las últimas décadas. “Los cambios en las estructuras y funcionamientos sectoriales, tales como la descentralización, las autonomías institucionales jurídico-administrativas, las nuevas formas de financiamiento, el énfasis en el control y recuperación de costos y el diseño de paquetes básicos para la atención de la salud, crean la necesidad de identificar, analizar y reducir las inequidades en salud. Estas afectan no solo a la salud de las comunidades sino a la construcción de ciudadanía, democratización, la gobernabilidad de las instituciones y del Estado, y el desarrollo humano en su conjunto”.³⁰

Para desarrollar la salud en el nivel local es preciso que la toma de decisión sea descentralizada, de manera que se modifique la estructura de poder existente y que la toma de decisión no se quede solamente en la delegación de funciones con un alto nivel de dependencia de las estructuras centrales de los organismos, en el caso particular que nos ocupa los organismos centrales del sector salud. Y para que esa descentralización rinda sus frutos, la localidad debe tener posibilidades de poder decidir sobre sus prioridades, definir las acciones, disponer de los recursos y del financiamiento, a partir de una participación directa de los beneficiarios en todo el proceso que implique cumplir los objetivos de salud propuestos.

A pesar de que en los últimos años se observa un fuerte movimiento que favorece el concepto de planificación local participativa, “ya desde la década de los años setenta se venía haciendo una propuesta de planificación participativa que proponía la incorporación de la población a la organización y ejecución de las actividades de salud” como forma reactiva al método CENDES/OPS que había tomado fuerza y que originado a partir de las ciencias e instituciones económicas, al aplicarlo a la planificación en salud llevó a considerar al planificador como alguien sin ninguna relación de intereses, ni con el sistema que planifica, ni con el todo social.³¹

Sin embargo la propuesta más operativa desde la óptica de la participación social, la representa la Administración Estratégica como herramienta de trabajo de los gobiernos locales, en este espacio municipal es donde se identifican los problemas y se les busca solución y ¿quién mejor para participar en ese proceso que la misma población que será beneficiaria? Se da así una tríada insustituible para lograr objetivos de salud de una localidad. Un ejemplo de ese proceso se encuentra en las experiencias de algunas localidades del municipio “Calixto García” de Holguín (MINSAP. Planificación Sanitaria Local en los municipios. Dirección de Planificación y Economía. Holguín, 2000), donde un grupo de especialistas y dirigentes comunitarios se capacitaron en la metodología de la planificación participativa con enfoque estratégico y luego la aplicaron. El resultado fue un plan de acción para la reducción de la morbilidad y la mortalidad por enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo, que se encuentra en ejecución con evaluaciones de progreso programadas.

PARTICIPACIÓN SOCIAL Y EL MOVIMIENTO DE MUNICIPIOS POR LA SALUD

Los antecedentes del Movimiento de Municipios Saludables, según la denominación de la Organización Panamericana de la Salud, deben buscarse desde 1984 cuando se celebró en

la ciudad canadiense de Toronto una conferencia bajo el título de “Más allá de la asistencia sanitaria” y fue allí donde se lanzó la iniciativa de “Ciudades Sanas”.³² Este evento conmemoraba el décimo aniversario del informe de Lalonde y tenía como propósito revisar las actividades que se habían desarrollado en el mundo desde la publicación del referido informe.

La idea del proyecto de “Ciudades Sanas” es fortalecer las actividades de Promoción de la Salud basada en la ciudad. Se inició como un proyecto de colaboración entre la sección de Promoción de Salud y la Sección de Salud Ambiental de la oficina europea de la Organización Mundial de la Salud. Definir una ciudad como sana era una tarea difícil pero los promotores de la iniciativa estaban seguros que una ciudad con esas características era algo más que contar con buenos hospitales. La iniciativa tomó fuerza en diferentes países, especialmente en Canadá.

El nivel de estructuración del proyecto “Ciudades de Canadá” es alto, según expresa la Señora *Prisilla Cranley*,³³ Directora de la Oficina de Ciudades Saludables de Toronto. Ella asevera que la referida ciudad es reconocida mundialmente por los resultados obtenidos en el campo de la salud social y destaca que entre los proyectos en los que se trabaja intensamente en la actualidad, se encuentra el de Medio Ambiente. Este ejemplo hace pensar cómo la estrategia de ciudades saludables ha alcanzado sostenibilidad tanto en el tiempo como en resultados.

Sin embargo, la diversidad de situaciones económicas, políticas y sociales que se dan en las ciudades europeas o canadienses no es ni parecida a la que se da en otras regiones del mundo, particularmente en América Latina, donde la necesidad de salud para todos, continúa siendo apremiante por estos días, aunque ya en las Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas de la OPS/OMS para el cuatrienio 1991-1994 predominó una concepción social en las acciones de salud, dentro de esta concepción se destacaron la de *La salud en el desarrollo*, concebida como el necesario mejoramiento en las condiciones de vida y de salud de la población, para dinamizar el proceso de desarrollo; la de *reorganización del sector salud* para revisar y orientar los servicios de salud en busca de eficiencia y equidad; y la de la *Promoción de Salud* para fortalecer procesos sociales y políticos que incorpore a otros sectores y a la comunidad misma en todas las tareas.³⁴

Para que estas orientaciones estratégicas se hagan realidad y beneficien a todas las personas se considera el nivel local como el espacio ideal para realizar las acciones de salud con la concepción social requerida. El nivel local, ya sea el municipio o una instancia equivalente, constituye una unidad política, administrativa, geográficamente limitada, con una población definida que comparte tradiciones y culturas y que tiene el mandato, la autoridad y gran parte de los recursos y mecanismos para desarrollar actividades de promoción de salud.

En Cuba este movimiento se denomina Municipios por la Salud. Este concepto implica que la localidad esté consciente de su salud y se esfuerce por mejorarla. Las condiciones e interés de las autoridades nacionales hicieron que poco a poco diferentes municipios decidieran optar por esa denominación, hasta que en diciembre de 1994 se crea en la ciudad de Cienfuegos, la red cubana de municipios por la salud. Una peculiaridad del movimiento en Cuba es desarrollar modalidades, entre las que se encuentran las escuelas, las

universidades, los mercados, los hospitales, los centros de trabajo, las comunidades seguras y la salud penitenciaria.

La voluntad política, el trabajo intersectorial y la participación comunitaria, son los requisitos básicos para el desarrollo de la salud a nivel local, la unión de estos elementos permite la identificación de problemas, planificar acciones y evaluar los resultados.

La seriedad con que se ha tomado el movimiento en Cuba aparece recogida en el documento de la Proyección Estratégica del Sistema Nacional de Salud 1995-2000. “En la proyección estratégica actual, se adoptan formas participativas como son los Consejos de Salud, Nacional, Provinciales, Municipales y Consejos Populares por la Salud, como órganos de coordinación intersectorial a esos niveles, para lograr la verdadera descentralización, intersectorialidad, participación social, movilización de recursos y otros efectos de mayor impacto médico, económico y social, a partir del análisis de la situación de salud y la canalización de soluciones. En tal sentido se refuerza el papel del movimiento de Municipios por la Salud o comunidades saludables, como espacio para el desarrollo de las estrategias de promoción y prevención en el nivel local para cuyos fines se creó la red cubana” (MINSAP. Proyección Estratégica del Sistema Nacional de Salud 1995-2000. Ciudad de La Habana, 1996).

Para fomentar y desarrollar la participación social es importante conocer las formas de articulación social que se producen en determinado ámbito geográfico, tanto las regularidades como las diferencias en los comportamientos, valores e intereses de los grupos que están presentes en una localidad. Tal y como plantea Siles:³⁵ “En el seno de los espacios locales coexisten una diversidad de redes formales e informales, las formas de relacionarse entre ellas son diversas y el grado de asociación formal variable”. Por todo lo anterior es que la identificación del modelo de participación que se adopte en determinada localidad debe estar bien delimitado para, de esa forma, estimular los resortes que garanticen el éxito de los objetivos de salud a partir de la participación social.

MODELO DE PARTICIPACIÓN SOCIAL ADOPTADO EN CUBA

En Cuba desde el año 1976 se adoptó una organización político-administrativa que favorece la participación de la población en las estructuras de poder, estos son los Órganos del Poder Popular. Por otro lado en junio de 1995 se creó el Consejo Nacional de Salud, integrado por las diferentes instituciones, autoridades, organizaciones y organismos que intervienen en la producción social de la salud. El Consejo Nacional de Salud tiene representaciones a todos los niveles administrativos provincia, municipio y hasta en el consejo popular.

En la figura 2 se aprecia la dinámica político-administrativa del estado cubano y su asociación con los Consejos de Salud,³⁶ este modelo de participación involucra a todos los ciudadanos a partir de su incorporación a cualquiera de las organizaciones sociales que existen en el país y que están representadas en este, incorpora a todos los trabajadores, así como a todos los integrantes de la dirección política en un objetivo común: la calidad de vida y por ende la salud de la población.

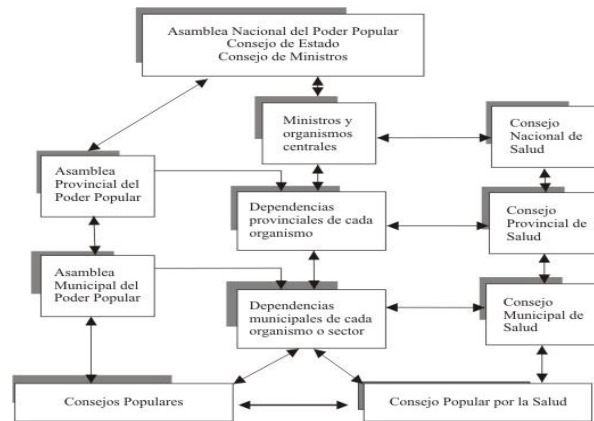


Fig. 2. Organización Administrativa-Territorial.

Todos los organismos tienen tres niveles: central, provincial y municipal; los que están subordinados económicamente a las asambleas del poder popular de sus respectivos niveles. Asimismo en cada organismo existe una subordinación metodológica entre cada uno de ellos. En el caso que nos ocupa la Salud Pública, tiene un nivel central representado por el ministerio del mismo nombre al que está subordinado metodológicamente la dirección de salud de cada provincia.

Al nivel provincial se subordina el nivel municipal y a estos se subordinan los policlínicos. Entre todos estos niveles hay un sistema de comunicación que va de los inferiores a los superiores y viceversa lo que favorece tanto la toma de decisiones como la formulación de políticas.

Igual ocurre con las diferentes instancias del Poder Popular que mantienen un flujo de información constante entre sus niveles y entre los diferentes organismos que se le subordinan administrativa y financieramente. El Consejo Popular, es una unidad de trabajo local, subordinada a la Asamblea Municipal del Poder Popular. Existe un número determinado de Consejos Populares por municipio y cada Consejo está integrado por un equipo de trabajo al que pertenecen además de los representantes de los diferentes organismos y organizaciones, los delegados del Poder Popular seleccionados por los pobladores en las diferentes circunscripciones (fig. 3).

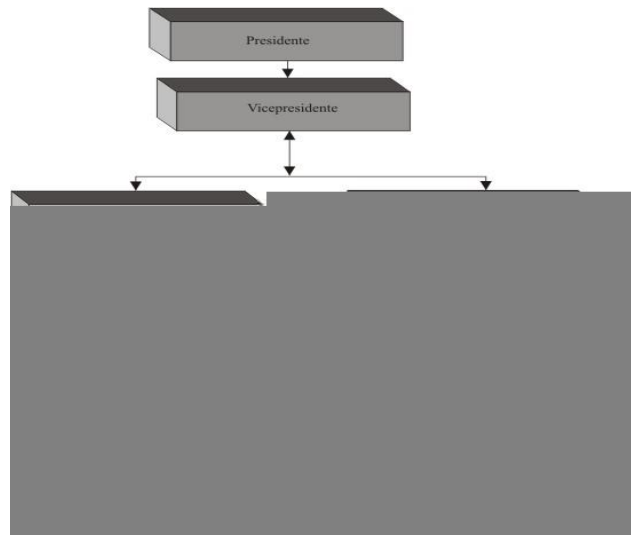


Fig. 3. Estructura orgánica del Consejo Popular.

Esta dimensión es por derecho propio un espacio de concertación donde se dilucidan los problemas de la comunidad incluyendo los de salud, desde el punto de vista de las necesidades de salud, tributan a esta instancia tanto por los planteamientos que hacen los electores en las asambleas de rendición de cuenta del delegado a los electores, como en los despachos individuales de los electores con el delegado.

El Consejo de Salud aparece en la estructura organizativa del país en todos los niveles, lo que permite un espacio propio para que en cada uno de ellos se identifiquen, traten y solucionen los problemas de salud correspondiente sin el riesgo de que se desvíe la atención en otros problemas de menor relevancia o compromiso con la salud.

La participación social tiene en la instancia local sus más pequeños e importantes núcleos en el Consejo Popular y en el Consejo Popular por la Salud. Todo este andamiaje organizativo posee un respaldo legal que se aprueba en la Asamblea Nacional del Poder Popular, así como un conjunto de regulaciones particulares de cada organismo que favorece a que se cumplan las acciones previstas; pero a pesar de todo ese minucioso grado de organización, el funcionamiento preciso y armónico está influido por diversos factores.

En términos generales puede afirmarse que hay tres elementos que están encaminados a sostener el adecuado funcionamiento de los Consejos de Salud, ellos son: la estructura Político-Administrativa del país con la existencia de Poder Popular como órgano de gobierno; el segundo elemento es la influencia y oportunidad de diferentes tendencias y estrategias generadas por el Ministerio de Salud Pública, como por ejemplo la carpeta metodológica para el movimiento de Municipios por la Salud y las diversas iniciativas y estrategias programáticas de diferentes organizaciones de las naciones unidas principalmente de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud. Entre esas iniciativas se pueden mencionar: el impulso a la Planificación Estratégica, considerar la participación social como una estrategia de la Promoción de Salud y el propio movimiento de Municipios Saludables.

Otro pilar importante, que sustenta el nivel de participación social alcanzado hasta la fecha, es el propio desarrollo e incremento de diferentes organizaciones no gubernamentales, nacionales e internacionales, que tienen como misión trabajar por la salud de los individuos y el ambiente. Pueden considerarse a estos tres elementos o pilares como los motores impulsores de la participación social en Cuba.

Adicionalmente a los pilares anteriormente mencionados, los que pueden denominarse también como columnas centrales o medulares, hay además múltiples factores que influyen en el grado de desarrollo que alcance la participación social, entre ellos se pueden citar: a) La centralización excesiva de los diferentes niveles, b) La falta de voluntad política en algunas localidades, c) El paternalismo, d) Las diversas y en oportunidades inadecuadas interpretaciones de lo que significa participación de la sociedad, e) No estar agotados los espacios que estimulen la participación, f) El burocratismo, g) Insuficientes recursos humanos y financieros, h) Falta de capacitación tanto de líderes formales como informales incluida la propia población, i) Mecanismos de información insuficientes o inexistentes. Pudiera ser interminable esta relación pues hay factores que pueden ser propios de cada localidad.

También suele ocurrir que en oportunidades están presentes de forma concomitante algunas de ellas y aunque los pilares antes mencionados están presentes a escala macrosocial estas disfunciones locales o particulares menoscaban la dinámica de participación. De hecho hay localidades que muestran experiencias positivas en cuanto a la participación social y otras que distan bastante aún de lograrlo.

En esta síntesis se han enunciado algunos de los antecedentes, tendencia, avances y elementos básicos de la participación social, los que pueden ser ampliados con lecturas de libros y artículos, tantos los que aparecen acotados como muchos otros disponibles en diferentes soportes.

CONCLUSIONES

- La participación social es un proceso dinámico en constante construcción que implica a todos los actores sociales.
- Como todo proceso social ha evolucionado y alcanzado un mayor o menor grado de desarrollo en dependencia del contexto social particular que se analice.
- Se facilita y aprende en dependencia de la voluntad de las estructuras de los poderes político y técnico, predominantes en un territorio o localidad, así como de la motivación y apoderamiento que tengan los pobladores.
- En Cuba la sociedad está organizada de manera tal que se haga factible la participación de los diferentes sectores y grupos de población en la solución de los problemas particulares incluyendo los de la salud.
- Existen factores que obstaculizan la participación social y ellos deben ser investigados y evaluados a fin de neutralizarlos como fuentes oponentes del proceso.

SUMMARY

The paper makes an analysis of the historical background of social participation, the predominant trends and patterns within different environments including Cuba. It presents assessments as starting points for analysis of certain examples and circumstances. As it is stated in the concept of health as a social product, social participation is a fundamental health problem-solving element, in such a way that it is applied to and needed for actions inherent to the health care sector, but at the same time, it goes beyond that and involves the whole society. The paper showed various dimensions that have been given to specify the scope of social participation that, in its most genuine form, is an indispensable pillar for the quality of life of the peoples.

Key words: PUBLIC HEALTH, SOCIAL PARTICIPATION, LOCAL HEALTH SYSTEMS, LOCAL PARTICIPATORY PLANNING, HEALTH-PROMOTING MUNICIPALITIES MOVEMENT.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. PNUD, CIDEAL. Informe sobre desarrollo humano. Madrid, 1993.
2. Evaluación para el fortalecimiento de procesos de participación social en la promoción y el desarrollo de la salud en los sistemas locales de salud. Washington D.C: OPS;OMS; 1994.
3. Cerqueira MT. La participación social y la educación para la salud. Washington DC: OPS, OMS; 1993.
4. OPS. Temas para la capacitación de avanzada en desarrollo de recursos humanos. Educ Med Salud 1993;27(1):1-15.
5. Oakley P. Intervención de la comunidad en el desarrollo sanitario. Examen de los aspectos esenciales. Ginebra: OMS; 1990.
6. Cabrera M. Reformas de la salud en Centroamérica, vistas desde la perspectiva de la salud comunitaria. Managua: Impresiones CARQUI;1999.
7. Ackoff R. Rediseñando el futuro. 3ra reimp. México: Edit. Limusa; 1985.
8. Turabián JL. Apuntes, esquemas y ejemplos de participación comunitaria en salud. Madrid:Ed. Díaz de Santos;1992.
9. PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano. Madrid: Ediciones Mundi-Prensa;1998.
10. UNICEF. Community Participation. New York, 1985.
11. Racelis M. Movilizando a la población para el desarrollo social. En: Pobreza. Un tema impostergable. México: Fondo de Cultura Económica;1993.
12. Wallerstein N. Power between evaluator and community: research relationships within New Mexico's healthier communities. Social Science of Medicine. 1999;49(1):39-53.
13. Zamudio M. Teoría y guía práctica para la promoción de la salud. Québec: Universidad de Montreal; 1998.
14. Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé au XXI siècle. OMS; Ministère de la Santé, Jakarta: Republique de L'Indonésie, 1997.
15. Declaración Ministerial de México para la Promoción de Salud. México: OMS; OPS; 2000.
16. Promoción de Salud. Glosario. Ginebra: OMS; 1998.

17. Turabián JL. Apuntes, esquemas y ejemplos de participación comunitaria en Salud. Madrid. Díaz de Santos, 1992.
18. Racelis M. Movilizando a la población para el desarrollo social. En: Pobreza. Un tema impostergable. Fondo de Cultura Económica. México DF. 1993.
19. UNICEF. Community participation. UNICEF. New York, 1985.
20. Van Dijk S. Participando una experiencia de educación popular. México: Universidad Xochimilco; 1986.
21. OPS. Estrategias de participación social en los sistemas locales de salud: estudios de factibilidad. Washington D.C, 1988 (Serie Desarrollo de Servicios de Salud; No. 64).
22. _____. Evaluación para el fortalecimiento de procesos de participación social en la promoción y el desarrollo de la salud en los sistemas locales de salud. Washington D.C, 1994.
23. Bichmann, W. Como medir la participación de la comunidad. Foro Mundial Salud. Vol.10, 1989; No. 3-4:482-88.
24. OPS. participación de la comunidad en la salud y el desarrollo en las Américas. Análisis de estudio de casos seleccionados. Washington DC, 1984 (Publicación Científica; 473).
25. Viveros M, Cerqueira MT. Participación social y educación para la salud. Memorias del 1er taller sub-regional latinoamericano. Washintong D.C: OPS; OMS, 1993.
26. OMS. Carta de Ottawa para la Promoción de Salud. Asociación Canadiense de Salud Pública. Canadá. 1986.
27. OPS. Estrategias de participación social en los sistemas locales de salud. Estudios de factibilidad. Washington D.C, 1988 (Serie Desarrollo de Servicios de Salud; No. 64).
28. _____. Local health systems. Social participation. Case studies. SILOS/7 Washington D.C. 1993.
29. VilaVa E. Importancia de los SILOS en la transformación de los Sistemas Nacionales de Salud. Washington D.C: OPS 1990 (Publicación Científica; No. 519).
30. OPS. La Salud en las Américas, Washington D.C. 1998.
31. _____. Administración estratégica. Desarrollo y fortalecimiento de los SILOS en la transformación de los Sistemas Nacionales de Salud. Washington D.C., 1992.
32. Ashton J. Las ciudades sanas, una iniciativa de la nueva sanidad. Valencia:Monografías Sanitarias;1987. (Serie D; No.1).
33. Cranley P. Características de la Oficina de Ciudades saludables de Toronto. Canadá, 2002.
34. OPS. El movimiento de municipios saludables en América. Washington D.C, 1992.
35. Siles D. La participación comunitaria. Tema 32 en Salud Pública y Educación para la Salud. Canarias: Editores ICEPSS; 1996.
36. Sanabria Ramos G. Reseñas de la capacitación y formación de recursos humanos en los campos de la promoción de salud y la educación para la salud en Cuba. En: Arroyo H. Modelos y prácticas en las Américas. San Juan: Universidad de Puerto Rico; 2001. p. 101-114.

Recibido: 20 de agosto de 2003. Aprobado: 27 de febrero de 2004.
Giselda Sanabria Ramos. Escuela Nacional de Salud Pública. Calle I No. 202 esq Línea.
Ciudad de La Habana. E-mail: giselda@infomed.sld.cu

¹ **Profesora. Escuela Nacional de Salud Pública.**