
Cogestión en salud: herramientas para democratizar Centros de Atención Primaria de Salud de la provincia de Mendoza

MESA 8. Los mercaderes y el templo: la salud en tiempos de capitalismo global

Alternativa: MESA 11. Sociología y salud. Percepciones, construcciones y reflexiones sobre el proceso salud-enfermedad-atención como práctica social compleja

Autor: Pablo Martín Ferrari Gaibazzi; Fundación Salud Inclusiva / Facultad de Cs. Médicas UNCuyo; pmferrari@gmail.com

Resumen

Uno de los desafíos que atraviesa la salud pública, es la democratización de los efectores para generar nuevas formas de gobernanza con verdadera participación popular con el fin de garantizar plenamente el derecho a la salud.

Si bien se avanzó en la promoción de la participación comunitaria en salud, no se logró modificar las lógicas de funcionamiento sectorial de los efectores de atención primaria de la salud (APS). Lo cual limita, al no permitir la efectiva participación popular, la construcción colectiva de la salud.

Desde la APS con perspectiva de derechos, se puede enmarcar esta democratización en el modelo político-administrativo de cogestión. Entendiendo a la cogestión como aquella gestión que se realiza compartiendo y disputando el poder entre las autoridades sanitarias, los trabajadores y las trabajadoras de la salud, y la comunidad.

A lo largo de la historia, en nuestro país y en Latinoamérica las diversas experiencias que resultaron exitosas fueron aquellas con fuerte apoyo gubernamental. Así lo demuestran los "Centros de Atención Ambulatoria y Domiciliaria de Salud" (ATAMDOS) creados por Floreal Ferrara (Ministro de Salud de la provincia de Buenos Aires durante los primeros meses de gobierno de Cafiero) en el año 1987 en la provincia de Buenos Aires; los "Consejos Locales de Salud" desarrollados desde el año 2002 en el Municipio de Pilar, Provincia de Buenos Aires. Y la experiencia de la Ciudad de Rosario, que no solo se mantiene vigente al día de hoy, sino que cada vez profundiza más el nivel de injerencia de la comunidad en la gestión.

Este proyecto, busca desencadenar procesos de democratización de Centros de Atención Primaria de la Salud de Mendoza. Procesos que permitan avanzar en la creación de dispositivos concretos de cogobierno.

Palabras claves: democratización, participación popular, cogestión

Índice

Índice de siglas	3
Introducción	4
Salud	5
Participación en Salud	5
Procesos de Democratización	5
Territorio	6
Mapeo Colectivo	6
Mapeo de Territorios	7
Nominalización	7
Cogestión	8
Antecedentes Regionales	9
Participación en el sistema de salud de Brasil	9
La experiencia del “Cándido”	10
Cogestión en Argentina	11
Los ATAMDOS	11
Formación de un consejo local de salud en el Centro de Atención Primaria “Manuel Alberti”	12
Rosario	13
Objetivos del proyecto	15
Desarrollo del proyecto	16
Reflexiones Finales	24
Bibliografía	25
Anexo	27

Índice de siglas

APS: Atención Primaria de la Salud

ATAMDOS: Centros de Atención Ambulatoria y Domiciliaria de Salud, política sanitaria establecida por el Dr. Floreal Ferrara en su breve gestión como Ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires en el año 1987.

CAPS: Centro de Atención Primaria de la Salud

HFC: Historia Familiar Comunitaria

OLP: Organizaciones Libres del Pueblo

SUS: Sistema Único de Salud

1. Introducción

El presente proyecto busca brindar herramientas que permitan avanzar en la democratización de Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de la provincia y municipios de Mendoza. Para lo cual se deben pensar y repensar nuevas formas de gobernanza que fomenten y permitan la verdadera participación popular en la gestión de los CAPS.

Motiva esta iniciativa la necesidad de garantizar formalmente desde el Estado la participación comunitaria para la construcción de un modelo de atención democrático, centrado en las personas como sujetos de derecho y no como simples receptores de prácticas asistenciales hegemónicas. Considero muy difícil que se puedan lograr propuestas terapéuticas construidas conjuntamente entre el equipo de salud y los/las "pacientes" si no se modifica la lógica de funcionamiento de los CAPS. Mientras el "poder" resida única y mayoritariamente en los/las "profesionales" de la salud los/las usuarios/as no podrán tener mayor injerencia en el cuidado de su salud.

Ya en 1978 la declaración de Alma Ata, en distintos artículos, hacía mención a la participación como componente esencial de la APS:

- "El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud".
- "La atención primaria de salud exige y fomenta la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud".

A pesar de las intenciones expresadas en Alma Ata en lo que refiere a participación, si bien han existido y existen algunas experiencias democratizadoras, no ha sido una prioridad de los distintos estados en la formulación de sus estrategias de APS.

Como bien lo expresan Vázquez, Siqueira, Kruze, Da Silva y Leite (2002, pág. 30) "a pesar de que los marcos teóricos que han sustentado la participación social a lo largo del desarrollo de los sistemas de salud difieren considerablemente, su puesta en práctica ha compartido muchos elementos comunes en todas las épocas, desde la participación como medio para obtener unos objetivos, a ser un fin en sí misma, como proceso democrático". En esta propuesta se busca combinar ambas finalidades entendiendo a la democratización como fin en sí misma y a la vez medio para garantizar el pleno ejercicio del derecho a la salud.

Antes de seguir avanzando es necesario definir diferentes conceptos que considero fundamentales para el desarrollo de esta propuesta.

Salud

Para definir salud haré referencia a la definición elaborada por Floreal Ferrara y Milcíades Peña (2010) quienes sostienen que la salud es la solución del conflicto, por lo tanto, el hombre y la mujer que resuelven conflictos están sanos. La salud es la lucha por resolver un conflicto antagónico que quiere evitar que alcancemos el óptimo vital para vivir en la construcción de nuestra felicidad.

Participación en Salud

Respecto a participación en salud, la definición que más próxima a la finalidad de este trabajo es la de De Roux et al. (1994, pág. 112) quienes señalan que: " la participación social, tiene implicaciones políticas que rebasan el marco de la atención a la salud, por cuanto significa el ejercicio de poder y como tal, (el) fortalecimiento de la sociedad civil y de la democracia de base (...),(lo que) constituye una finalidad en sí misma si se la considera como una condición inherente a la democracia real (...) (y) equivale al proceso de reapropiación por la población, del conjunto de instrumentos que regulan la vida social y los servicios que presta".

Procesos de Democratización

Entendiendo los procesos desde la lente de Mario Testa quien se pregunta “¿para qué desencadenar procesos?”, y se responde “para construir nuevos actores sociales” y, ante un nuevo “¿para qué?”, afirma “para instalar otros temas de discusión en la agenda del Estado”. (Spinelli, H., 2016, pág. 162). Estado que, en palabras de Spinelli, es necesario refundar sin olvidar la historia en un proceso de prácticas fundantes en las instituciones y en el territorio.

Para iniciar este proceso de democratización considero sumamente necesario modificar la organización burocrática actual con el propósito de crear espacios y mecanismos de gestión participativos que pongan en el centro a la comunidad y la construcción de la salud desde el territorio (concepto que también debemos repensar). En este sentido, me parece pertinente incorporar la reflexión que hacen Mónica Fein y Débora Ferrandini en el marco del diseño de la política de salud de Rosario “La burocracia resuelve el conflicto negándolo: la única voz que se impone es la de la norma o la autoridad. Fue necesario revisar todos los circuitos de decisiones diseñados en torno a esta concepción y sustituirlos por dispositivos en los que se privilegia la explicitación de los conflictos y mecanismos que permitan su superación en la búsqueda de síntesis dialécticas sucesivas, que contengan, supriman y superen las contradicciones. Repensar la organización del proceso de trabajo repensando todos los circuitos de toma de decisiones”. (Fein, M., y Ferrandini, D., 2005, pág. 222)

Ésta nueva modalidad de gestión tendiente a modificar el proceso de trabajo, debe ser pensada colectivamente y teniendo en cuenta que las diversas experiencias ponen en relieve la actitud negativa y la resistencia de los equipos de salud a ceder y compartir “su poder” con las comunidades, es pertinente desarrollar ámbitos de discusión y reflexión al interior de los equipos haciendo foco en la salud como un derecho social y por lo tanto como práctica democrática.

Territorio

Al plantear que se busca construir la salud colectiva desde el territorio, como mencionaba anteriormente, es apropiado definir qué se entiende por territorio. Milton Santos, geógrafo brasileiro, concibe el territorio como “el área del acontecer solidario, marcado por la contigüidad de los sujetos y por sus procesos de interrelación que

construyen lo identitario en los conjuntos sociales, en los que interviene el territorio a forzar y/o facilitar esas interrelaciones. El territorio es sinónimo de complejidad y caos, sumergido en estructuras que son estructurantes pero a su vez estructuradas por la acción de los sujetos individuales y/o colectivos”. (Milton Santos, 1996, citado por Spinelli, H., 2016, pág. 160)

Así mismo para Harvey, el territorio es “una construcción – a través de un devenir histórico – que expresa las condiciones y los modos de vida de los conjuntos sociales, atravesados por relaciones de poder”. (Harvey, 1993, citado por Spinelli, H., 2016, pág. 160)

Una vez definida la concepción de territorio desde la cual se va a trabajar, resta definir ¿qué y cómo? se configura el territorio de cada CAPS. Al entender que el territorio es dinámico y está atravesado por diversas subjetividades, no se puede seguir cayendo en el clásico error de la planificación de suponer que a cada CAPS va a concurrir la población para la ¿cuál? fue pensado (desde una oficina lejana). Por lo tanto, dicha delimitación debe ser construida colectivamente con la comunidad, poniendo en juego herramientas como el mapeo colectivo y la nominalización.

Mapeo Colectivo

El mapeo colectivo, “es un proceso de creación que subvierte el lugar de enunciación para desafiar los relatos dominantes sobre los territorios, a partir de los saberes y experiencias cotidianas de los participantes. Sobre un soporte gráfico y visual se visibilizan las problemáticas más acuciantes del territorio identificando a los responsables, reflexionando sobre conexiones con otras temáticas y señalizando las consecuencias”. (Iconoclasistas, 2013)

A su vez, los Iconoclasistas (2013), sostienen que esto se complementa con el proceso de recordar y señalar experiencias y espacios de organización y transformación, con la finalidad de sumar en el tejido de la red de solidaridades y afinidades. Este intercambio de saberes permite que se vaya elaborando una mirada territorial crítica producto de las diversas opiniones y conocimientos compartidos. El uso crítico de mapas, busca generar instancias de intercambio colectivo que permitan

elaborar narraciones y representaciones que antagonicen con las construcciones hegemónicas.

El Mapeo Colectivo, “debe ser un medio para la reflexión, la socialización de saberes y prácticas, el impulso a la participación colectiva, el trabajo con personas desconocidas, el intercambio de saberes, la disputa de espacios hegemónicos, el impulso a la creación e imaginación, la problematización de nudos clave, la visualización de las resistencias, el señalamiento de las relaciones de poder, entre muchos otros”. (Iconoclasistas, 2013)

Mapeo de Territorios

En este caso en particular, se utilizará el “Mapeo de Territorios” ya que se parte de la concepción de que “el territorio puede ser “vivido”, “experimentado”, “habitado” de diversas maneras y, por ende, “relatado” de modos diversos. Afirmar que la cartografía es un relato (siempre subjetivo o, mejor dicho, intersubjetivo) del territorio supone enfatizar la dimensión simbólica que posibilita esta herramienta, es decir, el análisis de las representaciones sociales que los actores construyen sobre su territorio y que se expresan en los modos en que circulan por él, los espacios que identifican con determinados grupos sociales, los obstáculos o barreras que visualizan, los lugares “permitidos” o “prohibidos”, las percepciones respecto de los espacios que se encuentran “lejos” o “cerca”, entre muchos otros elementos”. (Algranati, S., Bruno, D., y Iotti, A., 2012, pág. 10).

Nominalización

Una vez definido o redefinido el territorio del CAPS, el paso siguiente es la nominalización de la población que habita ese territorio. Nominalizar es nombrar, dar identidad a personas o colectivos de personas, es comprender que esas personas o colectivos de personas habitan un territorio, lo transitan, trabajan en ese espacio geográfico; que existe una determinación social del proceso salud-enfermedad-atención. En este sentido, nominalizar es mucho más que empadronar “beneficiarios” y más aún que diseñar un área programática de servicios de salud. Implica conocer los circuitos formales e informales de la salud, identificar referentes y conocer acabadamente cuáles son las barreras de acceso a los servicios de salud.

La nominalización implica ir casa por casa, realizando una historia familiar comunitaria (HFC), instrumento que amplía el horizonte de la información del territorio y las familias que lo habitan. Por su amplitud y complejidad, requiere de una responsabilidad compartida entre el equipo de salud y la comunidad.

En este sentido considero importante dejar de hablar de “población a cargo”, concepto impregnado de una historia y lógica paternalista, verticalista y asistencialista; asociada más a la concepción de las personas como objeto de intervención que al paradigma de sujetos y sujetas de derecho con deseos y capacidades propias. Este término obtura ya desde el lenguaje la posibilidad de construir relaciones de poder más horizontales.

Definidos estos conceptos, es propicio comenzar a pensar metodologías y dispositivos para lograr dicho propósito. Siguiendo lo planteado por Vázquez et al. (2002), la participación de la comunidad en salud puede darse de forma continua, a través de diversos mecanismos. Entre los más comunes se puede encontrar: comisiones mixtas formadas por representantes de las instituciones de salud y otras fuerzas sociales, o a través de organizaciones comunitarias.

Cogestión

Desde la APS con perspectiva de derechos, se puede enmarcar esta democratización en el modelo político-administrativo de cogestión. Entendiendo a la cogestión como aquella gestión que se realiza compartiendo y disputando el poder entre las autoridades sanitarias, los trabajadores y las trabajadoras de la salud, y la comunidad. “La cogestión significa intervención en decisiones; supone descentralización, democratización del poder y de los mecanismos de acceder a él”. (De Roux, 1993, pág. 53-54).

Sousa Campos nos aclara que la “Cogestión” o “Cogobierno”, significa que todos deciden en una deliberación continua entre intereses en pugna. La cogestión implica negociación permanente, en discusión y en recomposición con otros deseos, con otros intereses y con otras instancias de poder. “El concepto de cogestión partiría del principio de que no habría poder ni dominación de absolutos, mas siempre relativos y en relación

con otros grados de poder y de dominación. Todos participan del gobierno, pero nadie decide solo o aislado o en lugar de otros”. (Sousa Campos, G. W., 1997, pág. 9)

Considero que para cumplir realmente con lo plateado en Alma Ata, teniendo en cuenta que la infraestructura y el capital humano de la APS en Mendoza es relativamente adecuado, es necesario incorporar la participación popular en la gestión de la salud. Es por esto que considero relevante abordar la democratización de los CAPS desde la salud pública, convirtiendo esta decisión en uno de los ejes centrales de la política sanitaria de nuestra provincia. Esto implicaría pasar de lo declamativo a acciones concretas de fortalecimiento de la APS, con una clara concepción de salud colectiva.

2. Antecedentes Regionales

A continuación, analizaré algunas experiencias concretas de cogestión en salud a los fines de buscar construir una propuesta acorde a nuestra realidad local.

Iniciaré este recorrido con antecedentes de Brasil, uno de los países pioneros en América Latina en lo que refiere a la democratización de las instituciones de salud, para culminar con diversas experiencias en nuestro país.

2.1. Participación en el sistema de salud de Brasil

Vázquez et al. (2002) señala que en Brasil después de la dictadura, se inició en 1985 un proceso de reformas políticas y administrativas. La nueva Constitución de 1988 estableció una redistribución de poder entre los tres niveles de gobierno: federal o nacional, estatal y municipal. En el ámbito de la salud, la Constitución declara ésta como un derecho de todos los ciudadanos y como una responsabilidad del Estado estableciendo los principios básicos del sistema de salud, complementados posteriormente con la Ley Orgánica de Salud que creo el Sistema Único de Salud (SUS). Esto implicó una reorganización del sector salud y, junto con la ley 8.142 de 1990, regula la transferencia de los fondos de salud hacia el nivel municipal, promoviendo la participación y el control social en la gestión de los servicios de salud. La Constitución establece que es el derecho y el deber de todo ciudadano participar en todos los niveles de gobierno. Para promover este fin se crearon mecanismos de participación colectiva e individual en los tres niveles del sistema de salud.

Surgiendo así las conferencias de salud con carácter consultivo, las cuales sirven para evaluar la situación y proponer las directrices de la política de salud a cada nivel de gobierno. Los consejos de salud tienen carácter permanente y deliberativo, deben aprobar las directrices y controlar la política de salud, incluyendo los aspectos económicos y financieros. La composición del consejo debe ser paritaria, es decir, la mitad de sus miembros son representantes de la comunidad, y el resto representantes del personal de salud, del gobierno y proveedores públicos y privados de los servicios de salud. Algunos municipios han creado consejos gestores de las unidades de salud, que son instancias permanentes y consultivas en las que participan representantes de los usuarios.

Implementación de los mecanismos de participación

La implementación de estas políticas en Brasil se enfrenta a distintos problemas. La redistribución de poder entre las distintas fuerzas sociales continúa siendo limitada. Por ejemplo, en los consejos de salud las decisiones tienen que ser ratificadas por el representante del gobierno, que puede ejercer su autoridad en diverso grado, desde dejar un amplio margen de actuación hasta el más estricto control. El nivel de organización de los distintos grupos, especialmente de las comunidades, es muy variable. Si no están organizadas, carecen de representantes. Se observó que cuanto mejor organizada estaba la comunidad y mayor era su lucha social, más fácil era la conformación y mejor el funcionamiento de los consejos.

La información sobre el sistema de salud es aún limitada. En el caso de los consejos municipales, sus miembros y especialmente los representantes de la comunidad, no siempre poseen las capacidades y la información necesarias para participar en las discusiones.

Por otro lado, el grado de comunicación de los consejos con la comunidad varía. Algunos consejos han establecido canales para que los ciudadanos puedan expresar directamente sus opiniones, otros realizan sesiones abiertas y algunos ya han implementado diversos mecanismos para informar a la población sobre sus derechos, sus deberes y la actuación de los consejos.

La experiencia del “Cándido”

En el marco de la reorganización de la Secretaría de Salud del Estado de Campinas (Brasil), en 1990 se adoptó la gestión colegiada centrada en equipos de salud en el hospital psiquiátrico “Cándido Ferreira”. Tras ocho años de acompañar dicha experiencia como asesor, Gastão Wagner de Souza Campos (1997, pág. 14) aporta la siguiente conclusión “se ha inventado una máquina gerencial dialéctica, un mecanismo capaz de lidiar con el conflicto básico a la institución de cualquier sociedad, es decir, con el conflicto entre deseos individuales y necesidades sociales. Un eterno juego, un espacio que obligase a los trabajadores, dirigentes y usuarios a considerar intereses y voces de otros autores. Una máquina que asegurase tanto la posibilidad de participación y que, por lo tanto, produjese distribuciones más equilibradas de poder, como también garantizase objetividad y practicidad al funcionamiento del establecimiento. Discusión, negociación, explicitación de diferencias, siempre seguidas de síntesis operativas a ser planteadas en la práctica por los trabajadores. Y que la mayoría aprendiese algo con el proceso, educación continuada en acto”.

Como parte de las ventajas del funcionamiento de esta nueva metodología, Souza Campos (1997) enumera las siguientes:

- Mejoría en el grado de implicación y compromiso de los equipos con la institución, particularmente con los proyectos que ellos fueron ayudando a inventar. El personal se siente creador de estos modelos testados, se percibe un aumento de su tasa de felicidad y de realización profesional.
- Se creó un sistema informal de educación continua del estilo paideia (educación integral), gracias a la multiplicación de los espacios donde se intercambia información, se intercambia saberes y se discuten problemas. Se percibe maduración de la mayoría de los trabajadores para lidiar tanto con los aspectos técnicos, como los políticos, humanos, éticos, es decir, se creció en capacidad para oír y exponer críticas, para aceptar derrotas y establecer negociaciones y consensos.
- Hubo una mejoría sensible de la relación de los equipos de salud, con los usuarios y sus familiares.

- Ocurrió un proceso gradual en la institución sobre la nueva manera de gobernar. El coeficiente de cogestión se amplió bastante en el sentido de la democratización.
- Ampliación de la capacidad de cogobernar. Tanto en el sentido de incorporar al sistema discusiones y niveles de decisión de grupos antes excluidos, como también en calificar mejor la participación de estos agrupamientos, mayor circulación de información, posibilidad de elaborar críticas sin persecuciones posteriores.

Estas “ganancias” no se acumularon de manera lineal y progresiva. Al contrario, hubo sucesos y retrocesos, caracterizando un proceso en zigzag.

2.2. Cogestión en Argentina

Los ATAMDOS

A fines de 1987, durante la breve gestión del Dr. Floreal Ferrara como Ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires y de Antonio Cafiero como Gobernador, se puso en marcha el programa "Centros de Atención Ambulatoria y Domiciliaria de Salud" (ATAMDOS). El programa se desarrolló a lo largo de cuatro meses, tiempo que estuvo Ferrara a cargo del ministerio, en La Plata, Berisso, Ensenada, Florencio Varela, General Rosales, Patagones, Salto, Tandil, Tres Arroyos, Villarino y otras zonas del conurbano bonaerense.

En palabras del propio Ferrara "cada ATAMDOS estaba formado por un equipo interdisciplinario: un médico, una enfermera, un psicólogo, una trabajadora social, un bioquímico y un odontólogo cada dos grupos. Ese grupo atendía 300 familias, más o menos unas 1200, 1500 personas. Las trescientas familias de cada ATAMDOS eran quienes manejaban el presupuesto del equipo. Eran los que controlaban y dirigían, discutían y resolvían los problemas de salud en asamblea. La asamblea elegía el Consejo de Administración, generalmente 8 ó 10 personas. Ese consejo coordinador recibía los medios, recibía la economía, recibía los insumos. Y decidía que había que hacer. La asamblea se constituía por todo el universo que estaba directamente relacionado con ATAMDOS. Se llamaba a asamblea cotidianamente. Dos tipos levantaban las manos y ya había asamblea para el día siguiente. Lo manejaba la

comunidad de punta a punta. Esa es la salud: cuando la comunidad toma en su poder, el poder. "(Ferrara, 2010, citado por Blanco, B. 2010)

Formación de un consejo local de salud en el Centro de Atención Primaria "Manuel Alberti"

Esta iniciativa, impulsada en gran parte por el municipio de Pilar de la provincia de Buenos Aires, comenzó en el año 2002 en el marco de la emergencia sanitaria nacional con el objetivo de reorganizar su sistema local de salud a través del fortalecimiento de la APS.

En palabras de Cejas, C. A, y Koffsmon, A. (2004, pág. 7) "El eje fundamental fue la integración de la comunidad en los Centros de Salud, haciéndola participe de las decisiones que allí se tomaran, junto con los equipos de salud". A partir de su creación el Consejo sería quien pasaría a interpretar y expresar las aspiraciones de la comunidad ante las autoridades del establecimiento de salud y de la Municipalidad. A través de reuniones con el equipo de salud y de asambleas comunitarias, se definió la cantidad de miembros que deberían tener los Consejos, cuál sería su rol y sus funciones. Definido esto, se convocó al pueblo de Alberti para que eligiera a sus representantes.

Una vez realizada la elección, de escasa participación, el Consejo quedó integrado por:

- La coordinadora del Centro de Salud
- Un trabajador del Centro de Salud (elegido por sus pares)
- Un miembro de Cáritas
- Un miembro de la Asociación Amigos del Pilar
- Un miembro del Centro de Jubilados y Pensionados del barrio
- Seis vecinos de cada uno de los barrios que integran Alberti no nucleados en ninguna asociación civil ni partidaria, elegidos en cada barrio por asamblea popular.

De este modo el Consejo quedó constituido por once miembros los cuales se eligen cada un año, pudiendo ser reelectos indefinidamente.

Como sucede con la mayoría de estas experiencias, se presentaron distintos obstáculos en su implementación. Apareciendo la “hegemonía médica” como una de las principales cuestiones a deconstruir debido a la “resistencia del personal de salud al cambio que representa compartir su poder con otros que no tienen conocimientos técnicos provoca que al analizar los problemas, el personal de salud trate de imponer sus criterios y subvalore el análisis de la comunidad”. (Cejás, C. A, y Koffsmon, A., 2004, pág. 11). A esto se sumaba la falta de una cultura participativa por parte de la población.

Rosario

En esta búsqueda de experiencias más contemporáneas, es necesario analizar la política de salud llevada adelante en el municipio de Rosario donde las diversas instancias de cogestión constituyen uno de los ejes vertebradores de la construcción colectiva de la salud.

En 1990 se crea dentro de la Secretaría de Salud del municipio la “Dirección de Atención Primaria de la Salud”, dirección que en palabras de su directora Débora Ferrandini (entrevista realizada en la última década, pág. 245) “alude a esa idea de sentido, de dirección en una dirección de la práctica, un reordenamiento del proceso de trabajo, de las prácticas que implica otra constitución, un cambio en la constitución subjetiva de quienes la sostienen”. Para reordenar el proceso de trabajo, Ferrandini (pág. 246) sostiene “necesitamos una descentralización al máximo posible, de la actividad y de la decisión. Me refiero a una gestión que cambie el centro...descentra de donde está tradicionalmente el centro y lo centra en el seno de la comunidad misma”.

Esta necesidad de descentralizar acarrea el interrogante de cómo, cuánto y qué descentralizar, sin poner en riesgo el horizonte de transformación propuesto por la Dirección; para lo cual Ferrandini (pág. 246) aclara “lo que planteamos es que justamente la función de la dirección como tal es sostener estas directrices y asegurar

que todo lo que se haga transcurra en el marco de estas directrices. Después, cómo se hace queda en el diseño de cada grupo que sólo tiene que dar cuenta de los resultados”. A su vez, en post de avanzar en la construcción de propuestas terapéuticas más democráticas y horizontales, Ferrandini habla de la necesidad de entender la diversidad cultural como un valor, como una herramienta y no como algo que hay que homogeneizar con el discurso médico. En el seno de estas comunidades hay saberes desde hace decenas de generaciones, que existen y que muchas veces superan las posibilidades terapéuticas que podemos ofrecer. “La comunidad puede tener el mismo protagonismo en las decisiones que los técnicos y que los funcionarios. Y en este sentido lo que pensamos es en el espacio de democracia directa donde el diagnóstico y la priorización de los problemas y la planificación de las intervenciones para enfrentarlos se construyen colectivamente sin pretender resolverlo por votaciones, sino encontrar espacios de síntesis dialécticas, que incluyan las perspectivas de esas tres visiones”. (Ferrandini, pág. 253)

Respecto a estos espacios, Ferrandini, aclara que tienen distintos tamaños y niveles. Existen en la gestión local, es decir en el territorio o área de interacción entre cada equipo de salud y la comunidad, y de apoco se van creando otros de nivel distrital. “A los jefes de centro los elegimos desde la dirección. Los elegimos en función de su capacidad para llevar adelante las directrices de la dirección y además de su compromiso ideológico con estas directrices”. (Ferrandini, pág. 254) Inmediatamente Ferrandini aclara que no son los únicos que participan de la gestión, sino que estos espacios de gestión están abiertos a todos aquellos que quieran integrarlos, siempre y cuando respeten esta modalidad en la que no se decide por votación sino por el logro de un consenso, lo que implica un trabajo para producir la mejor opción de gestión ante cada problema. Los equipos de gestión distrital están conformados por la suma de los equipos de gestión local. “La direccionalidad de esta política tiene que ver con privilegiar la dimensión territorial de la construcción política de la salud”. (Ferrandini, pág. 255)

Respecto a las dificultades y limitantes para la construcción de prácticas más democráticas, al igual que en el resto de las experiencias citadas, Ferrandini menciona obstáculos vinculados a la hegemonía de valores instalados en los cuerpos

profesionales de todas las disciplinas. Apareciendo como una gran limitante la dificultad de adecuar el recurso humano disponible a las necesidades de este tipo de práctica. Y desde la gestión de gobierno, resalta como una gran traba la burocracia presente en la lógica de departamentalización, la separación cómo se conforman los equipos de trabajo de una manera fragmentada en relación a lo que son las problemáticas”.

Retomando el rol de la “Dirección” en este proceso, Ferrandini (pág. 259) insiste “desde la burocracia no hay posibilidad de desencadenar un proceso instituyente. Yo por eso rehúyo a la idea de dirección en tanto cabeza. Sino que la dinámica de las transformaciones tiene que ser otra y remover todo obstáculo burocrático para esta dinámica. A veces en la organización burocrática desde la dirección pretendemos controlar todo y eso es imposible.

Y plantea como alternativa superadora a esta burocracia el concepto de “descentralizar centralizando”. Que implica centralizar la política en términos más generales, la esencia de lo que se quiere hacer y descentralizar la implementación, la discusión, el diagnóstico, el diseño, de una forma que otorgue más protagonismo a los sujetos que están interviniendo. Siempre que se mantenga una directriz que preserve el derecho de todos, el interés público”.

3. Objetivos del proyecto

El objetivo principal de este proyecto es iniciar un proceso de democratización de Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de la provincia y municipios de Mendoza, mediante la introducción de mecanismos de cogestión.

Entre los objetivos específicos podemos mencionar los siguientes:

- Promover espacios de reflexión colectiva entre la comunidad y el equipo de salud
- Definir o redefinir colectivamente el territorio de cada CAPS
- Diseñar mecanismos de cogestión acordes a la realidad local

4. Desarrollo del proyecto

El presente proyecto está dirigido a la población de los diversos Centros de Atención Primaria de la provincia, ya sean de administración provincial o municipal.

Este proyecto será ejecutado por un equipo a crearse dentro de la Dirección de Atención Primaria del Ministerio de Salud de la Provincia de Mendoza, pudiendo suscribirse convenios de cooperación con Municipios para su aplicación en CAPS de dependencia municipal.

El equipo tendrá un coordinador/a y entre sus integrantes será necesario contar con sociólogos/as, politólogos/as, geógrafos/as, psicólogos/as, antropólogos/as, agentes sanitarios con vasta experiencia territorial, médicos/as de familia. Estas personas, además de sus conocimientos técnicos deberán tener una concepción ideológica enmarcada en la perspectiva del proyecto. El equipo trabajará con los CAPS y sus comunidades estimulando el desencadenamiento de este proceso de democratización, una vez conformados los dispositivos de cogestión el equipo acompañará el proceso desde un rol de supervisión y apoyo matricial.

Objetivo	Actividades	Recursos	Responsable	Indicadores
1) Promover espacios de reflexión colectiva entre la comunidad y el equipo de salud	1) Ruedas de discusión entre trabajadores y trabajadoras del Centro de Salud.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Autorización y bloqueo de turnos ○ Multimedia ○ Espacio físico ○ Colación 	○ Coordinador/a de proyecto	<ul style="list-style-type: none"> ○ Cantidad de reuniones realizadas al año ○ Porcentaje de reuniones realizadas al año en relación

				<p>a las programadas</p> <ul style="list-style-type: none"> ○Cantidad de trabajadores y trabajadoras que participan al año ○Porcentaje de trabajadores y trabajadoras que participan al año en relación a los convocados ○Actas sobre lo reflexionado en las reuniones
	<p>2)Ruedas de discusión entre vecinos y vecinas de la comunidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○Multimedia ○Espacio físico ○Colación 	<ul style="list-style-type: none"> ○Coordinador/a de proyecto 	<ul style="list-style-type: none"> ○Cantidad de reuniones realizadas al año ○Porcentaje de reuniones realizadas al año en relación a las programadas

				<ul style="list-style-type: none"> ○Cantidad de vecinos y vecinas que participan al año ○Porcentaje de vecinos y vecinas que participan al año relación a los convocados ○Actas sobre lo reflexionado en las reuniones
2)Definir o redefinir colectivamente el territorio de cada CAPS	1)Jornada/s de "Mapeo de Territorio" con la comunidad y el equipo de salud.	<ul style="list-style-type: none"> ○Autorización y bloqueo de turnos ○Espacio físico ○Cartografía del territorio en cuestión ○Insumos de librería (afiches, fibrones) ○Colación 	○Coordinador/a de proyecto	<ul style="list-style-type: none"> ○Cartografía construida colectivamente

	2)Caminatas barriales de nominalización .	<ul style="list-style-type: none"> ○Autorización y bloqueo de turnos ○Historias Familiares Comunitarias ○Cartografía construida colectivamente 	○Coordinador/a de proyecto	<ul style="list-style-type: none"> ○Número de personas y familias adscriptas al CAPS con HFC. ○Porcentaje de personas y familias adscriptas al CAPS nominalizadas al año
3)Diseñar mecanismos de cogestión acordes a la realidad local.	1)Foros y conversatorios sobre participación social y del equipo de salud en la gestión.	<ul style="list-style-type: none"> ○Remuneración económica para el equipo de salud o cambio por día de trabajo ○Espacio físico ○Multimedia y sonido ○Artículos de librería (anotadores, lapiceras) ○Colación 	○Coordinador/a de proyecto	<ul style="list-style-type: none"> ○Cantidad de reuniones realizadas al año ○Porcentaje de reuniones realizadas al año en relación a las programadas ○Actas sobre lo reflexionado en las reuniones

				<ul style="list-style-type: none"> ○Dispositivo de cogestión (Consejo de Salud u otro formato) acordado entre la comunidad y el equipo de salud del CAPS
	2)Puesta en funcionamiento del dispositivo de cogestión		<ul style="list-style-type: none"> ○Coordinador/a de proyecto 	<ul style="list-style-type: none"> ○Actas de las reuniones

Objetivo 1

- Actividad 1

A sabiendas de que las diversas experiencias ponen en relieve la actitud negativa y la resistencia de los equipos de salud a ceder y compartir “su poder” con las comunidades, es pertinente desarrollar ámbitos de discusión y reflexión al interior de los equipos haciendo foco en la salud como un derecho social y por lo tanto como práctica democrática. Para esto se realizarán ruedas de discusión entre trabajadores y trabajadoras, las cuales serán programadas en el lugar y horario de trabajo. Serán de asistencia obligatoria y se confeccionarán actas sobre lo reflexionado.

- Actividad 2

Considerando que la salud y el acceso a esta en los efectores públicos es percibida como un beneficio o dádiva, más relacionado a la concepción de caridad que a la de un derecho exigible; que se pone de manifiesto en la actitud pasiva adoptada por los usuarios y usuarias en su rol de “pacientes” (que deben esperar y peregrinar para acceder). Y con la intención de reflexionar sobre la salud como derecho social exigible,

junto al rol activo de las personas como sujetos y sujetas de derecho que deben ser verdaderos protagonistas en el ejercicio del mismo, se realizarán ruedas de discusión entre las y los miembros de la comunidad.

Estas ruedas se desarrollarán tanto en espacios públicos como en las sedes de las distintas organizaciones intermedias presentes en el territorio. Se elaborarán actas para dejar constancia de lo conversado.

Objetivo 2

- Actividad 1

Un aspecto fundamental de este proyecto es la construcción y redefinición colectiva del territorio de cada CAPS, la cual debe delimitar un área real de trabajo en base a las vivencias de las comunidades que lo habitan y transitan. Para esto se trabajará con la técnica de “Mapeo de Territorios”, organizando jornadas de “mapeo” con la comunidad y el equipo de salud. Se trabajará sobre mapas (oficiales o elaborados por la comunidad) que se irán reformulando a partir de diversas preguntas relacionadas a lo que se quiere mapear, por ejemplo:

- ¿Qué actores sociales se encuentran en el territorio?
- Lugares de encuentro
- Recorridos y lugares de circulación de esos actores

El resultado de esa cartografía construida e intervenida colectivamente, será el territorio en el que trabajará el CAPS.

- Actividad 2

Redefinido el territorio del CAPS, es necesario avanzar en la nominalización de la población que lo habita y su adscripción al Centro de Salud. Para esto se realizarán rondas de nominalización en las que participará el equipo de salud y vecinos y vecinas de la comunidad.

Se utilizará la Historia Familiar Comunitaria (ver anexo) y a partir de la información obtenida se hará la adscripción de los vecinos y vecinas al CAPS. La adscripción implica

que el equipo de salud asuma la responsabilidad de la atención de la salud de un número de familias. Atención que no se limita a lo que pueda resolverse en el CAPS, ya que el equipo asume el rol de facilitador y acompañante dentro de la red de servicios.

Objetivo 3

- Actividad 1

Con el objetivo de promover espacios de reflexión colectiva entre la comunidad y los trabajadores y trabajadoras de los centros de salud, se realizarán foros y conversatorios sobre la participación de la comunidad y del equipo de salud en el gobierno de los efectores. Los mismos podrán ser realizados tanto en espacios públicos como en las instalaciones de las entidades intermedias presentes en cada comunidad. En estos foros, además de reflexionar sobre la necesidad de generar espacios de participación, se buscará construir propuestas y modelos de cogobierno acordes a la realidad local. Se aportará información sobre experiencias concretas de gestión en salud que sirvan de insumo para la construcción de estos nuevos dispositivos de cogobierno.

Teniendo en cuenta que la mayoría de las experiencias, relativamente exitosas, de cogestión en la región adoptaron como modelo los “Consejos de Salud”; la coordinación del proyecto propondrá dicha modalidad como modelo para avanzar en la democratización de los CAPS. Lo cual será sometido a discusión en los diversos foros que se organicen para elaborar el modelo de cogobierno que mejor se adapte a las diversas realidades territoriales. Pudiendo ser, o no, ésta la modalidad de gestión colegiada a implementar. La propuesta concreta para la creación y composición del “Consejo” (integrado por al menos siete miembros), es la siguiente:

- Director/a del CAPS designado/a por el Ministerio de Salud de la Provincia o el área correspondiente en el caso de los CAPS municipales;
- Dos miembros del equipo de salud, electos por sus pares;
- Un representante por cada una de las Entidades Intermedias presentes en el territorio, como mínimo 4 representantes de la comunidad. En el caso de que las

organizaciones existentes sean menos de 4, las organizaciones con mayor cantidad de asociados pondrán un representante más hasta completar el mínimo de 4. Los representantes de la comunidad saldrán de las asambleas de cada organización.

El fundamento de la mayor presencia de representantes de la comunidad en la estructura del “Consejo” es la necesidad de equilibrar de ese modo la asimetría de poder que actualmente existe entre el equipo de salud y la comunidad. Factor destacado como uno de los principales obstáculos a vencer en el afán de lograr mayores niveles de participación y democracia. Ya desde lo simbólico la propuesta busca poner a la comunidad como protagonista principal.

Podrán ser representantes de la comunidad en el “Consejo”, aquellos vecinos y vecinas que sean miembros activos de las distintas “Organizaciones Libres del Pueblo” (OLP) presentes en el territorio del Centro de Salud. Se entiende como tales “la existencia de agrupaciones en los tres sectores básicos de la sociedad: el político, el social y el económico. Del sector político, la organización por antonomasia es el partido político. Del social: los sindicatos, las fundaciones, las cooperadoras, los clubes, las cooperativas.

Del económico, las organizaciones de productores, comerciantes, usuarios y consumidores” (Aguirre,1989). Las organizaciones deberán tener al menos un año de antigüedad en la comunidad. Estos requisitos de participación en OLP, buscan a su vez recuperar y dinamizar la cultura participativa de los vecinos y vecinas en las Organizaciones Intermedias. Instituciones históricamente claves para la construcción y reconstrucción del entramado social.

- Actividad 2

El Consejo será el órgano de gobierno del CAPS, para lo cual se reunirá ordinariamente una vez al mes, pudiendo convocarse extraordinariamente por pedido de cualquiera de sus miembros. Dichas reuniones serán de carácter público y el lugar de reunión irá rotando entre el CAPS y las instalaciones de las entidades intermedias presentes en el territorio. Será atribución del Consejo todo lo referido a la gestión de la política de salud

en su territorio, siendo el encargado de la recepción y administración de los recursos; la implementación, discusión, diagnóstico y diseño de las políticas sanitarias emanadas de las direcciones o secretarías correspondientes, amoldándolas a su realidad territorial teniendo como ejes centrales la interculturalidad y la perspectiva de género. La lógica de toma de decisiones del Consejo será a través de la búsqueda permanente de consensos, lo cual propicia una verdadera construcción y gestión colectiva en un proceso continuo de aprendizaje y respeto de las diferentes concepciones y saberes. Las decisiones deberán constar en actas de carácter público a las que tendrá acceso todo vecino y vecina del territorio. Las mismas serán escritas en un lenguaje coloquial y sencillo, a fin de garantizar el pleno acceso de la comunidad a dicha información.

Una vez al año el Consejo deberá convocar a la comunidad a Asamblea Ordinaria con la finalidad de rendir cuentas de su gestión. Así mismo se podrá convocar a Asamblea Extraordinaria por iniciativa del Consejo, por pedido de al menos un tercio de la población del territorio o por solicitud de alguna de las Entidades Intermedias del territorio.

El mandato del consejo tendrá una duración de un año y sus miembros podrán ser reelectos indefinidamente.

A medida que se vayan creando y consolidando los Consejos en cada CAPS, continuando con el propósito de desencadenar procesos de democratización, se irán conformando Consejos Departamentales y Regionales constituidos por la suma de Consejos Locales. Esos espacios de gestión tendrán las mismas atribuciones y lógica de funcionamiento que los Consejos Locales, pero a nivel Departamental o Distrital.

5. Reflexiones Finales

El presente trabajo me ha permitido reafirmar que avanzar en nuevas formas de gobernanza tendientes a incorporar a la población en la resolución de sus problemas, además de ser necesario es posible. Pero no alcanza solamente con la comunidad organizada, sino que es fundamental contar con una férrea voluntad política dispuesta a ceder y poner en juego el poder. Es justamente el poder lo que entra en discusión al proponer instancias de participación y democracia directa.

Estoy convencido de que esta propuesta configura una contribución a la salud colectiva de nuestra provincia, y puede llegar a ser un disparador que permita repensar y modificar distintos espacios y lógicas del aparato estatal.

A modo de cierre considero oportuna la siguiente reflexión de Floreal Ferrara, quien ante la pregunta de ¿qué había que hacer para resolver el problema de la salud? afirmaba *"hay que introducir con toda decisión en el campo de la salud la participación popular. El pueblo, las personas, tienen que ser los protagonistas del sistema de salud. Y ¿qué quiere decir participación popular? Que los que hasta ahora son usuarios se transformen en co-administradores del sistema de salud. Que lo co-gobiernen"*. (Floreal Ferrara, 2008, citado por López Marsano, C.)

6. Bibliografía

Aguirre, A. A. (Marzo- Abril 1989). "El concepto justicialista de Comunidad Organizada". *Participar*, (83). Buenos Aires, Argentina.

Algranati, S., Bruno, D., y Iotti, A. (2012). "MAPEAR ACTORES, RELACIONES Y TERRITORIOS Una herramienta para el análisis del escenario social" Cuadernos de cátedra No. 3. Taller de Planificación de Procesos Comunicacionales. Facultad de Periodismo y Comunicación Social UNLP. La Plata, Argentina.

Asociación de Trabajadores del Estado, (2014). "Labradores de la Salud Popular. Floreal Ferrara" Buenos Aires, Argentina.

Blanco, B. (19 de abril de 2010). "La salud es la solución del conflicto". Página 12. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <https://www.pagina12.com.ar/diario/dialogos/21-144143-2010-04-19.html>

Bronfman, F., y Gleizer, M. (1994). Participación Comunitaria: Necesidad, Excusa o Estrategia? O de qué Hablamos Cuando Hablamos de Participación Comunitaria. *Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro*, 10 (1), 111-122.

Cejas, C. A, y Koffsmon, A. (2004). "La Participación Comunitaria en la Cogestión de la Salud". Formación de un Consejo Local de Salud en el Municipio de Pilar. Centro de Implementación de Políticas Públicas Para la Equidad y el Crecimiento. Buenos Aires, Argentina.

Declaración de Alma Ata (1978)

De Roux, G. I. (1993). Participación y cogestión de la salud. *Educ Med Salud*, 27(1), 50-60.

Fein, M, y Ferrandini, D. (2005). "Equidad Real en la Oferta Pública de Salud: El Norte de un Gobierno Municipal Democrático. Informe alternativo sobre la salud en América Latina". 220-227.

Iconoclasistas. (2013). "Manual de mapeo colectivo". Buenos Aires: Iconoclasistas. Recuperado de <http://www.iconoclasistas.net/mapeo-colectivo/>

López Marsano, C. Floreal Ferrara y la historia intelectual. Revista Mestiza. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <http://revistamestiza.unaj.edu.ar/ferrara-historia-intelectual/>

Orfila, D. O. (9 de marzo de 2011). Floreal Ferrara 2005. La salud y el antagonista. *Truco y Retruco*. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <http://diegoorfila.blogspot.com/>

Publicación científica de la Secretaría de Salud Pública Municipal. (2003). "Entrevista a Débora Ferrandini" Ciudad de Rosario, 23(1), 245-260.

Sousa Campos, G. W. (1997). "El Anti-taylor: sobre la invención de un método para cogobernar instituciones de salud produciendo libertad y compromiso" Artículo original publicado en Cuadernos de Saude Pública. Río Janeiro. (Versión Traducida por José Alberdi y Miriam Mateos. Colonia Psiquiátrica Oliveros. Ministerio Salud Pública de Santa Fe).

Spinelli, H. (2016). "Volver a pensar en salud: programas y territorios". *Salud Colectiva*, 12(2), 149-171. Buenos Aires, Argentina.

Vázquez, M. L., Siqueira, E., Kruze, I., Da Silva, A., y Leite, I. C. (2002). "Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina". *Gaceta Sanitaria*, 16(1), 30-38. España.

