

Participación social “comunitaria” en el desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud

Isabel Rodríguez*

Jorge Pérez

Centro de Estudios de la Empresa

Facultad de Ciencias Económicas y Sociales

Universidad del Zulia. Maracaibo-Venezuela.

Apartado Postal 526 Telf.: + 58 61 596555 Fax: + 58 61 416025

Resumen

La Participación es presentada como un objetivo primordial del Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud (SILOS). Los SILOS son definidos como la tática operacional para adelantar la estrategia de Atención Primaria de Salud, a partir de 1937, según la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana. Desde entonces, ha venido siendo asumida por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS). Por lo relevante del tema y el impacto que tiene la Participación para los programas de salud; en este artículo, los autores adelantan una discusión de tipo terminológico sobre el concepto de Participación Social Comunitaria; desde una perspectiva sociológica, que permite dilucidar algunos problemas analíticos e interpretativos que conlleva el empleo del término “comunidad”, el que se presenta como débil, general y peligroso, en un contexto social y político como el que hoy tenemos en Venezuela. Consideramos que hay que profundizar el análisis y despejar otros problemas teóricos relacionados con este concepto.

Palabras clave: Participación social, comunidad, sistemas locales de salud, atención primaria de salud, programas de salud.

Recibido: 10-07-96 . Aceptado: 26-11-96

* Autor para la Correspondencia.

Comunitary Social Participation in the Development and Strengthening of Health Local Systems

Abstract

Participation is presented as a prime objective for developing and enhancing of health local systems (H.L.S.). Since 1987, HLS's are defined as the operational tectic in order to advance the strategy of Primary Health Care, according to the XXII nd Panamerican Sanitary Conference. Since then, such strategy has been assumed by the Health Ministry. Given the relevance and the impact of the issue of participacion; the authors posit a discussion on terminological implications of Comunitary Social Participation, from a sociological point view which ellows to pore the way for solving analytical and interpretative issues.

Key words: Social Participation, Health Local Sitemas, Primary Health Care.

1. Introducción

Abriendo la década del 90, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), decide centrar su atención en el desarrollo de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), para lo cual emprende una agresiva campaña de divulgación sobre dicha táctica con la publicación de los HSD-SILOS(1) y una rigurosa acción institucional para ofrecer apoyo a los Ministerios de Salud de la región Latinoamericana y del Caribe, para que incorporen este modelo a la gestión de salud.

Tal motivación encuentra su razón de ser, al darse cuenta que grandes sectores de la población de muchos países de América Latina no cuentan con los recursos suficientes para atender sus problemas de salud y poder acceder a los servicios de salud que ofrece el sector público; situación que se agudiza cuando se produce una disminución drástica de la disponibilidad de recursos, incremento del crecimiento demográfico (ALARID, 1991; 41), y sobre todo, por la inexistencia de una gerencia de salud que rompa con el centralismo y estimule la participación.

A esta situación no escapa Venezuela, no sólo por ser un país integrante de la región -con los que comparte una serie de características económicas y políticas similares- sino porque la situación de crisis que nos afecta, ha profundizado el espiral

de deterioro progresivo de los servicios de salud y ha acentuado las diferencias de oportunidad para acceder a los mismos.

En Venezuela, se pone de manifiesto el interés por incorporar la táctica SILOS con el apoyo de la OPS, desde recién iniciada la década de los 90; para darle respuesta al desarrollo de la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), que el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) -como órgano rector de las políticas de salud- ha contraído con carácter prioritario (Resolución No. G-414 del 30/04/90); asumiendo el cumplimiento de lo establecido en la Resolución XV, aprobada por la XXXIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS celebrada en Washington, D.C., en Septiembre de 1988; donde se insta a los gobiernos miembros a desarrollar actividades dirigidas al Desarrollo y Fortalecimiento de los SILOS, como base fundamental para la transformación de los Sistemas Nacionales de Salud.

En diciembre del 90, en Venezuela se lleva a efecto, en el Edo. Monagas, el Primer Encuentro Nacional de SILOS, para evaluar la situación existente a nivel de los distritos sanitarios que habían iniciado el proceso de constitución de los SILOS; asumiendo el MSAS el liderazgo de dicho proceso, a través de la Dirección Regional Sectorial de Salud; sobre la que recae la responsabilidad de apoyar a los distritos sanitarios para que puedan funcionar como SILOS (MSAS, 1991; IV).

Para la implantación y desarrollo de la táctica operacional SILOS, se requiere conquistar ciertos objetivos, entre los cuales destacan: la sectorización, el sistema de información, la descentralización, la intersectorialidad y la participación social.

Este último objetivo es sobre el cual centramos nuestra atención, por considerarlo prioritario a la hora de impulsar la implantación de modelos de gestión, como el que ofrece la propuesta SILOS; cuya base principal de sustentación está constituida por la participación social de la comunidad (URQUIOLA, 1990; 26), y más aún, cuando se plantea que la participación deberá darse en todos los niveles y programas que conforman el sistema de salud (PAGANINI, 1990; 60).

La experiencia histórica vivida en Venezuela, no se corresponde con el planteamiento formulado por Paganini, porque el Estado ha impuesto su hegemonía en salud, y porque además, el desarrollo del proceso político del sistema democrático se ha adelantado sobre la base de una participación restringida, en donde los partidos políticos han ido copando todos los espacios de participación de la sociedad civil; lo que dificulta el desarrollo de una cultura participativa.

Aunado a ésto, los signos de la desconfianza se han diseminado sobre toda la sociedad. Esta desconfianza se percibe en la medida en que las organizaciones políticas han venido perdiendo capacidad para contribuir al avance de la democracia; y

en el hecho, de no haber demostrado en 36 años de hegemonía en el sistema político, capacidad para consolidar una plataforma que permita alcanzar un tipo de desarrollo ambientalmente sustentable, soportado por una participación político-social de los grupos y actores sociales hasta ahora excluidos del proceso de toma de decisiones.

Por otra parte, en el sector salud, los modelos de atención a la salud se han caracterizado por su marcado acento asistencialista; que ha contribuido a generar una actitud pasiva, una dependencia del Estado y un conformismo sumiso por parte del individuo, la familia y la comunidad. La raíz de tal situación parece estar, en la forma en que el Estado ha establecido la relación con el resto de la sociedad, porque se difundió la idea de un Estado omnipotente; por los inmensos recursos económicos que disponía, provenientes de la renta petrolera, que le permitieron durante muchos años actuar en forma paternalista, sin la necesidad de recurrir a la participación.

El mismo nombre del Ministerio lleva incorporado "Asistencia Social"; responsabilidad que es asumida como una obligación del Estado, acompañando a los objetivos, actividades y acciones sanitarias y de saneamiento ambiental, que en todo caso, son las propiamente vinculadas con la salud.

Durante los primeros años de vida del Ministerio (1936/1950) la orientación de la política de salud gravitó sobre el saneamiento ambiental; hecho que se demuestra a partir de la distribución del gasto público en salud, cuando se dedicaba mayor porcentaje del presupuesto a atender las actividades relacionadas con los programas de la Dirección General de Malariología y Saneamiento Ambiental(2). Sin embargo, a partir de la década de los 60 -que coincide con el inicio del proceso democrático- la orientación del gasto varió significativamente, dedicándose el 80% del gasto en salud, a satisfacer la atención médico-hospitalaria, es decir, a todo lo que engloba las actividades de la medicina curativa(3).

Aquí es conveniente destacar, que el modelo predominante de atención se caracteriza por ser altamente medicalizado, al exacerbar la práctica de la medicina curativa costosa, de limitados resultados e iatrogénica. El mismo funciona sobre la base de una planificación reactiva y un patrón organizacional donde existe una autoridad jerarquizada, con un liderazgo rígido y un poder centralizado que incorpora un flujo decisorio de tipo vertical descendente (ALARID, 1991; 41), que impide que se de la participación social.

Como resultado se tiene que, estos factores inherentes a su funcionamiento, generan una dinámica conflictiva a nivel interno del sistema; que a su vez se entretienen con los factores externos que provienen de la dinámica social, económica y política, que definen el comportamiento del conjunto societal.

Controlar o disminuir el impacto ocasionado por los factores vinculados a la dinámica interna del sistema, no resulta una tarea fácil de adelantar a corto plazo; máxime, si pensamos que ellos están profundamente enquistados en el modelo de atención médica vigente, por el tiempo que llevan definiendo la lógica de la actuación en salud; así como, por lo difícil que resulta dismantelar las rutinas burocráticas sobre las cuales se despliegan.

Por consiguiente, de no efectuarse un cambio profundo, como el propuesto en el modelo de los SILOS, que persigue la democratización de la gestión, no se podrá alcanzar la excelencia en la gestión pública de salud. Para conquistar ese objetivo -y según lo formulado teóricamente- debe producirse la participación de los actores sociales, como requisito fundamental de la implantación total del modelo SILOS.

En este artículo, adelantamos la discusión en torno al concepto de Participación Social "Comunitaria", por la importancia que reviste la participación social para el logro de los objetivos previstos para el desarrollo y fortalecimiento de este modelo de gestión en salud -SILOS- que destaca por su carácter innovador en cuanto a propuesta alternativa en salud.

2. La crisis del modelo médico y los SILOS

La situación de deterioro de la salud de la población venezolana, en parte tiene que ver con el modelo médico implantado y ejecutado en el país, desde mediados de la década del 50, no evidenciándose cambios sustanciales en las condiciones de salud de la colectividad debido a la concepción sesgada que se tiene de la salud; este hecho ha implicado una orientación práctica de tipo curativo y asistencialista, más no integrada y preventiva. "El modelo de salud hasta ahora adoptado en el país corresponde a un modelo biologicista-médico-asistencialista, el cual ha fortalecido la acción médico-curativa como estrategia de salud, atendiendo sólo a la enfermedad y descontextualizando la salud" (PÉREZ/JAEN, 1989; 310), e impidiendo el desarrollo de la participación de los grupos organizados de la sociedad civil.

Dentro de esta concepción se combate el hecho en sí de la enfermedad, y no los elementos generadores de este proceso (factores de riesgo), vinculados con lo que hacen y dejan de hacer los grupos humanos ubicados en un espacio geográfico y de trabajo específico.

Los problemas fundamentales del área salud tienen que ver con el hecho que la mayoría de las políticas dirigidas a tratar problemas de salud de la población se elaboran ex-post facto, es decir, después que los problemas han alcanzado magnitudes significativas es que se ejecutan campañas para atacarlos, resultando éstas más cos-

tosas que las dirigidas a la prevención; y sin contar con la posibilidad que sean los grupos los que determinen lo que hay que hacer para evitar la ocurrencia del fenómeno de la enfermedad; por lo cual las decisiones son tomadas por el Estado (MSAS) e impuestas al colectivo social.

Para atacar esta situación, la OMS(4) y la OPS(5) ha diseñado una estrategia denominada APS(6), la cual ha sido aceptada oficialmente por el MSAS; sobre todo a partir de 1988, cuando se delinearon las características de la Cooperación Técnica entre la OPS y este Ministerio; y se ratificaron los acuerdos efectuados en la Resolución XI de la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana de 1986; donde la participación de las comunidades es incorporada como una necesidad para el desarrollo y fortalecimiento de los SILOS.

Todos estos acuerdos tienen el propósito de apoyar al MSAS en la implantación de un modelo de atención basado en la estrategia APS y en el desarrollo de los SILOS; los que para funcionar como tal tienen que responder a las siguientes necesidades:

- a) Sectorización: La delimitación de unidades territoriales ubicadas en un área de influencia de un establecimiento de salud.
- b) Sistema de Información: Definido como el conjunto de mecanismos e instrumentos que se interrelacionan para obtener una gama de conocimientos acerca de variables de tipo cuali-cuantitativas.
- c) Descentralización: Entendida como la dotación de poder de decisión y control a nivel local.
- d) Intersectorialidad: Acción de todos los sectores pertinentes para el logro de una meta común por medio de la integración y coordinación de los recursos y aporte de cada uno de estos sectores.
- e) Participación Social: El proceso de intervención de la población organizada en la toma de decisiones que tienen que ver con la satisfacción de necesidades y atención de la salud.

Por tanto la estrategia APS y los SILOS, tienen en la participación un eje común y un propósito fundamental.

3. Atención primaria de salud y sistemas locales de salud

La APS es una iniciativa dirigida a solventar la actual situación de los servicios públicos de salud. Para la OMS, ésta es definida como "Asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, puestas al alcance de todos los individuos y familias

de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueden soportar en todas y cada una de sus etapas, de su desarrollo con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación.” (CHIRINOS, 1993;3).

En el sistema de salud basado en la APS, se hace indispensable “el desarrollo y fortalecimiento de la infraestructura de los sistemas de salud, mayor eficiencia gerencial de los servicios, así como un alto grado de participación ciudadana.” (ALARID, 1990;38). Por consiguiente, la estrategia APS, se presenta como una alternativa del desarrollo social, capaz de generar cambios sustanciales en todo el sistema de salud.

Entonces la APS es “mucho más que una extensión de los servicios básicos de salud, abarca factores sociales y de desarrollo y si se aplica de manera apropiada, influye en el funcionamiento del resto del Sistema de Salud.” (PAGANINI, 1990;51), y societal en general.

Sin embargo, hay que señalar que el concepto de APS que maneja la OMS, presencia de una serie de criterios que manifiestan una posición que restringe las posibilidades de una real participación de las comunidades, al plantear que la asistencia sanitaria esencial debe estar basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables.

Esta concepción que se tiene de la APS, pone en evidencia el carácter medicalizado, en cuanto niega la oportunidad de incorporar otras prácticas de la medicina y del saber popular a esta asistencia sanitaria, es decir, no integra las diferentes partes que subyacen dentro de una comunidad; que bien podrían ser: la medicina etnotradicional, o la incorporación de elementos de la llamada medicina alternativa (integral, homeopática, cuántica), además de otros conocimientos y tecnologías populares descubiertas y puestas en práctica por ciertos grupos minoritarios.

Debido a esta forma de conducirse la estrategia APS, a nivel teórico, se hace necesaria una nueva formulación capaz de abrir el compás a las opciones del saber popular. Es por ello, que retomando un concepto integral de salud, la asistencia sanitaria debe incorporar a sus métodos y tecnologías, las prácticas y tradiciones que se corresponden a la cultura popular (producción, distribución y consumo), mediante la plena participación de sus actores; donde la salud sea entendida como un proceso interactivo: individuo-medio ambiente, donde los componentes salud y comunidad sean indivisibles y se retroalimenten en forma dinámica y permanente.

La adopción de los SILOS, en nuestro país, se ha ido produciendo en medio de un proceso político de reforma del Estado; es decir, que van unidos a la coyuntura de democratización que se experimenta en América Latina, como alternativa al agotamiento del modelo de Democracia Representativa; ésto a su vez, manifiesta una

orientación que nace fuera del sector salud y por la urgencia del nivel local por participar activamente en la conquista de mejores servicios de salud, tanto cuantitativamente como cualitativamente.

Esta propuesta ha sido acogida en nuestro país por el MSAS, a partir de 1990, con la finalidad de llevar a la práctica la APS y la consecuente transformación del Sistema Nacional de Salud; existiendo para 1993, en 18 entidades federales, experiencias de implantación de SILOS, de las cuales 14 están en etapa de extensión y 4 en expansión.

El SILOS puede ser definido como el conjunto de recursos de salud, interrelacionados y organizados con criterio geográfico poblacional; ideado en base a las necesidades y demandas de la población, definidas en términos de daños y riesgos; entendiendo que el saneamiento ambiental, la prevención y la atención son responsabilidades compartidas, que exigen crear la capacidad de coordinar los recursos disponibles intra y extra sectoriales, y una gerencia activa y participativa en base a la participación social, con lo cual se contribuye al desarrollo del Sistema Nacional de Salud.

4. El concepto de participación: Su dimensión teórica

El concepto de **participación** ha sido ampliamente mencionado en el discurso teórico de las ciencias sociales y políticas; "se plantea como un aspecto revestido de cierta importancia, apreciable sobre todo por el lugar privilegiado que ocupa -en la actual coyuntura- en el discurso de políticos, intelectuales y pensadores sociales." (BARRIOS, 1985; 214).

En América Latina se puede apreciar una constante referencia a término participación, sobre todo si se tiene en cuenta que en la región se registra una lucha perenne por conquistar mayores espacios de participación social; que está siendo estimulada sistemáticamente por las necesidades y demandas de renovación de los sistemas políticos y de preservar las democracias (CUNILL, 1991; 5).

Con respecto al empleo del término, no existe un acuerdo, sino que más bien pareciera existir una confusión y un uso abusivo; tanto en el discurso político, como en el de las propuestas que se formulan para resolver los problemas.

Así tenemos que, el término participación puede estar relacionado con: 1) un activismo reactivo frente a determinados problemas, que propicia el desarrollo de un conjunto de acciones de todo tipo y tan generales como las que tienen lugar en los gremios, sindicatos, colegios profesionales, planteles educativos, ambulatorios, etc.; 2) aquellas actividades que se adelantan como producto de las políticas socia-

les en los barrios; y 3) las actividades que sólo son promovidas en relación con la idea de soberanía popular.

Es frecuente, en el caso de las ciencias sociales, encontrar este tipo de ambigüedad en el significado de los términos (CUNILL, 1991; 9). Esto no debe ser asumido como desalentador o como una carencia de capacidad explicativa de la ciencia. Esta polisemia puede ser más bien beneficiosa, ya que fuerza a la teoría sociológica al debate creativo, a la investigación y a la búsqueda de la depuración terminológica.

Para la teoría sociológica, el concepto es la herramienta de análisis más importante con que se cuenta; y él debe ser permanentemente revisado, actualizado y confrontado con la realidad.

La participación es un fenómeno complejo que, en su sentido más general alude al conjunto de actividades que despliegan los individuos, en procura de resolver sus problemas; pero a nivel conceptual, implica todo un trasfondo ideológico y político que amerita de una visión que integre los enfoques psicológicos, cultural, político, social y religioso; para ser explicado y entendido.

Para Giulietta Fadda “la participación se nos presenta como un problema de alto interés investigativo, ya sea por su complejidad y falta de sistematización teórica; como por la vigencia y las perspectivas político-sociales que su esclarecimiento conceptual puede aportar a las estrategias de consolidación y profundización de la democracia.” (FADDA, 1990; 17) y, principalmente, en lo que se relaciona con la implantación de un modelo de gestión en salud, cuyo eje articulador gira en torno a la participación social “comunitaria”, es necesario encontrar cuál es su significado real y potencial.

Compartimos la inquietud de la autora citada, cuando plantea que la participación a nivel conceptual, presenta un elevado grado de ambigüedad, que debe ser identificado para poder superarlo.

“A nivel político, aparece como una promesa democratizadora, cuya interpelección ayudaría a comprender las políticas de gobierno y a explicar y pronosticar efectos sobre la praxis; y a nivel de la práctica desde las comunidades, se manifiesta como un bullente y pujante proceso social en pleno desarrollo, necesario de analizar más allá de lo meramente descriptivo.” (FADDA, 1990; 17)

Debido a la situación de crisis, a finales de la década del 70, se han registrado diversos esfuerzos para interpretar el fenómeno de la participación; identificándose tres ámbitos de significación del término:

- a) El vinculado con la crisis de representatividad del Estado; ésto plantea la necesidad de la participación ciudadana como alternativa para la construcción e consenso y legitimación del régimen.
- b) El referido a la crisis de eficacia del Estado; aquí se invoca a la participación como un medio de contener los efectos negativos del paternalismo, e imprimirle mayor eficiencia a la acción gubernamental.
- c) El relacionado con los intentos de concreción del modelo neoliberal, que busca la participación ciudadana como una forma de descargar sobre la sociedad civil las acciones y responsabilidades públicas que el Estado no está en condiciones de seguir asumiendo. (CUNILL, 1991; 11).

Discutir el sentido que le damos al concepto de participación, en relación al modelo de gestión en salud SILOS, implica apelar al enfoque analítico socio-político, ya que él suministra el marco apropiado para ello, porque permite identificar el substrato epistemológico del término **participación** en relación a **poder**, como el referente más específico del objeto de la política; y porque, en el caso venezolano la participación como praxis no puede descontextualizarse de lo que ocurre en el sistema político por la gran influencia que lo político tiene en el ámbito societal.

Sociológicamente hablando, el concepto de participación; en este caso, nos remite al valor y significado estratégico que tienen las conductas y acciones de los grupos y actores sociales, en el ordenamiento o reordenamiento de la sociedad, en base a los términos de distribución y ejercicio del poder, y a la capacidad de insertarse en el proceso decisional.

Pateman (FADDA, 1990; 40), define tres tipos de participación, según sea el alcance y la posibilidad que tengan los actores y grupos sociales de insertarse en el proceso decisional. En base a ésto, identifica las siguientes situaciones:

- a) Pseudo-participación; la que es definida como una situación donde las autoridades someten a consulta un asunto para dar la impresión de ser condescendientes, pero de hecho, la decisión ha sido tomada a priori.
- b) Participación parcial; como una situación donde dos o más partes se influyen mutuamente en un proceso de toma de decisiones, pero el poder definitivo de decidir lo tiene sólo una de las partes.
- c) Participación total; como una situación donde cada grupo o individuo tiene igual influencia en la decisión final; y alcanza el control sobre los recursos económicos, técnicos y financieros porque el flujo de poder está distribuido equitativamente en el sistema social.

Para el caso del modelo SILOS, la participación es presentada -conceptualmente- como la capacidad presente o potencial de la población para actuar en forma conjunta, en beneficio de la salud colectiva, mediante un proceso de desarrollo social donde la deliberación, concertación, planificación, cogestión y desarrollo de los recursos sean los componentes fundamentales (OPS, OMS, MSAS, 1989; €); por lo que la participación social se concreta a través de grupos organizados que actúan en conjunto, en la búsqueda de la realización de intereses comunes sobre atención de la salud.

5. El concepto de participación social comunitaria

Después de haber planteado las consideraciones terminológicas sobre el concepto de participación, discutiremos algunas ideas sobre la Participación Social "Comunitaria".

El concepto de Participación Comunitaria, en los asuntos relativos a la supervivencia de la comunidad y de la salud, es muy antiguo. A menudo los términos comunidad y participación social son empleados indistintamente.

En el contexto de los SILOS, la participación comunitaria alude a las acciones individuales, familiares y de la comunidad, dirigidas a promover la salud y prevenir las enfermedades; lo que supone que existe un conocimiento sobre los problemas, la identificación de las necesidades y las acciones que hay que adelantar para satisfacerlas y resolver los problemas. (DE ROUX, 1990; 7-10).

Por otra parte, la comunidad no es sólo el conjunto de personas que comparten un mismo espacio geográfico, en razón de tener ubicada allí su habitación y/o lugar de trabajo, por un espacio de tiempo determinado; sino que existen algunos rasgos comunes -entre ellas- en cuanto a cultura, idioma, creencias, intereses y; sobre todo, porque se ha generado un sentido de pertenencia a ese grupo humano en medio de un entorno político, económico y social; así como por el hecho de estar expuestos a los mismos riesgos y daños a la salud (ALARID/SILVER, 1992; 71).

Por lo que, en principio, la comunidad no representa un grupo humano homogéneo sino heterogéneo, expuesto a una diversidad de influencias, derivadas de la interacción que desarrollen entre sí y con el resto del colectivo societal.

Los sujetos interactúan entre sí, dependiendo de diferentes factores psicoafectivos, necesidades e intereses. Esa interacción afecta en grado variable su conducta y comportamiento individual, familiar, grupal y comunal.

La comunidad -en otros términos- es la expresión sintética, a nivel local, de lo que existe en la totalidad societal; porque es influida, en alguna medida, por lo que

ocurre en el resto del sistema; sin contar lo distante que se encuentre geográficamente ubicada del lugar en donde se registra el proceso de toma de decisiones: políticas, económicas y de las otras que definen, en conjunto, la viabilidad histórica del sistema societal.

La dinámica del sistema societal prevalente, en la medida en que define, articula y expresa la acción económica, política, social, cultural, etc., envuelve a individuos, familias, grupos y “comunidad” a nivel nacional; por lo que en buen grado determina una serie considerable de aspectos de la vida de los individuos, entre los que destaca el acceso desigual a los beneficios sociales, económicos, políticos y culturales; así como las posibilidades de participación social y política.

Por tanto, el grado de afectación del cual pueden ser objeto los individuos, la familia, los grupos, los actores; así como la injerencia que tienen las fuerzas sociales en ese constructo social, no pueden ser captadas cuando se emplea el término comunidad. En este caso, no se pueden identificar los niveles específicos de contribución que ese grupo humano aportó al conjunto, por lo heterogéneo del mismo, en virtud de sus intereses, motivaciones, acciones y prácticas políticas, económicas, religiosas, culturales, sociales, etc., que ellos desarrollan.

Es tal la amplitud del concepto Participación de la Comunidad, que puede ser utilizado como una referencia que encubre prácticas destinadas a justificar y mantener estilos y quehaceres establecidos, con la sola intención de lograr correctivos de funcionalidad operativa de las instituciones públicas, para mejorar la eficacia en la prestación del servicio que ofrece el Estado, o las de índole “participativa” con base al modelo neoliberal, que busca descargar al Estado de responsabilidades, trasladándolas a las comunidades para que ellas las asuman. En uno y otro caso, no se renueva la organización del sistema, ni se altera el flujo de poder existente.

Esta puede ser la razón por la cual los servicios, como por ejemplo el de la salud, se estén revirtiendo al municipio; con el propósito de provocar así un descongestionamiento.

Se considera que, cuando se analiza el contexto de las relaciones sociales y políticas, a la luz del sistema político (conformación, características y papel desempeñado en el conjunto societal), no se pierde de vista el sentido otorgado al concepto de Participación Social “Comunitaria”.

Este concepto resulta ser tan atractivo para encerrar propósitos y actividades, destinadas a que la “gente” colabore con programas y proyectos; a partir de cualquier acción que se organice en la comunidad, que tienda a reivindicar sus necesidades inmediatas, a solucionar un problema; o que guarde relación con algún progra-

na social. Esto inmediatamente se asocia e identifica como participación social comunitaria.

La comunidad es un espacio donde se reproduce -en mayor o menor medida- toda lógica del comportamiento societal; sobre todo por la influencia ejercida por los factores políticos, económicos, sociales, etc.; por lo que se convierte en un escenario específico de concreción de esos factores; conformando una agregación característica, tal vez con rasgos muy particulares, pero que en modo alguno rebasa la lógica de funcionamiento del conjunto societal.

La referencia a la comunidad, puede convertirse además en una trampa terminológica; ya que puede ser utilizada en un sentido tan genérico, que alude a todos los sujetos sin identificar sus intereses, necesidades y demandas, y a ninguno en particular; porque tan miembro de la "comunidad" puede ser un sujeto que viva en un barrio, como un director de un organismo público, como el presidente de FEDECAMARAS o el Presidente de la República.

Por tanto, la referencia terminológica a la Participación Social de la Comunidad, no es la más indicada para dar cuenta de lo que se desea lograr con la implantación de modelos SILOS; sino la Participación Social entendida como un proceso a través del cual los grupos (incluidos los de la comunidad), las organizaciones, los actores sociales, etc.; intervienen en la identificación de las cuestiones de salud, para lograr acceso al proceso decisonal, controlar los recursos, democratizar la gestión y lograr una distribución más equitativa del flujo de poder.

6. El concepto de participación social en el modelo SILOS

En el modelo SILOS, desde el punto de vista de la praxis, se tiene que la participación social en salud debe estar dirigida a alcanzar un nivel pleno y total en las decisiones en materia de salud, en función a un proceso de intervención de los grupos organizados y actores sociales.

Estos deben ser capaces de deliberar abierta y creativamente sobre las políticas de salud, sobre la atención médica y sobre su modelo de gestión; e influir en el proceso de toma de decisiones de aquellos aspectos que tienen que ver con la satisfacción de necesidades y demandas en salud; en medio de un escenario caracterizado por el control de los recursos y el establecimiento de responsabilidades y obligaciones que derivan de compartir el poder y las decisiones.

Al plantear que la Participación Social en Salud, debe ser entendida en función a una redistribución del poder, estamos pensando en una redefinición de la relación Estado-Sociedad Salud, en términos más globales o macros; y más específicamen-

te, en una alteración significativa de la relación gestión/grupos organizados, en la cual los grupos y actores sociales -hasta ahora excluidos- puedan progresivamente alcanzar un mayor y mejor control sobre su salud, su medio ambiente y su vida en general.

Por tanto, la Participación Social en Salud, puede ser definida como un proceso complejo de intervención de los actores y grupos sociales organizados, que buscan alterar la relación Estado-Sociedad-Salud, en base al incremento progresivo de su influencia en el proceso decisorio y al control ejercido sobre los recursos y los factores de poder existente en el sector salud.

Al respecto, hay que acotar, que en la conformación de nuestro sistema político no se encuentran suficientes mecanismos que permitan este tipo de participación. Sin embargo, los procesos vividos recientemente -tanto económicos como políticos- nos alertan sobre una renovación de las formas de interacción entre los actores públicos, políticos y sociales.

En este sentido, consideramos que existen posibilidades organizativas, cuyas acciones están orientadas a elevar el deseo de intervención, de crear nuevas formas de organización y de propiciar encuentros entre la sociedad política y la civil; teniendo como objetivo común resolver los problemas en materia de salud.

Así pues, la participación social se comprende contextualizándola, a partir de un modelo de gestión que intenta darle respuesta a la crisis que experimenta el modelo de atención médica vigente; y en relación a la interacción entre actores sociales y grupos organizados que están ubicados en un contexto social, político y económico específico.

Los SILOS se proponen como un complejo conjunto de procesos que involucren la generalidad de las acciones sociales en salud en el nivel local; entendiéndolas como la aplicación de todos los mecanismos y estrategias que estén dirigidas a la prevención, defensa, reparación y promoción, que busquen mantener la integridad, capacidad y potencialidad de las personas, familias y grupos (OMS/OPS, 1993; 16); en donde la salud puede ser definida, en su acepción amplia, como una "óptima vitalidad física, mental y social, como resultado de acciones de los actores sociales frente a los conflictos y en la búsqueda de su resolución." (DE ROUX/COL, 1990); por lo que, los SILOS se constituyen como un aporte a la democratización y a la descentralización desde el nivel local.

7. Conclusiones

No denominamos a este apartado Conclusión, puesto que consideramos que, luego de realizado este primer acercamiento temático, no está lo suficientemente avanzada la discusión como para formular ideas que clausuren la búsqueda sobre la depuración terminológica de un concepto tan empleado y difundido en el contexto teórico y político de las ciencias sociales; y más aún, cuando en casi todos los programas sociales se invoca la necesidad de la participación de la comunidad, de promoverla y de salvar los obstáculos que la frenan o impiden.

Por tanto, hay que considerar la diferencia y distancia real y potencial, entre el deseo que la comunidad exista como encuentro, conformada por individuos, grupos y actores sociales y políticos; integrada económica y políticamente; con un elevado grado de sentido de pertenencia y respetuosa de la diversidad bio-cultural, y la realidad histórica actual; que se caracteriza por una segmentación social, por una economía fragmentada en cuanto a oportunidades y por unas fuerzas sociales muy dispersas, dada la incipiente capacidad organizativa de los grupos y actores de la sociedad civil.

De aquí que, consideremos el empleo del concepto de Participación de la "Comunidad" como gelatinoso y ambiguo, para los propósitos de impulsar un modelo cuyo pilar fundamental está representado por la participación. En base a esta discusión, consideramos que hay que profundizar el análisis y despejar otros problemas teóricos y empíricos concomitantes, tales como:

- a) Discutir sobre la posibilidad real de la Participación Social, en medio de un escenario caracterizado por la presencia monopólica de los partidos políticos. Cuál debe ser su nuevo papel y rol futuro?
- b) Precisar cuáles son las restricciones a la Participación Social, en el ámbito donde ella debe y puede registrarse.
- c) Identificar cuáles son los mecanismos y controles legales existentes que la limitan o la facilitan; y, principalmente,
- d) Discutir sobre el nuevo rol del Estado, en función de los procesos de descentralización, democratización y transformación del Sistema Político, que son los tres grandes procesos que abren la posibilidad para una rearticulación de las relaciones entre el Estado y la Sociedad Civil.

Notas

- 1 HSD-SILOS; corresponden a las siglas utilizadas por la OPS, para la publicación de la serie de Folletos que versan sobre los SILOS; y que en Venezuela aparecen bajo el título: "Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud"; copatrocinados por el MSAS y la OMS.
- 2 Ver al respecto:
 - GROSSI, Renato: "Acción Sanitaria en Venezuela y Presupuestos 1936-1971." MSAS. Caracas 1972.
 - PÉREZ, Auristela y JAEN, María: "Descentralización de la Salud: por una atención de calidad. Propuestas y Escenarios." COPRE. Caracas. Venezuela. 1989.
- 3 Ver al respecto:
 - ALVAREZ, Angel y WULFF, Reinaldo: "Evaluación de la Eficacia de las Políticas de Salud y Educación en Venezuela, 1958-1982.", en Politeía No. 11. Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas. UCV. Caracas, 1982.
 - KORNBLITH, Míriam y MAINGON, Thaís: "Estado y Gasto Público en Venezuela. 1936-1980." Ediciones de la Biblioteca de la UCV. Caracas 1985.
 - PÉREZ, Auristela y JAEN, María: "Descentralización de la Salud: por una atención de calidad. Propuestas y Escenarios." COPRE. Caracas. Venezuela, 1989.
- 4 OMS. La Organización Mundial de la Salud, en la Asamblea Mundial efectuada en 1977, acordó que la principal meta social de las instituciones y gobiernos de los países miembros, debía alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000, un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva.
- 5 OPS. La Organización Panamericana de la Salud, en 1987, reunió un grupo de trabajo, convocado por el Programa de Desarrollo de Servicios de Salud, bajo la coordinación del Dr. José María Paganini y de la Lic. Marilyn Rice, con la finalidad de trabajar sobre el tema "La Participación Social y Sistema de Salud".
- 6 APS. La Atención Primaria de Salud fue definida como la estrategia para alcanzar la salud para todos en el año 2000, según Documento Oficial No. 173, 1980, donde es ratificado y reforzado lo aprobado en la Conferencia Internacional de Atención Primaria, Alma Ata, USS. 1978.

Referencias bibliográficas

Revistas Periódicas

- ALARID, Humberto. (1990). "Atención Primaria de Salud y Medicina Familiar", en Desarrollo y Fortalecimiento de los SILOS en Venezuela. No. 5. Caracas, Noviembre, OPS/OMS y MSAS.
- ALARID, Humberto. (1991). "Los Sistemas Locales de Salud como elementos básicos de la Descentralización", en Desarrollo y Fortalecimiento de los SILOS en Venezuela. No. 6. Marzo, Caracas, Venezuela. OPS/OMS y MSAS.

- BARRIOS, Nelson. (1985). "Democracia Representativa y Participación Política en Venezuela." en Cuestiones Políticas No. 1. Instituto de Investigación y Estudios Políticos y Administrativos de la Facultad de Derecho. LUZ.
- CUNILL. (1991). "Participación Ciudadana." Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD). Caracas.
- DE ROUX, G.; PETERSEN; PONS, P. y PRACILIO, H.. (1990). "Participación Social y Sistemas Locales de Salud. Cap. 1, El Contexto. Los SILOS. OMS/OPS. Publicación Científica No. 519, Washington, D.C.
- FADDA, Giulietta. (1990). "La Participación como Encuentro: Discurso Político y Praxis Urbana." Fondo Editorial Acta Científica Venezolana. UCV. Caracas.
- PAGANINI, José. (1990). "Los Desafíos de los Servicios de Salud en la Década del Noventa." en Descentralización de los Servicios de Salud como Estrategia para el Desarrollo y Fortalecimiento de los SILOS. Centro Latinoamericano para el Desarrollo (CLAD). OPS, Caracas.
- PEARSE, A. y STIEFEL, M. (1980). "Participación Popular: Un enfoque de Investigación." en Socialismo y Participación. No. 9. Lima. Febrero.
- PÉREZ, Auristela y JAEN, María (1989). "Descentralización de la Salud: por una atención de calidad. Propuestas y Escenarios". COPRE. Caracas, Venezuela.
- URQUIOLA, Neglys. (1990). "Participación Social Comunitaria en los SILOS: Experiencia de Flor Amarilla." en Desarrollo y Fortalecimiento de los SILOS en Venezuela. No. 2. Caracas, Venezuela. OMS/OPS.

Informes Técnicos

MSAS. Memoria y Cuenta. Años: 1990-1991-1992 y 1993.

OMS/OPS. (1993). "La participación social en el desarrollo de la salud en el desarrollo y fortalecimiento de los SILOS.

Memorias de Congresos

CHIRINOS, Vilma. (1993). "Democracia en la Salud." XIX Congreso Latinoamericano de Sociología. Caracas, Venezuela.