

SALUD

Marzo 2006

Enseñanzas y desafíos de las iniciativas de participación comunitaria en atención primaria de la salud

Por Daniel Maceira, Cintia Cejas, Sofía Olaviaga y Pedro Kremer

Bajo un contexto de descentralización de servicios públicos de salud, la capacidad local para hacer frente a las necesidades de la población se convierte en un aspecto crucial en la política provincial. Por ello, la gestión local se vuelve una herramienta fundamental y la Atención Primaria de Salud (APS) se revaloriza como un instrumento básico de cualquier estrategia sectorial. Dentro de este contexto, la participación comunitaria es uno de los componentes esenciales de APS a fin de contribuir a mejorar la salud de la población. En esta línea, desde agosto de 2005 el Área de Salud de CIPPEC lleva adelante un proyecto de participación comunitaria en salud, orientado a fortalecer la Atención Primaria en el Municipio de Alderetes, en la provincia de Tucumán.

La utilización frecuente y en casos ambigua del concepto de participación originó varios debates sobre su definición y la brecha existente entre la teoría y la práctica. El presente informe, resultado del proyecto mencionado y del Primer Foro de Experiencias Participativas explora las dificultades, limitaciones, ventajas y desafíos que enfrentan experiencias de participación comunitaria en salud. Las principales conclusiones giran en torno a cuatro aspectos importantes en experiencias de esta índole: (i) involucramiento social, (ii) articulación con autoridades sanitarias (iii) sustentabilidad y (iv) evaluación de resultados.

Introducción

Bajo un contexto de descentralización de servicios públicos de salud, la capacidad local para hacer frente a las necesidades de la población se convierte en un aspecto crucial en la política provincial, más aún cuando las restricciones presupuestarias son significativas y muestran gran dispersión entre jurisdicciones. Por eso, la gestión local se vuelve una herramienta fundamental y la Atención Primaria de Salud (APS) se

revaloriza como un instrumento básico de cualquier estrategia sectorial.

Dentro de este contexto, la participación comunitaria es uno de los componentes esenciales de APS a fin de contribuir a mejorar la salud de la población. Sin embargo, aunque existe un amplio consenso acerca de las bondades de la APS y la participación comunitaria, es poco lo que se ha indagado sobre las dificultades que conlleva desarrollar un proceso participativo.

En esta línea, desde agosto de 2004 el Área de Salud de CIPPEC lleva adelante un proyecto de participación comunitaria en salud, orientado a fortalecer la Atención Primaria en el Municipio de Alderetes, en la provincia de Tucumán.

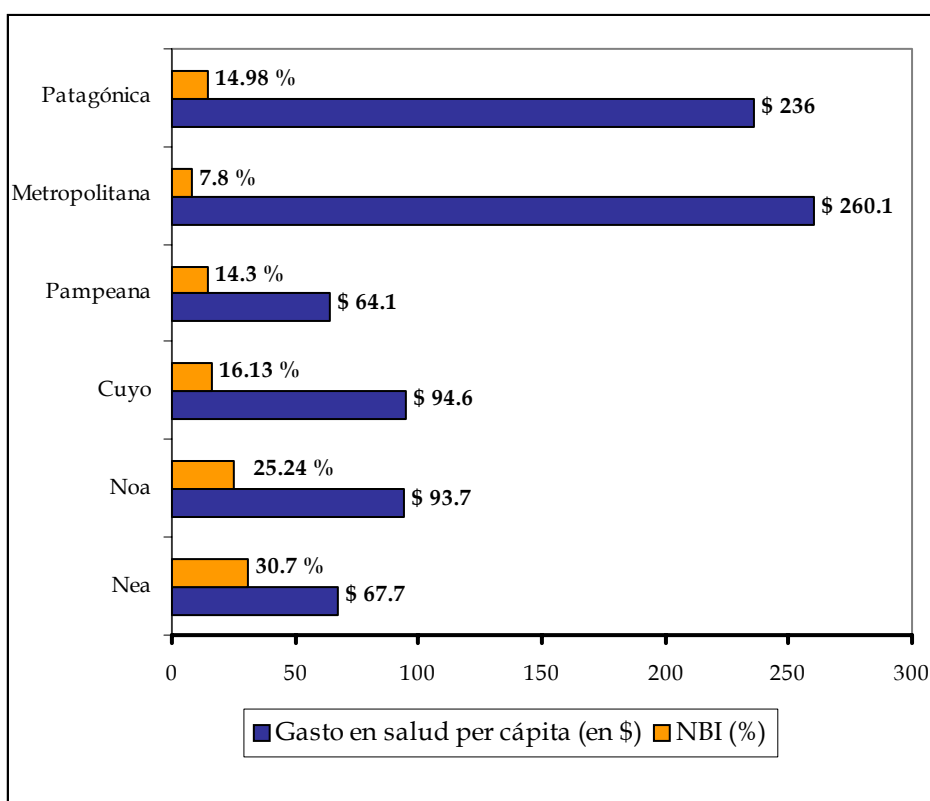
En este documento se expondrán las principales motivaciones para llevar adelante una experiencia de estas características, los aprendizajes incorporados en este tiempo, como así también las ventajas y dificultades de este tipo de iniciativas.

Intervenciones locales de salud en contextos descentralizados

En la Argentina, el sistema público de salud se encuentra ampliamente descentralizado, de modo tal que los

fondos utilizados para su operatoria provienen mayoritariamente de los presupuestos de cada jurisdicción, con excepción de programas verticales y parte de las iniciativas con financiamiento internacional. De este modo, las inequidades existentes al interior del país y entre provincias tienen su correlato en la asignación de recursos al sector, que ofrece una brecha de cobertura y resultados, medidos en términos de mortalidad infantil y materna, esperanza de vida, entre otros indicadores. Para ilustrar esta situación, la Figura 1 refleja la falta de asociación entre los recursos asignados a salud y el porcentaje de Necesidades Básicas Insatisfechas de cada región (NBI).

Figura 1. Mapa de recursos destinados a salud y NBI por regiones



Fuente: Elaboración propia de CIPPEC sobre la base del Censo Nacional de Población y Viviendas (INDEC, 2001) y Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares (INDEC, 1998)

La agudización de la crisis socio-económica tuvo un impacto negativo

evidente en el sector de la salud. La deteriorada calidad de los servicios prestados debió contener a una demanda

mayor de atención producto del aumento del empleo informal y el desempleo registrado en los últimos años. Si bien la estructura de atención pública incluye a todos los habitantes del país, el sistema atiende principalmente a quienes no tienen cobertura formal.

Las personas carentes de cobertura asistencial ingresan en el sistema de atención de la salud a través de los centros de atención primaria o centros de salud, y los hospitales públicos. En este contexto, a fin de alcanzar mayor eficiencia en el gasto destinado a la salud pública, debería diseñarse una estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), que se adapte a escenarios descentralizados, permitiendo realizar intervenciones costo-efectivas de mayor impacto en la población.

La relevancia de la Atención Primaria de Salud (APS)

La APS fue reconocida como una estrategia para alcanzar la meta de *Salud para Todos* en 2000 por 134 países y 67 organismos internacionales en la declaración adoptada en la Conferencia Internacional de Alma-Ata en 1978. Allí se señaló que la APS representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención en salud al lugar de residencia y trabajo de las personas, constituyendo el primer elemento de un proceso permanente de atención sanitaria (Declaración de ALMA-ATA 1978).

Así, la APS se presentó como parte integrante del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal. Ella plantea como indispensable la provisión universal del siguiente paquete de servicios: educación sanitaria y promoción para la salud; suministro de agua potable, nutrición, atención materno infantil, inmunizaciones, salud mental,

prevención y control de enfermedades endémicas locales y el tratamiento de emergencias y traumatismos comunes. Ciertamente, el logro de este paquete involucra necesariamente apoyo político, un abordaje intersectorial y participación comunitaria.

De lo mencionado se pueden identificar como principios rectores de la estrategia de APS a la equidad, la cobertura universal de servicios básicos de salud, el abordaje multisectorial, la participación comunitaria y la promoción y prevención de la salud.

En este marco, la participación constituye uno de los principales ejes de la estrategia, en la medida que requiere y proporciona el desarrollo comunitario con “participación en la planificación, organización, desarrollo y control de la APS, haciendo un uso más completo de los recursos locales y nacionales y otros recursos disponibles; y desarrolla, a través de una formación apropiada, la habilidad de las comunidades para participar” (Declaración de ALMA-ATA 1978).

Los Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) constituyen la puerta de entrada natural de los usuarios del sistema. Sin embargo, si bien ellos debieran ser el primer eslabón en la cadena de acceso a la salud, la falta de adaptación a las demandas y necesidades de su población beneficiaria limita su efectividad, afectando principalmente a los sectores menos favorecidos económicamente.

Reconociendo la relevancia de la APS para mejorar la salud de la población y la función que en ella cumple la participación comunitaria, desde agosto de 2004 el Área de Salud de CIPPEC, con el apoyo de la Fundación Interamericana (IAF), desarrolla un proyecto sobre participación comunitaria en salud, orientado a fortalecer la Atención

Primaria en el Municipio de Alderetes, en la provincia de Tucumán.

Como parte de esa estrategia, se promueve la organización y funcionamiento de Espacios de Participación en cuatro CAPS, con representantes de distintas organizaciones de la sociedad civil y referentes comunitarios, y representantes municipales y provinciales del sistema de salud. El objetivo central es “acompañar a los recursos locales comunitarios y a los servicios de salud en una manera diferente de gestionar la salud colectiva, compartiendo el saber y el quehacer de cada uno, para disminuir las inequidades en salud sentidas por la comunidad de Alderetes” (CIPPEC, 2005).

La estrategia metodológica de trabajo en aplicación es de Planificación Local Participativa (PLP), que favorece la interacción de los actores que conviven cotidianamente con los problemas de salud.

De acuerdo con las mediciones de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP)¹ de los países de la región y, específicamente, tomando el caso de la provincia de Tucumán, existe una brecha considerable entre lo que formalmente establecía la estrategia de APS y lo que sucede en la práctica.

¹La FESP es una metodología diseñada por la OPS/OMS orientada a evaluar el desempeño de las funciones más relevantes a cumplir por los sistemas de salud pública, estructurados en torno a la APS. Las funciones evaluadas son:

1. Seguimiento, evaluación y análisis de situación de salud.
2. Vigilancia en Salud Pública, investigación y control de riesgos y daños.
3. Promoción de la salud.
4. Participación de la comunidad.
5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional para planificación y gestión.
6. Fortalecimiento capacidad de Regulación.
7. Acceso equitativo servicios de salud.
8. Desarrollo y capacitación de Recursos Humanos.
9. Garantía y mejoramiento de calidad de servicios.
10. Investigación.
11. Reducción impacto emergencias y desastres.

En el caso de la provincia de Tucumán, la visión oficial del Ministerio de Salud Pública (MSPT-OPS, 2004) muestra que todas las FESP de la provincia se encuentran en valores por debajo de la media del Cono Sur, especialmente en la FESP 4 (participación de los ciudadanos en salud), que surge como la función de menor desempeño relativo.

Participación comunitaria en Salud en Alderetes, Tucumán

El primer paso de una intervención de estas características implica la construcción de una línea de base. Esta permite, por una parte, conocer las características sociales y sanitarias de la población en la zona de influencia donde se desarrollará el proyecto, facilitando el diseño de una estrategia de intervención adecuada al contexto. Por otra parte, la línea de base posibilita en un futuro medir el impacto del proyecto en las principales variables relacionadas a la intervención.

Así, y como parte del proyecto, durante los meses de mayo y junio de 2005 se realizó² un relevamiento de hogares mediante una encuesta de condiciones de vida, acceso a servicios de salud y participación. El Cuadro 1 muestra algunas características generales de las familias de Alderetes, evidenciando una pirámide poblacional típica de regiones en desarrollo, bajos niveles de educación e informalidad laboral.

² El relevamiento se encomendó al PUEDES (Programa Universitario de Extensión y Desarrollo Social, Universidad Nacional de Tucumán).

Cuadro 1
Características generales de la población
de Alderetes, Tucumán

	% de la población
Familia superior a 7 integrantes	20.2
Menores de 12 años	72.7
3 o más menores de 12	25.4
Embarazadas adolescentes	1.8
Mujer Jefa de Hogar	17.4
Primario incompleto	22.5
Terciario o Universitario	5.5
Changarin/Desoc/Jub/Pens	31.2
Plan Jefas y Jefas	6.1
Cobertura salud	57.9

Fuente: Elaboración propia de CIPPEC sobre la base de la encuesta CIPPEC-PUEDES (2005).

Al analizar las características de la demanda de atención se observa que de aquellos que buscan cuidado, 67.2% lo hace en el sector público, en tanto que a nivel nacional sólo lo hace 34% de la población. Asimismo, 86% de los encuestados en Alderetes que acuden al sector público utilizan los CAPS a diferencia del 29.4% en la Nación. Tal diferencia se asocia con la capacidad del sistema de salud local, ausente de hospitales de referencia cercanos. De este modo, la encuesta permite identificar perfiles ideosincráticos de cuidado de la salud que contribuyen al diseño de intervenciones efectivas.

Si bien el porcentaje de la población que manifiesta poseer cobertura formal de salud es alto (57.8%), una proporción significativa acude en busca de atención al sector público (42.2% a CAPS y 6.3% al hospital). Este fenómeno puede atribuirse en parte al hecho de que muchos individuos reportaron tener cobertura privada, bajo la forma de pequeñas mutuales, e inclusive prepagas, que no tienen posibilidades de brindar servicios asociados con las necesidades locales.

Asimismo, el hecho de realizar el pago de cobertura sanitaria en un subsistema (privado) y demandar atención en otro (público), refiere a un modelo fragmentado de salud que se reproduce en todo el país, originando subsidios cruzados que repercuten en mayor inequidad. Ello cobra especial relevancia en municipios como Alderetes, donde la oferta pública es limitada, y el pago de seguros lo efectúan grupos de bajos ingresos.

Dado que el CAPS se convierte en la unidad de intervención más frecuente para atender a la población, es relevante evaluar su desempeño. Para esto resulta necesario considerar indicadores de oferta de servicios tales como número de especialidades disponibles en cada uno, cantidad de consultorios y pacientes atendidos, entre otros. A partir de esa información es posible construir tasas de atención: cantidad de pacientes por médico y de población a cargo por médico, por ejemplo.

Estos indicadores nos brindan un panorama más completo del funcionamiento de los servicios y contribuyen a explicar las percepciones positivas o negativas existentes de la población a cargo.

Del análisis efectuado se desprende la importancia de una evaluación satisfactoria del CAPS como impulsor de mayor concurrencia, no sólo ante enfermedad, sino también por control. Asimismo, el número de niños menores de 12 años y la consultante mujer aumentan la probabilidad de consulta al CAPS, siendo la distancia una barrera de acceso geográfica estadísticamente significativa.

Información como política sanitaria

Complementariamente, la promoción de la salud, la educación y la comunicación son componentes sensibles en una estrategia de APS. El común

denominador en estas acciones es la relevancia que cumple la información como uno de los instrumentos para llevarla a cabo.

El acceso a la información es considerado como un derecho instrumental de la población para la toma de decisiones informadas acerca de la propia salud, permitiendo distinguir y elegir qué comportamiento sanitario observar y qué hábitos son los más adecuados según los recursos y el contexto.

Esto es aún más importante en un contexto de cuidados de salud, que representa un caso extremo de “asimetría de información” entre el proveedor de servicios y quien los recibe: en la mayoría de los casos, el paciente no se encuentra en condiciones de determinar si las prestaciones que recibe son adecuadas o si se ajustan a estándares aceptados por la profesión médica.

La información contribuye a que el paciente se conforme en sujeto portador de derechos y es la base para el empoderamiento colectivo. Por lo tanto, la participación comunitaria en la toma de decisiones requiere de ciudadanos informados. De lo contrario, el proceso participativo se obstaculiza.

El proyecto que desarrolla CIPPEC en Alderetes se inserta en este campo. En esta línea, el elevamiento contempla la medición de indicadores que posibilitarán en el futuro evaluar el impacto de la intervención realizada.

Para el total de CAPS analizados y sobre la base de las respuestas recibidas, sólo uno de cada cinco encuestados refirió haber recibido alguna información sobre temas de salud en los últimos seis meses. Los medios más utilizados por los cuales la población recibió dicha información fueron folletos, charlas y campañas, como se aprecia en el Cuadro 2.

Cuadro 2
Incidencia de mecanismos de comunicación

	% de la población
Recibió información sobre salud	20.5
Folletos	10.2
Charlas	7.3
Campañas	6.0
Talleres	0.8
Otros	0.9

Fuente: Elaboración propia de CIPPEC en base a la encuesta CIPPEC-PUEDES (2005)

Analizando las diferentes fuentes de información y promoción en salud, (Cuadro 3), los CAPS surgen como los principales proveedores, con 30.4% del total, seguidos por la TV y las escuelas, con 21.6% y 15.9%, respectivamente. De este análisis pueden obtenerse al menos **dos conclusiones. La primera, positiva, que los CAPS ocupan el primer lugar en cuanto a medios de distribución de información sobre cuidados de la salud, siendo significativo y positivo su impacto en la participación comunitaria (Maceira, 2005). Ello justificaría el argumento de que fomentar la prevención y la promoción de la salud es un objetivo tan relevante como prestar asistencia a los enfermos. La segunda conclusión, menos alentadora, es la subutilización de algunos medios masivos para potenciar la distribución de información en salud.** Tal es el caso de la radio -por su masividad- y el caso de los centros vecinales -por su inserción en la comunidad-.

Cuadro 3
Fuentes de información en salud

	% de la población
CAPS	30.4
TV	21.6
Escuela	15.9
Centro Vecinal	2.1
Club	0.6
Radio	7.2
Municipalidad	3.0
Otros	19.2
Total	100

Fuente: Elaboración propia de CIPPEC en la base a encuesta CIPPEC-PUEDES (2005)

Por último, del relevamiento de Alderetes se identificó que 10% de los encuestados participaría (como asistente y/o colaborador) en alguna institución para mejorar la calidad de vida de la población de su barrio.

Un dato curioso desde la perspectiva de diseño de una política es que si bien los folletos surgen como la vía de información más mencionada por los consultados de Alderetes, no presenta una correlación significativa con el nivel de participación, como sí lo hace el haber recibido información a través de charlas en la comunidad.

Dificultades y desafíos de la participación

Como se señaló anteriormente, los procesos participativos contribuyen a fortalecer la implementación de la estrategia de APS. Durante las últimas décadas, en un contexto marcado por el advenimiento de la democracia en la región, se ha considerado a la participación valorable como un fin en sí mismo, en la medida en que garantiza el pleno ejercicio de la ciudadanía. Sin embargo, resulta interesante indagar acerca del lugar que ocupa la participación

en la relación medio-fin. En este sentido, el desarrollo de procesos participativos en contextos democráticos es también un medio para el logro de objetivos colectivos. Por lo tanto, es importante explicitar el fin que se persigue, diferenciando los por qué y los para qué de la participación.

El desarrollo del concepto de participación está ligado al de ciudadanía, encontrándose ambos en permanente evolución. Años atrás, participación implicaba la posibilidad de elegir representantes y ser electo mediante el voto. Hoy, esta definición se amplió incorporando nuevas prácticas y derechos orientados a la construcción de una ciudadanía social.

En varias oportunidades la participación funciona como un verdadero mecanismo de control del conflicto social que, aunque en contextos de pobreza puede complementar el accionar del Estado, en realidad queda excluida del proceso de toma de decisiones. En esta línea, en el ámbito de la salud, “el verdadero empoderamiento se produce cuando los grupos sociales comienzan a preguntarse por qué y de qué se enferman y logran incidir en el rumbo de las políticas públicas que los afectan localmente, ya sea en su formulación, ejecución o evaluación” (CIPPEC, 2005).³

La utilización frecuente y en casos ambigua del concepto de participación originó varios debates sobre su definición y la brecha existente entre la teoría y la práctica. Durante el Primer Foro de Experiencias Participativas⁴ organizado por CIPPEC, el objeto planteado fue explorar las dificultades, limitaciones, ventajas y desafíos que enfrentan diversas experiencias de participación comunitaria en salud. Las principales conclusiones del

³ Planteo de Hugo Spinelli en el Foro sobre Experiencias Participativas en Salud realizado en CIPPEC el 29 de Noviembre de 2005.

⁴ El Foro se realizó el 29 de noviembre de 2005 y asistieron 34 representantes de experiencias de diferentes provincias.

encuentro se resumen en 3 aspectos: (i) involucramiento social, (ii) articulación con autoridades sanitarias y (iii) sustentabilidad.

El proceso de **involucramiento de la comunidad** es de carácter vital en los procesos participativos. Lo mismo sucede respecto de la **articulación con los diferentes actores involucrados**. Respecto de estos puntos, surgieron las siguientes reflexiones:

- El involucramiento de la comunidad en el espacio decisorio requiere de la gestión asociada y la conformación de redes.
- Dentro de estas redes, el Estado puede vincularse como un nodo más, manteniendo la horizontalidad del conjunto.
- Los procesos participativos no deben suprimir o desconocer las relaciones de poder existentes en toda comunidad. Contrariamente, deben operar con dichas relaciones y tornarlas provechosas para la iniciativa.
- Es importante desmitificar la creencia de que un funcionario que avala la participación quiere, en realidad, apropiarse y sacar ventajas de ella. Asimismo, el funcionario no debe considerar a la participación comunitaria como una amenaza para la gobernabilidad.
- Algunos de los actores involucrados, con saberes específicos, como los médicos, acostumbra a desenvolverse individualmente y presentan resistencia a otros saberes presentes en la comunidad.

Uno de los desafíos más recurrentes que enfrentan este tipo de experiencias están relacionados con su **sustentabilidad**. Respecto a ello, se señaló:

- La necesidad de construir una conciencia ciudadana rescatando la identidad colectiva, lo que facilita el

proceso de apropiación de los problemas sociales y su resolución.

- El clientelismo y paternalismo político amenazan la práctica sustentable de este tipo de procesos.
- La importancia de contar con aval político para incidir en la toma de decisiones.
- La adaptabilidad a los tiempos de la comunidad involucrada en el proceso.

Finalmente, muchas experiencias carecen de una **evaluación** de resultados y de su documentación. En este sentido se señaló la importancia del seguimiento de experiencias participativas desde su inicio, a fin de establecer sus resultados, potenciando el aprendizaje colectivo.

La participación constituye un mecanismo eficiente para la solución de determinados problemas y es funcional a la estrategia de APS. Sin embargo, no existen recetas generales para la aplicación exitosa de este tipo de procesos: cada caso particular implica explicitar los objetivos de la participación, qué tipos de problemas se identifican y en qué niveles de decisión se interviene. De ello depende alcanzar los resultados esperados, y que la ciudadanía y las instituciones resulten fortalecidas.

Referencias

OPS (2000). Iniciativa "La Salud Pública en las Américas". Disponible en <http://www.campusvirtualesp.org/esp/Pub/SaludPublicaAmericas/es/homepage.htm>

OPS (1999). "Planificación Local Participativa" Serie Paltex para ejecutores de programas, N° 41.

Ministerio de Salud Pública Provincia de Tucumán - OPS (2004). Primeras Jornadas de Medición del desempeño de

las Funciones Esenciales de Salud Pública.

CIPPEC (2005). Plan Estratégico de Salud para el municipio de Alderetes, Tucumán

Declaración de ALMA-ATA (1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, USSR, 6-12 septiembre.

INDEC (1998) Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares

INDEC (2001) Censo Nacional de Población y Vivienda.

Maceira (2005) Intervenciones Esenciales de salud Pública. Diagnóstico de Base en Alderetes, Tucumán. CIPPEC

Daniel Maceira, Director del Área de Salud de CIPPEC. Es Lic. en Economía, Universidad de Buenos Aires (UBA), Ph.D. en Economía, Universidad de Boston, especializado en economía de la salud y organización industrial, con becas y subsidios de estudio de la Fundación Ford, el Programa de Becas del Gobierno de Japón, la Fundación Adenauer, y la Beca Rosestein-Rodan de Boston University, entre otras. Es investigador titular del CEDES e investigador adjunto del CONICET. Desarrolla actividades docentes en universidades nacionales y extranjeras. Realizó varias publicaciones en revistas especializadas y ha tenido participación en numerosos proyectos de investigación y programas de asistencia técnica, especialmente en América Latina y el Caribe. Brinda asesoría técnica a distintos organismos nacionales e internacionales.

Cintia Cejas, Lic. en Ciencias Políticas con orientación en Procesos Políticos, Universidad Católica Argentina (UCA). Maestría en Ciencias Sociales y Salud, (CEDES-FLACSO), en curso.

Sofía Olaviaga, Lic. en Ciencia Política, Universidad de Buenos Aires (UBA). Maestría en Diseño y Gestión de Políticas y Programas Sociales, (FLACSO), en curso.

Pedro Kremer, Médico especialista en Medicina Familiar, Universidad de Buenos Aires (UBA). Maestría en Ciencias Sociales y Salud, (CEDES-FLACSO), en curso.

Las opiniones de los autores no reflejan necesariamente la posición institucional de CIPPEC en el tema analizado.

Si desea citar este documento: Maceira, D.; Cejas, C.; Olaviaga, S. y Kremer, P.: "Enseñanzas y desafíos de las iniciativas de participación comunitaria en atención primaria de la salud", *Documento de Políticas Públicas*, CIPPEC, Buenos Aires, marzo de 2006.

Acerca de CIPPEC

CIPPEC (Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento) es una organización independiente y sin fines de lucro que trabaja por un Estado justo, democrático y eficiente que mejore la vida de las personas. Para ello concentra sus esfuerzos en analizar y promover políticas públicas que fomenten la equidad y el crecimiento en Argentina. Nuestro desafío es traducir en acciones concretas las mejores ideas que surjan en las áreas de Educación, Salud, Justicia, Política Fiscal, Transparencia, Instituciones Políticas y Gestión Pública Local.