

Ejercicios de participación y gestión social en atención primaria en Argentina y Colombia: dos experiencias

Janeth Carrillo Franco¹

Marcelo Laserna²

Resumen

Objetivo

Comparar dos experiencias de participación en la gestión social en el marco de la estrategia de atención primaria en Argentina y Colombia. Materiales y métodos: estudio descriptivo-retrospectivo sobre participación social en dos experiencias de gestión social en Colombia y Argentina.

Resultados

Este artículo exploró dos experiencias de gestión social en salud en el marco de programas de atención primaria en salud (APS), una en Bogotá, Colombia (Núcleos de gestión - salud a su hogar) y otra en Argentina (centros integradores comunitarios), desde la participación social en salud como derecho y como dinámica particular de grupos humanos interactuantes. Se analizó el origen de las experiencias (institucionales, comunitarias), el rol del personal de salud en su desarrollo y mantenimiento, sus principales logros y los retos desde la participación social en salud.

Conclusiones

Si bien las experiencias comparadas nacen en contextos sociopolíticos diferentes, presentan similitudes destacables. Sin embargo, no existen recetas de un modelo

¹ Médica, doctora en Salud Pública, Gestora en investigación. Fundación Universitaria del Área Andina, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: jcarrillo27@areandina.edu.co.

² Odontólogo. Magíster en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Profesor adjunto Escuela Superior de Medicina Universidad Nacional del Mar del Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina, Correo electrónico: lasernamarcelo@gmail.com

único a imitar de un país a otro, ni siquiera de una localidad cercana a la otra. Cada uno de los actores marcará y definirá el modo, la forma, la profundidad y la dirección de su participación e impronta dentro de ese ámbito, a partir de la concepción instrumental que tenga de participación y de los alcances de su gestión social

Palabras clave

Participación social en salud, gestión social, atención primaria.

Introducción

El concepto de salud está ligado en la mayoría de países latinoamericanos con la noción de derecho, al menos desde el discurso. En concordancia, la mayoría de los sistemas de salud promueven la participación social como el ejercicio comunitario de ese derecho, en escenarios propositivos y de control de lo público. Para ello, se generan espacios de discusión donde los diversos sectores institucionales integren su respuesta hacia la comunidad y la gestión de lo público esté marcada por la participación social.

En el marco del movimiento de renovación de la atención primaria (APS) en boga a lo largo y ancho del continente, tanto la participación social como la gestión integral son consideradas elementos fundamentales de modelos incluyentes que fomentan la participación de la comunidad en todas las fases de la atención, incluida la toma de decisiones, la generación de políticas y programas y la gestión de los recursos.

Diversos ejercicios de APS se desarrollan en América Latina. En el contexto de su renovación, gobiernos nacionales y locales decidieron impulsar diferentes apuestas por la atención primaria como estrategia, modelo y programa de atención en sistemas de salud disímiles y con

resultados de salud igualmente diversos. La mayoría de estos ejercicios han resaltado la importancia estratégica de la participación social en salud (PSS), como elemento de acercamiento a las comunidades y a sus problemas de salud y la gestión social integral como eje articulador de la respuesta institucional (1, 2). El modelo propuesto para América Latina por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) por ejemplo, destaca de manera persistente la legitimización de las acciones de la APS a través de la participación social en salud.

Desde la declaración de Alma Ata, se definió la participación social en salud como “el proceso por el que los individuos y las familias asumen la responsabilidad de su salud y bienestar particular o colectivo, contribuyen a su desarrollo económico y comunitario, conocen mejor sus problemas y necesidades de salud y pueden ser agentes activos de su desarrollo social y sanitario” (3), siendo considerada uno de los “conceptos centrales de las concepciones preventivistas de la atención primaria no selectiva en particular” (4), aunque en la práctica, estas propuestas terminen reducidas a un abordaje de corte instrumental e institucional que como menciona Menéndez, “como concepto y como práctica, la participación social fue (sigue siendo)

utilizada por tendencias teórico/ideológicas que consideraron que el capitalismo favorece el desarrollo de una sociedad individualista, competitiva, consumista, pasivo/receptiva, apática, donde los objetivos privados se imponen a las necesidades públicas” (4).

Así, reducida a instrumento de validación de lo institucional, la PSS no ha logrado su propósito fundamental de obtener la movilización de la comunidad y aunarla en el esfuerzo del mejoramiento de su situación de salud, a pesar de que a través de la APS renovada, la OPS ha querido revitalizarla y fomentar la participación de base popular y comunitaria, que permita el potenciamiento de las acciones de los grupos sociales —empoderamiento de la sociedad civil—, el control social y el cambio en las condiciones sociales de la salud mediante la movilización colectiva de todos los sujetos sociales (5).

Argentina registra diversas experiencias, con concepciones variadas acerca de qué implican los procesos participativos, desde proyectos caracterizados por intervenciones de tipo informativo para la comunidad, hasta procesos donde se generan espacios de participación genuinos en cuanto a la toma de decisiones (6).

En Colombia, la PSS es de carácter institucional y se convirtió en un mecanismo de control y de veeduría sobre varios aspectos de la relación del cliente con los intermediarios de la salud: control social del financiamiento, de la calidad y de la prestación de los servicios (7).

Como a pesar de los obstáculos de la PSS, se sigue considerando un elemento esencial de los sistemas de salud y con el propósito de superar la asimetría de actores evidenciada tanto en la participación social en salud como en los procesos de toma de decisiones a nivel local, se introdujo la gestión social integral como elemento regulador de las relaciones institución-usuario organizado. La gestión social integral es definida como el “conjunto de acciones y de recursos que posibilitan la interacción de un grupo o institución determinada con su entorno físico, institucional, público y privado con el propósito de alcanzar unos objetivos o metas que transforman o modifican sustancialmente una situación particular” (8).

La gestión social integral (GLI) se ha asociado a la gobernanza en salud a nivel nacional y local. En Argentina, hace parte de políticas públicas para país (Ministerio de Desarrollo Social) y en

Colombia se han desarrollado experiencias municipales, como las desarrolladas en Bogotá (9). La GLI se basa en la PS tanto en salud como en todas las áreas de la planeación y del control social.

Este artículo narra dos experiencias de gestión social integral en Argentina y Colombia, basadas en participación social y desarrolladas en el marco de la atención primaria en salud, que han pretendido generar actividades en pro de la comunidad, muchas veces sin tener en cuenta que ello sólo es posible donde “existan procesos previos de organización de comunidades participativas con capacidad de decisión y ejecución, de donde surgen nuevas formas de liderazgo, en las cuales las comunidades son menos dependientes y más dueñas de sus propio destino, más constructoras legítimas de poder” (9).

A continuación, se expone la experiencia de los centros de integración comunitarios (CIC) de Argentina y los núcleos de gestión en salud de Bogotá, Colombia como espacios de participación social para la gestión social integral.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo basado en documentos oficiales y experiencias de los autores como actores de

las estrategias de participación en los ejercicios descritos en los dos países. Se realizó una tabla comparativa con once puntos de comparación de las dos experiencias. A continuación, se hace una exposición breve de las experiencias y sus contextos.

Los centros integradores comunitarios CIC: la experiencia de Argentina

Argentina es un país federal constituido por 23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que además es la capital de la república. Cada provincia constituye un estado autónomo, lo cual puede llegar a dificultar la implementación uniforme de políticas de Estado que garanticen el derecho de la población a acceder a la salud y la educación, entre otros (10). El sistema de protección social en salud es segmentado en tres subsectores: el estatal, financiado por la Nación, provincias y/o municipios; el de obras sociales, financiado con el aporte de los trabajadores y empleadores; y el privado con financiamiento directo de los usuarios. El sistema se caracteriza por la segmentación, fragmentación y heterogeneidad (10).

En Argentina, la APS tiene diferentes tipos de desarrollo, y ello tiene directa

relación con las políticas que desde lo local/municipal se implementan por las secretarías de salud y las direcciones de atención primaria de la salud y/o desde los espacios regionales llamados regiones sanitarias. Esa heterogeneidad de acciones, de propuestas y de decisiones, es aún más marcada por la impronta federal que tiene el país, y que implica que cada provincia es autónoma para decidir sus políticas, lo cual conlleva un nivel de fragmentación existente y a las diferentes ofertas que existen en los ámbitos locales. Son las decisiones políticas en salud que se toman en los ámbitos locales, las que se operan a través de los equipos de salud de los diferentes centros de atención primaria de salud (CAPS), postas y unidades sanitarias, que en muchos casos también tienen autonomía para desarrollar su planificación, en general, mediante acciones intramurales y en menor medida extramurales de promoción de la salud.

En cuanto a la PSS, la heterogeneidad también es la norma, y de acuerdo con el concepto que se tenga y se adopte en cada ámbito local, las posibilidades van desde proyectos en los cuales las poblaciones son objeto de las prácticas, a otras en que son sujeto de ellas. Esta última es la más difícil de lograr, sin embargo, estas experiencias existen y

se van desarrollando con más frecuencia en diferentes nichos locales, mediante acciones participativas que, en forma independiente o dinamizada por las actividades de movimientos políticos y sociales de los cuales son parte, constituyen variadas formas de redes sociales comunitarias; algunas de ellas de características informales, y otras formales, como el caso de las mesas de gestión de los CIC, que recuperan y favorecen la organización popular barrial, proponiendo la interacción de los actores comunitarios con los actores de la gestión de salud y desarrollo social de los municipios.

En resumen, la participación social en salud vinculada a la APS ha generado diversas experiencias, a partir de concepciones diferentes sobre lo que implican los procesos participativos, desde proyectos caracterizados por intervenciones de tipo informativo para la comunidad, hasta procesos donde se generan espacios de participación genuinos en cuanto a la toma de decisiones (6).

Centros de integración comunitarios

El proyecto de centros de integración comunitarios (CIC), lleva más de una década de desarrollo en Argentina y es parte de una política pública propuesta desde el Ministerio de Desarrollo

Social de la Nación³. Hasta el momento de su creación, las políticas de desarrollo social y de salud tenían sus propias áreas, tareas, atribuciones y lugares en donde funcionaban y desplegaban sus acciones, articulando en algunos aspectos, circunstancias y/o actividades, pero en general seguían sus propios caminos e iniciativas (11).

Los CIC constituyen una instancia de articulación entre el Gobierno nacional, provincial, municipal, organizaciones sociales y políticas y la sociedad civil, de la cual también participan los ministerios nacionales que conforman el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales.

Dentro de estos espacios funciona una mesa de gestión local desde donde dichos actores impulsan y desarrollan, de manera conjunta, acciones de coordinación de políticas de desarrollo social y atención primaria en salud (prevención, promoción y asistencia sociosanitaria), de atención y acompañamiento a los sectores más vulnerables, de integración de instituciones y organizaciones comunitarias que favorezcan el trabajo en red, y de promoción de actividades culturales,

recreativas y de educación popular (11).

Los CIC, en tanto política de inclusión social, tienen la particularidad de ser construidos por cooperativas especialmente conformadas por las familias de la propia comunidad. Esta estrategia representa un modelo de gestión pública que implica la integración y coordinación de políticas de APS y desarrollo social en un ámbito físico común de escala municipal (11).

Los CIC son una forma de articular las acciones intersectoriales y funcionan en un lugar físico común, que se construye en un determinado lugar de los municipios, en barriadas con necesidades y carencias tanto sociales como de salud. No es el objeto de este artículo hacer una descripción profunda de los mismos desde el punto de vista de su infraestructura, pero es oportuno comentar que es parte del componente ideológico de la propuesta, y por ello es que son de idénticas características (12). Incluyen una estructura física de dos alas que confluyen formando una “L”; con un área de “salud pública”, donde se desarrollan las actividades de la salud y la otra de “desarrollo social” para los programas de asistencia

³ El Ministerio de Desarrollo Social (MDSN) es un organismo nacional, dependiente del poder ejecutivo, que tiene la misión de planificar e implementar las acciones orientadas hacia el fomento de la integración social y el desarrollo humano, la atención y la reducción de las situaciones de vulnerabilidad social, el desarrollo de igualdad de oportunidades, la protección de la familia y el fortalecimiento de las organizaciones comunitarias..

social. Algunos tienen una tercera, que es un salón de usos múltiples (SUM), para las actividades comunitarias del barrio, y los más grandes tienen guardería para niños.

Lo que define a los centros integradores comunitarios, además de su estructura física, es su misión y la carga ideológica como modelo de gestión pública, que implica la integración y coordinación de políticas de APS y de desarrollo social en un ámbito fijo común de escala municipal. El CIC es un espacio público de integración social, que procura la transformación de la realidad local con sentido de inclusión social y enfoque territorial, promoviendo el reconocimiento de los recursos comunitarios. Tiene como objetivo el mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones, con enfoque interdisciplinario, intersectorial y participativo de las comunidades (11).

Para el CIC, el actor social local es aquella persona o grupo de personas que tienen una acción colectiva mediante su participación en movimientos sociales, o aquellas instituciones intermedias referenciadas en el barrio, que pueden ser organizaciones no gubernamentales (ONG) u otras instituciones de carácter educativo, político, religioso, deportivo, etc. (13).

El modelo de abordaje de los temas del CIC es la mesa de gestión local (MGL), espacio de interacción social que está conformado por miembros de la comunidad y/o vecinos que quieran participar; por el equipo de salud y de desarrollo social municipal; los representantes de los movimientos sociales del sector y por los promotores territoriales. La MGL funciona quincenalmente, en reuniones donde se debate lo que ocurre en el CIC y en el barrio, con el objetivo de elaborar propuestas de acción y de decisión. Las MGL son diferentes de un CIC a otro por la conformación de actores de las mismas, y del equilibrio o preeminencia que se dé entre los actores comunitarios y los de la gestión municipal, lo que determina su perfil, su funcionamiento y su existencia como tal.

La mesa de gestión como espacio de construcción colectiva genera debates que conllevan conflictos de intereses propios de la interacción social de los actores que la componen. El desarrollo de los diálogos en pos de un mejoramiento de la calidad de atención del CIC, de las propuestas hacia la comunidad y hacia sus integrantes, implican tensiones, dificultades y conflictos, que hacen que este proceso sea un camino largo y complejo, pero también genera resultados positivos, sobre todo los relacionados

con la implementación de políticas tendientes a democratizar y horizontalizar la toma de decisiones en los niveles locales. El desafío de esta nueva forma de acción en cada barrio propicia un impacto cultural que es generador y fortalecedor del ejercicio pleno de los derechos de ciudadanía de buena parte de los habitantes del país (13).

Núcleos de gestión social en salud: la experiencia de Bogotá, Colombia

Colombia es un país descentralizado compuesto por 32 departamentos. El sistema de salud está financiado con recursos públicos y por el sector privado. Presenta una clara división entre las competencias y financiación de las actividades individuales y de salud pública, los primeros en manos del mercado con competencia regulada y las segundas, a cargo del Estado (14). La afiliación individual al sistema es obligatoria y se hace a través de las entidades promotoras de salud (EPS), públicas o privadas y los servicios individuales se prestan través de las instituciones llamadas IPS (institución prestadora de servicios de salud). Existen dos sectores claramente diferenciados por sus aportes al sistema: el régimen subsidiado para población pobre y el régimen contributivo, para trabajadores.

Adicionalmente, hay oferta privada a través de seguros de medicina prepagada (15). El sistema de salud se considera fragmentado y segmentado (16).

En Colombia, los ejercicios de implementación de APS en este sistema se han caracterizado por ser locales y ajustados a los límites que las reglas del sistema permitan. Varios gobiernos locales, en coherencia con el movimiento de renovación de la APS, propusieron modelos como los implementados en Santander, Valle, Antioquia y Bucaramanga entre otros, cuyo denominador común es la atención integral y la participación social como elementos articuladores para el logro de la equidad en salud (17).

Núcleos de gestión social en salud

Bogotá implementó la atención primaria en el año 2003, como estrategia en salud de su plan de desarrollo para “la universalización progresiva del derecho a la atención integral con enfoque familiar y comunitario” (18).

En el año 2003, es elegido el primer alcalde de izquierda en la ciudad. Dentro de su plan de Gobierno para salud planteó “la universalización progresiva del derecho a la atención integral con enfoque familiar y comunitario” (18), ya que, desde la reforma del sistema de salud en

1993, la ciudad había tenido resultados diversos que oscilaban entre la satisfacción por la cobertura y el financiamiento (17, 19) y la preocupación por la inequidad y la concepción utilitarista de la salud, donde prevalecía lo económico sobre lo humano (20, 21).

La estrategia propuesta fue la atención primaria en salud renovada (APS-R), contemplada en los planes de desarrollo distrital del 2004 al 2012 y adoptada desde el año 2004 para responder a las necesidades en salud de la población más vulnerable. A través de la APS-R se pretendía reconocer las diferencias generacionales, étnicas, culturales, de género, de oportunidades y de capacidades siendo la calidad de vida el referente principal de la acción del Estado (22).

En conjunto con la APS renovada, se tuvo como referente conceptual el modo o estrategia promocional de calidad de vida y salud (EPCVS), centrado en el imperativo ético de responder a las necesidades sociales, integrado el compromiso de la gestión distrital con la garantía de los derechos humanos y sociales y con el desarrollo de la ciudad como un espacio moderno y humanizado, cuyo objetivo fue avanzar en la garantía del derecho a

la salud, tratando de superar el modelo de atención centrado de manera exclusiva en el tratamiento y la recuperación de enfermedades (17, 23).

La EPCVS funcionalmente orientó las actividades de salud pública denominadas plan de atención básico, PAB, (a partir del 2008 plan de intervenciones colectivas, PIC), fundamentado de manera conceptual en la necesidad social, la autonomía, la movilización y la determinación social en salud. La propuesta conceptual pretendía avanzar hacia una perspectiva más colectiva de la salud (17, 24, 25, 26).

La APS - R se implementó a través del programa denominado “salud a su hogar” (SASH), dirigido a población vulnerable de la ciudad (estratos 1 y 2⁴), conformando equipos básicos con un médico, una enfermera y dos promotores de salud para la atención de 1200 familias referenciadas geográficamente en espacios compuestos por barrios que comparten una cercanía geográfica y que por vecindad podían agruparse para recibir las acciones de un equipo de APS, denominados micro territorios y definidos por las instituciones públicas de salud de las localidades (17).

⁵ Nivel de clasificación de la población de acuerdo con el grado de riqueza y calidad de vida, determinada de manera indirecta mediante las condiciones físicas de las viviendas y su localización. Estrato 1: bajo-bajo, estrato 2: bajo. Artículo 102, Ley 142 de 1994.

La PSS fue abordada desde el programa de SASH a partir del año 2005, con asambleas y encuentros con la población en los territorios, cuya finalidad inicial fue devolver los resultados obtenidos en el proceso de caracterización (recolección de datos personales, familiares, de la vivienda y del entorno en cada uno de los micro territorios), realizados por los equipos básicos.

En 2007 se formalizó la participación social en salud desde los lineamientos del programa de salud a su hogar desde el ente rector (Secretaría de Salud Distrital) que contrató la formación de un núcleo de gestión por territorio con los hospitales de la ciudad que tuvieran equipos de APS. Este núcleo debería estar conformado por 20 o más personas de la comunidad interesadas en trabajar en la búsqueda de soluciones a problemas relacionados con su entorno y sus ámbitos de vida cotidiana. Del núcleo se generaría como producto un plan de acción territorial con las problemáticas priorizadas por la comunidad, independientemente que las competencias de los hospitales tuvieran relación directa para la resolución de las mismas, lo que generaría la necesidad de articulación intersectorial (o transectorial), requerida para dar respuestas integrales (17, 23).

En el año 2011, la Secretaría de Salud reestructura los espacios de participación en salud de la APS —que desde el año 2008 cambia su nombre a salud a su casa SASC—, y establece dos espacios adicionales preparatorios a los núcleos de gestión: los encuentros de familia (para aquellas detectadas con vulnerabilidad social y por condición de salud) denominados “círculos de existencia” que posteriormente darán paso al segundo espacio, las redes, cuya reunión si generará los núcleos (27).

Los núcleos serían la base para la gestión social integral en los territorios de APS. Diseñados con distintos niveles de participación, la meta última era lograr la presentación de los problemas comunitarios en espacios de decisión local a través de las mesas de gestión local (MGL). En cuanto a la idea de participación social y comunitaria, la subdirección encargada del desarrollo local la consideró como un componente transversal a toda la estrategia, señalando que de ella dependerá el éxito o fracaso de su implementación en la ciudad. “Se requiere, entonces una participación entendida como una “estrecha interacción dialogal entre los actores locales y las instituciones estatales para la toma de decisiones apropiadas” (9).

Logros y retos de las dos experiencias

Si se parte del supuesto que la PSS pretende fomentar la participación de base popular y comunitaria, los ejercicios revisados en los dos países tienen un origen eminentemente institucional, lo cual va en contravía de las pretensiones discursivas que en la experiencia “no se traducen en su práctica ni recogen el saber popular” (28).

Las propuestas institucionales de PSS generalmente se distancian de las dinámicas comunitarias de organización y participación propias, unas más sólidas que otras, unas más coherentes que otras, y que, en la mayoría de los casos, responden históricamente a lo que se espera institucionalmente de ellas.

Los ejercicios de participación descritos carecen del origen “desde abajo” y los sitúa como los define Menéndez en ejercicios para comunidades “pasivo receptoras”, de allí los resultados tan disímiles dependiendo de los grupos a los cuales van dirigidos y de la empatía de los funcionarios hacia lo comunitario y hacia el “ceder el control” en medio de la exigencia de cumplimiento de metas impuestas desde afuera, desde arriba (17).

La tabla uno muestra varios puntos de comparación entre las experiencias que, si bien registran logros, requieren

de una verdadera apropiación comunitaria de los mismos para alcanzar lo que se pretende, aún en un marco hegemónico de empoderamiento de la población.

En cuanto a los beneficios alcanzados a través de los CIC en Argentina, se pueden describir experiencias variadas de participación social. Esta disparidad ha tenido que ver con las características propias de los integrantes de cada MGL en los centros integradores comunitarios. La constitución de las mesas ha sido determinante de sus actividades, y de ello han dependido los logros en cuanto la participación de los vecinos integrantes, así como también y fundamentalmente por los decisores de la gestión municipal local y de los referentes designados.

Las experiencias de PSS, al ser de alcance nacional y muy extendidas a lo largo del país, son variadas y con diferentes grados de participación de actores comunitarios y actores de la gestión CIC municipal/regional, y van desde una escasa participación de la comunidad y amplia por parte de los profesionales y funcionarios municipales, a algunos ejercicios más equilibrados con participación dinámica de la comunidad. La formulación de propuestas y proyectos de construcción colectiva fueron numerosos, pero su materialización no se dio por el escaso nexo de la MGL con los

Tabla 1. Comparación de las dos experiencias: Argentina – Colombia

Puntos de comparación	Centros integradores comunitarios	Núcleos de gestión en salud
Quién las nomina Iniciativa institucional o comunitaria	Institucionalidad Institucional	Institucionalidad Institucional
Quién organiza	Institucional	Institucional
¿Tienen lineamientos determinados?	Sí, dados desde lo institucional	Sí, dados desde lo institucional
Actores	Comunidad del barrio o barrios circunvecinos, equipos de salud, funcionarios de políticas sociales	Comunidad del territorio de APS, equipos de salud, funcionarios de direcciones locales
Convocatoria	Desde lo institucional	Desde lo institucional
Cómo se desarrollan las agendas	Se proponen desde lo institucional. Son direccionadas por personal facilitador institucional	Se proponen desde lo institucional. Son direccionadas por personal facilitador institucional
Capacidad resolutive	Relativa. Depende de la dinámica propia de cada CIC y de su MGL	Pobre. Los alcances de las necesidades comunitarias sobrepasan la capacidad de respuesta de los funcionarios que asisten
Relaciones de poder al interior de la iniciativa	Vertical en la mayoría de los casos, con algunos logros de horizontalidad y de construcciones colectivas	Vertical en la mayoría de los casos
Nivel de empoderamiento de la comunidad	Relativo. Depende de la dinámica propia de cada CIC.	Pobre. Depende del contexto histórico y cultural de la comunidad y de su propia organización y reconocimiento de capacidades

Fuente: Elaboración propia.

funcionarios de la gestión municipal o de la gestión regional de las estructuras ministeriales, que impedían canalizar las propuestas trabajadas y elaboradas desde las bases comunitarias.

En otros casos, también se pudo observar un equilibrio y es allí donde se generaron las mayores expresiones de estas construcciones colectivas a través de la gestión estratégica local, con logros que modifican y mejoran la calidad de vida de los vecinos.

Las decisiones políticas de cada municipio con respecto a la adhesión y comprensión cabal de esta política de estado que una salud con desarrollo social son determinantes para que el CIC funcione como tal o sea simplemente un ámbito administrativo descentralizado en algún barrio. Resumiendo, la presencia física y estructural de una construcción en forma de CIC no garantiza que se desarrollen los procesos participativos que se pretenden desencadenar, siendo entonces el respeto por la carga ideológica lo que determina que pueda llevarse a cabo en forma conjunta e integral este tipo de gestión de las políticas públicas.

Es importante resaltar la visión institucional a la cual se requiere incorporar el relato de los integrantes de la comunidad de una MGL: “Nuestro CIC es algo mucho más grande e importante que

un centro de salud”, lo que implica una comprensión cabal de la propuesta, siendo la expresión más concreta de la internalización y la apropiación comunitaria de la idea, superando el sentido vertical y de arriba hacia abajo que surge desde las MGL.

Por su parte, en el establecimiento de los núcleos de gestión en Bogotá, se evidenció que los procesos de convocatoria y sostenimiento de la población participante fueron difíciles, incumpliendo en muchas ocasiones con las metas previstas desde lo institucional. A pesar de contar con diferentes estrategias comunicativas como volantes, perifoneo, invitación puerta a puerta por los promotores de salud de los equipos de APS, la comunidad mostró una respuesta pobre a esta convocatoria; su participación variaba entre 5 a 40 personas por reunión, su permanencia no fue continua y sus expectativas de soluciones a los problemas propios superaban el alcance de resolución de los hospitales y de otras instituciones con las que estos se articulaban. El promedio de participantes por núcleo de gestión varió entre 5 hasta 40 en la totalidad de localidades que desarrollaron *Salud a su Hogar* en el año 2008. La periodicidad de las reuniones variaba entre quincenal a bimestral y el énfasis de las reuniones dependió de cada hospital

y territorio, encontrando ejercicios de participación de jóvenes, de niños y de adultos mayores.

Ahora bien, el paso de la integración a través de las mesas de gestión local fue aún más difícil, dado que las entidades del territorio parten de presupuestos, metas y tareas programadas con anterioridad, donde poca cabida puede darse a los ejercicios sociales y comunitarios de los territorios. Existen pocas evaluaciones sistemáticas de la experiencia (la mayoría son informes del ejecutor a su contratista), pese a ello algunas localidades de la ciudad destacaron sus logros en GSI, como Usaquén (29) y Bosa y Usme (30), en lo relativo a logros intersectoriales con metro vivienda a partir de los núcleos de gestión.

Estos resultados evidencian que, a pesar de partir de un abordaje de PSS basado en el derecho, el ejercicio democrático e incluyente planteado para la ciudad y para los territorios de APS, se redujo a un activismo instrumentalizado más propio del abordaje del sistema de salud como escenario de mercado. De sus experiencias se desprende que la PSS es incipiente y fragmentada (31) y la gestión sólo se evidencia en temas muy puntuales de planeación y poco de ejecución concreta.

Conclusiones

La atención primaria en salud ha sido una excusa para promover y recuperar ejercicios de PSS y otras formas de gestión en el campo de la salud. Si bien las experiencias comparadas nacen en contextos sociopolíticos diferentes, presentan similitudes destacables. Entre otros, comparten ciertos valores sociales (salud como derecho, gestión participativa y participación comunitaria), que se suponen permean la operación de actores claves que integran el sistema de salud, tratando de facilitar procesos sociales y políticos de cambio hacia sistemas integrados basados en APS. No obstante, como dice Báscolo, su utilización excluyente puede ser insuficiente para garantizar la efectividad de estrategia de integración con otras organizaciones de salud con mayor complejidad (32).

Esta situación, sumada a los resultados de las políticas de corte asistencial y focalización de la década de los 90, generó un panorama en el que la aplicación de políticas públicas universales se encuentra fragmentada, con grados de desarrollo parciales en términos geográficos y sociales, a menudo incompatibles con criterios elementales de necesidad y equidad (10).

A pesar de ello, o tal vez por ello, es dable resaltar que estas experiencias de participación social y las construcciones colectivas que de ellas se desprenden, deben partir de la construcción de vínculos de confianza y de respeto entre los integrantes institucionales y comunitarios para el desarrollo de un trabajo en red donde la intensidad con la cual circula la información, las propuestas y el trabajo en conjunto desde y entre los actores debe ser horizontal (33).

Para ello, se requiere superar la mirada institucionalizada y vertical, que plantea ejercicios de PSS o de GLI como un conjunto de acciones sistemáticas y similares sin tener en cuenta las particularidades territoriales, comunitarias,

históricas y culturales de las poblaciones a las cuales van dirigidas.

Todos los ejercicios de participación y sus referentes de GLI, las mesas de gestión, son diferentes y dicha heterogeneidad marca el perfil de la misma. No existen recetas de un modelo único a imitar de un país a otro, ni siquiera de una localidad cercana a la otra. Cada uno de los actores marcará y definirá el modo, la forma, la profundidad y la dirección de su participación e impronta dentro de ese ámbito (13).

Agradecimientos

Los autores agradecen a Camila Rincón por la revisión del texto.

Referencias

1. Vega R, Hernández J, Mosquera P. Una explicación desde el contexto y contenido de las políticas de salud al modelo segmentado de atención primaria en salud en Bogotá. *Saude em debate*. 2012;36(34):392-401.
2. Rovere M. *Salud para todos*. Alcahue; 2009.
3. Organización Mundial de la Salud. Conferencia internacional sobre Atención Primaria. (6-12, septiembre, 1978, URSS) Declaración de Alma Ata. [Internet] [Consultado 2018 mar]. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>
4. Menéndez E, Spinelli H. *¿Participación social para qué?*. Buenos Aires; 2006.
5. Fiallo A. *Mobilización, participación y empoderamiento sociales en el campo de la salud*. En: *Foros ciudadanos en salud*, Argentina, 2007.
6. Pagnamento L. *El trabajo de las promotoras de salud municipales y la participación social. Análisis de caso*. VII Jornadas de Sociología de la Universidad Nacional de La Plata “Argentina en el escenario latinoamericano actual: debates desde las ciencias sociales”; 2013.

7. Celedón C, Noé M. Reformas del sector salud y participación social. En: Revista Panamericana de salud pública. 2000;8(1-2):99-104.
8. Medina C. Gestión social integral, nociones y conceptos. www.contraloriarisaralda.gov.co. [Internet] [Consultado 2018 abril] Disponible en: <http://contraloriarisaralda.gov.co/memorias/memorias/Modulo%20IV.pdf>
9. Gallego, G. Perdomo, D. Prado, M. Suárez, P. Gestión social integral. Antecedentes y transformaciones, Alcaldía Mayor de Bogotá; 2011. [Internet] [Consultado 2018 abril]. Disponible en: http://old.integracionsocial.gov.co/anexos/documentos/2011_centro_documentacion/gestion_social_integral_antecedentes_y_transformaciones.pdf
10. Bursztyrn I, Kushnir R, Giovanella L, Stolkner A, Sterman-Heimann L, Riveros M, Sollazzo A. Notas para el estudio de la Atención Primaria en contextos de sistemas de salud fragmentados. Revista de salud pública, 2010;12(1):77-88.
11. Ministerio de Desarrollo Social. Centros integradores comunitarios. [Internet] [Consultado 2018 marzo] Disponible en: <http://www.desarrollosocial.gob.ar/cic/105>
12. Lesino G, Hernández A, Flores S, Ramírez J. Proyecto de centro integrador comunitario en Villa Zagala, Provincia de Buenos Aires. Avances en Energías Renovables y Medio Ambiente. 2007;11.
13. Universidad Nacional de Lanús. Proyecto de capacitación permanente para la gestión de los CIC. Ministerio de Desarrollo Social: Buenos Aires; 2007.
14. Hernández M. El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización. Revista de salud pública, 2000;2(2):121-144.
15. Guerrero R, Gallego A, Becerril V, Vásquez J. Sistema de salud en Colombia. Salud pública de México, 2011;53(supl. 2).
16. Flórez J, Sánchez L. Gobernanza, Organización y Financiamiento para una Red Integrada de Servicios de Salud en el Norte Antioqueño: desde la perspectiva de los actores. 2013. [Tesis de grado]. Universidad CES, 2013.
17. Carrillo J, López L. Participación social en salud en atención primaria: voces de mujeres. Revista gerencia y políticas en salud. Rev. Gerenc. Polit. Salud, 2014;13(26):144-157.
18. Acosta O. Análisis de las políticas de educación, salud y vivienda del nuevo plan de desarrollo de Bogotá. Fundación para la educación superior y el desarrollo, 2005
19. Agudelo C, Cardona J, Ortega J, Robledo R. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. Ciencia & Saude Coletiva, 2011;16(6):2817-2828.
20. Eslava-Schmalbach J, Guarnizo C, Hernández M. Equidad en salud: posiciones e implicaciones. Revista de Salud Pública. 2008;10.
21. Arévalo D. Participación comunitaria y control social en el sistema de salud. Revista de Salud Pública. 2004;6(2):107-139.
22. Alcaldía Mayor de Bogotá. Plan Distrital de Desarrollo Bogotá sin Indiferencia 2004-2008. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá; 2004.
23. Secretaría Distrital de Salud. GSI una experiencia significativa en el desarrollo de Usaquén. [Internet] [Consultado 2018 marzo] Disponible en: http://old.integracionsocial.gov.co/anexos/documentos/_entidad/gsi/1_usaquen_experiencia_resena_gsi.pdf.
24. De Negri Filho A. La construcción de alternativas políticas en pro del derecho integral a

- la salud. Bases conceptuales del ejercicio en la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Investigaciones en seguridad social y salud. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud; 2006.
25. De Negri Filho A. Adoção de uma estratégia promocional da qualidade de vida e saúde: transtorialidade das políticas públicas”. Girotti Sperandio, A. M. O Processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis. Campinas-São Paulo: IPES, Unicamp, OPS/OMS; 2004.
26. Torres M. El reto por desarrollar una salud pública en contraposición a una salud privada. En: Revista Cubana de Salud Pública. 2007;7:33.
27. Secretaría Distrital de Salud. Salud a su hogar: un modelo de atención primaria en salud para garantizar el derecho a la salud en Bogotá. Bogotá: Secretaría Distrital de salud; 2004.
28. Vega R. Enseñanzas de la implementación de la gestión social integral em Bogotá. Presentado em Rio de Janeiro, septiembre 2012.
29. Secretaría Distrital de Salud. Lineamientos Salud a su Casa, Prácticas favorables para la salud de las familias 2011. [Internet] [Consultado 2018 marzo] Disponible en: <http://saludpublicabogota.org/wiki/index>.
30. Castiblanco B. Gestión social integral y participación: espacio de oportunidades para la construcción de la política social en Bosa. [Internet] [Consultado 2018 abril]. Disponible en: <http://www.alames.org/documentos/EJE02-27.pdf>
31. Restrepo O, Vega R. Participación social y comunitaria en Atención Primaria de Salud – APS. Bogotá: para la muestra un botón. En: Revista, Gerencia y Políticas de Salud. 2009;8(16):153-164.
32. Báscolo E. Gobernanza de las organizaciones de salud basados en Atención Primaria en Salud. Revista de salud pública. 2010:12-27.
33. Rovere M, Tamargo M. Redes y coaliciones o cómo ampliar el espacio de lo posible. Buenos Aires: Universidad de San Andrés. 2005.