

Participación Comunitaria en Salud: experiencia del Hospital Iturraspe de la Ciudad de Santa Fe

Autor: Mariano Figueroa

Referencia Institucional: Representante de la Comunidad Hospital Iturraspe

Correo Electrónico: marianoconsejo1@hotmail.com

“En cambio, yo sí puedo enseñarle mis huellas en el camino,
porque si son efímeras, al menos no se confunden con las demás.
Y tras de mostrarlas quiero describirlas,
con jactancia o con amargura, según la reacción
que producen en mis recuerdos, ahora que las evoco,
bajo las barracas del Guaracú¹”.

Resumen

Mucho se ha hablado y mucho se habla de la Participación. Mucho más, tal vez, se habla y se ha hablado de la Participación en Salud. Desde los movimientos políticos que conquistaron el voto secreto y obligatorio hasta los revolucionarios, pasando por las ONGs que pusieron en debate temas que ni el Estado ni el Mercado priorizaban como el feminismo, el ambientalismo, etc. hemos recorrido un largo camino.

La Provincia de Santa Fe, en el año 1991, abrió una posibilidad a la Comunidad integrándola en los Consejos de Administración creados por la Ley 10608.

Con dispar resultado y diferentes experiencias, fueron vividos 20 años que si bien no estamos en condiciones de analizar en su total amplitud, si podemos intentar indagar lo que ha ocurrido en uno de los efectotes, más precisamente en los últimos 7 años.

Este Hospital, fue el primero en poner en práctica la Ley y fue el que más se hizo escuchar en algunos hechos que han tenido trascendencia pública.

1- Introducción

Hospital José Bautista Iturraspe

El Hospital Iturraspe de la ciudad de Santa Fe, lleva el nombre de quien donó los terrenos, fuera Gobernador de la Provincia y fundador de una gran cantidad de pueblos y de ciudades.

Se comenzó a construir el día 20 de Junio de 1896, inaugurándose el 8 de enero de 1911, es decir que acaba de cumplir 100 años. “en el 2011 se cumplieron 100 años de la inauguración de la Casa de Aislamiento, considerado el primer antecedente histórico de lo que actualmente es nuestro Hospital J. B. Iturraspe”².

“Como parte de este dispositivo “higienista”, las medidas de calles y edificios serán reglamentadas con el fin de permitir un “asoleamiento adecuado de la ciudad” (Piva, 1977); se propicia también la provisión de agua potable a las ciudades,; el emplazamiento, en las afueras de las ciudades, de hospitales, cementerios, mataderos e industrias”³.

Un grupo de santafesinos fue el responsable de administrar los fondos con que se construyó. En ese entonces pertenecía a la Municipalidad y se llamaba “**Casa de Asilamiento**”. El 26 de Diciembre de 1912 por Ordenanza Municipal, se le otorga el nombre que conserva hasta la actualidad.

¹ Rivera José Eustasio. “La Vorágine”. Pág.196. Editorial Sol 90. 2001

² Palabras del director del Hospital Iturraspe en el libro Hospital Iturraspe 100 años. Susana Piazzesi Viviana Bolcatto. Editorial UNL 2011 Pág.7

³ Susana Piaseis-Viviana Bolcatto. Hospital Iturraspe 100 años. 2011 Editorial UNL. Pág. 12

A las afueras de lo que era la ciudad, se construyó la Maternidad cuyo frente intacto, aún se conserva. Eran tiempos en que las clases altas, donaban los terrenos y realizaban campañas a través de las damas de beneficencia para recolectar los fondos necesarios para su construcción. Aún hoy, el Hospital Cullen cuenta con un grupo que emula aquellas Damas y que participa del Gobierno del Hospital.

A pocos metros, y con otra concepción, se construyó el “Hospital Italiano de Santa Fe y las Colonias”. Fue una mutual creada por los inmigrantes italianos, la que llevó a cabo semejante obra. A la fecha, estas instalaciones están siendo utilizadas por oficinas del Gobierno Provincial. Puede notarse en este hecho, lo que investigó Robert Putnam en la localidad de Rosetto de EEUU. Tal vez aquí haya una pequeña muestra de lo que el Capital Social puede hacer, y lo que se pierde cuando se debilita este mismo capital.

En 1935 se construye la Maternidad, cuyo frente se conserva



A partir de 1942 “el Iturraspe” recibe la colaboración y asistencia continua de la Comunidad Religiosa de la Congregación de la Virgen Niña. Es por esto que aún hoy, tenemos una capilla de dicha virgen en el 3º piso del edificio primitivo, así como una habitación que utiliza la Iglesia Católica y que destina el cura Párroco para la contención espiritual de los enfermos y sus quehaceres.

Es interesante observar “el Convenio” (firmado el 30 de Junio de 1949) de Coordinación de los servicios médico asistenciales que prestaban la Asistencia Pública y el Hospital de Caridad (como se lo llamaba por ese entonces). Celebrado entre el Superior Gobierno de la Provincia, Representado por el Ministro de Salud Pública y Bienestar Social Dr. Roberto Lavagna y la Sociedad de Beneficencia del Hospital de Caridad... ésta cede el uso del local de internación de menores madres al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social...con el propósito de dotar al Municipio de una más eficiente organización en la prestación de los servicios mencionados y los primeros auxilios que se resienten en perjuicio del público por la falta de centralización y locales adecuados a las exigencias propias del mayor aumento de la población”... Esta acta nos muestra:

1º que hasta mediados del siglo pasado, nuestro Hospital era denominado de Caridad.

2º que la Sociedad de Beneficencia era la responsable de este “Hospital de Caridad”.

3º Este convenio parecería el primer intento del flamante Ministerio de Salud, de comenzar a establecer una centralización de la política de Salud

4º Esta Sociedad de beneficencia mantendrá su importancia, llegando –luego de transformarse en Cooperadora- no solo a tener un miembro en el Consejo de Administración, sino a definir el destino de los fondos que recauda y hasta elegir a quién explota comercialmente el Bar o bufett como su Representante en el Gobierno del Hospital.

La trama urbana se va extendiendo hacia el Norte y va rodeando al Hospital.

El 1º de Noviembre de 1985 tiene lugar la inauguración del Nuevo Hospital de 250 camas, distribuidas en los servicios de: Clínica Médica, Pediatría, Clínica Quirúrgica, Otorrinolaringología,

Urología, Maternidad y Ginecología. En ese entonces el Área Programática tenía 7 Centros Comunitarios con 16 Agentes Comunitarios y un Supervisor Intermedio. 523 agentes en total y 190 Profesionales.

Año tras año, en el Hospital se fueron agregando sectores y servicios, siendo hoy, la Maternidad más importante del Gobierno Provincial, con 3600 partos al año.

Actualmente es un Hospital Descentralizado, es decir que atiende pacientes indigentes (sin cobertura) y pacientes que cuentan con Obra Social: facturando el servicio prestado a la seguridad social.

A partir de la aprobación de la ley 10608 en el año '91, la Administración del Hospital fue ejercida por el Consejo de Administración. Al frente del área programática se desempeñaba el Subdirector; él se ocupaba de los centros de Atención Primaria que contaba con 18 Centros. El horario de los mismos es de 8 a 18 hs. Allí se realiza un rastreo epidemiológico, salud reproductiva, campañas de vacunación y control de las embarazadas. La actual gestión ha construido un colectivo de gestión cambiando la distribución de los mismos y la concepción con que se conducían, de todas maneras aún son las mismas Vecinales correspondientes a la anterior área programática, las que eligen al Representante de la Comunidad.

El Hospital fue nominado por la OPS (Organización Panamericana de la Salud), "Hospital Amigo de la madre y del niño".

Está enclavado en la zona centro – norte de la Provincia, rodeado de importantes vías de circulación y acceso urbanas: Boulevard Pellegrini al norte, que comunica con las rutas 168 a Paraná y la N° 1 a Rincón y Arroyo Leyes (ambas localidades de lo que fuera el área programática) como así también a Helvecia y San Javier. A su vez se encuentra entre la Avenida Freyre y la calle Presidente Perón al este, que se comunican con la Autopista a Rosario y la Ruta N° 11 que lleva al norte de la Provincia.

Es una ubicación estratégica, ya que está enclavado en el borde Oeste que fuera castigado por la inundación del 2003 (30% de la ciudad bajo las aguas del Río Salado). Además las calles –tanto frontal como lateral oeste- son arterias cuyas continuaciones son rutas nacionales: Ruta 11 al norte y ruta 168 al Este. La primera comunica con la autopista Rosario Santa Fe hace el Sur y con las localidades del norte provincial hacia el norte. Con respecto a la 168, comunica con Paraná al Este y con las localidades de la costa al Norte.

Ha sido durante muchísimos años, "la maternidad", pero con el tiempo se fueron incorporando servicios lo que lo llevaron a constituirse en un Hospital de Agudos de nivel 7, según la clasificación Provincial.

Cuenta hoy con **286** camas de internación y **1500** trabajadores entre Profesionales, Enfermeros y Personal de Servicio.

Las camas están distribuidas de la siguiente manera:

- Cirugía General (Clínica Quirúrgica; Plástica reconstructiva, oftalmología, urología, masilo facial, Otorrinolaringología y Traumatología) **34 camas.**
- Clínica Médica (Endocrinología, reumatología, oncohematología) **36 camas.**
- Ginecología **30 camas.**
- Obstetricia (36 camas, 8 de pre-parto y 4 posparto) **48 camas y sus cunas correspondientes.**
- UTI **7 camas.**
- Neonatología **34 camas.**
 1. Terapia Intensiva 10
 2. Cuidados Intermedios 12
 3. Cuidados Mínimos 12
 4. Recuperación Recién Nacido e Incubadoras de transporte 6
- Pediatría **30 camas.**
- Oncología **22 camas.**
- Guardia **3 camas**

La partida Ministerial de funcionamiento mensual a Mayo del 2011 es de 1.400.000\$ y la recaudación por obras sociales es de 508.556,28\$ para el primer trimestre del 2011, aquí van sumados los cobros a IAPOS (Obra Social Provincial) PAMI (Jubilados Nacional) etc. En estos primeros tres meses tuvimos una facturación cercana al 25% de la partida.

2- Antecedentes y/o Marco Teórico

Algunas anotaciones

Entre 1820 y 1840 un médico escocés William Alison y un médico francés Louis René Villermé hallaron relaciones causales entre pobreza y enfermedad. Este último comprobó, además, que las duras condiciones de vida y labor que padecían los obreros textiles causaban su muerte prematura. En la Alemania de 1848 - bajo un clima de revolución política en Europa - se produjo un movimiento de reforma de la medicina que, entendiéndola como una ciencia social, proclamó la convicción de que **la salud del pueblo era algo que concernía a todos**, no sólo a los médicos y que, por tanto, era deber del Estado asegurarla. Uno de los más radicales adherentes a este credo fue el patólogo prusiano Rudolf Virchow, médico y activista político. Al evaluar una epidemia de fiebre tifoidea ocurrida en 1847, la atribuyó fundamentalmente a factores socioeconómicos y, por tanto, desahució la utilidad del tratamiento médico. Considerando al problema tanto social como biológico, propuso entonces reformas amplias y profundas para asegurar libertad, seguridad y prosperidad para todos. Afirmó que en la democracia todos tenían igual derecho al bienestar y que las condiciones para que éste se diera, eran la salud y la educación, las que el Estado tenía el deber de mantener y promover.

"De las reflexiones de Virchow se derivaron tres premisas: (1) que **la salud pública concierne a toda la sociedad** y que **el Estado está obligado a velar por ella**; (2) que las condiciones sociales y económicas tienen un efecto importante en la salud y en la enfermedad y que esas relaciones deben someterse a la investigación científica, y (3) que, en consecuencia, deben adoptarse medidas tanto sociales como médicas para promover la salud y combatir la enfermedad. Tales planteos no fueron tenidos en cuenta por esos tiempos"⁴.

En 1945 Henry Sigerist –catedrático de la Universidad de Johns Hopkins - sostuvo que "la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso". Aclaró que, más que depender de la asistencia médica, la salud del pueblo estaba cifrada en el disfrute de dichas condiciones y llamó "promoción de la salud" a la tarea de lograr el acceso de la gente a ellas. La consideró la misión primordial de la medicina. La segunda en importancia debía ser la prevención. Y la curación - restauración y rehabilitación - tenía que ser la última, pues había que recurrir a ella sólo en caso de que la prevención fallara. Abogó porque la promoción fuera realizada por **coordinación de esfuerzos de médicos, educadores, políticos, industriales y obreros**. Proposiciones que tampoco hallaron eco entonces.

En 1974 el economista canadiense Lalonde define los cuatro campos de la salud y el epidemiólogo Evans de la misma nacionalidad le pone números: el sistema sanitario contribuye a la disminución de la morbimortalidad, según su opinión, en un 11%, el medio ambiente en un 19%, los hábitos de vida en un **43%** y el resto 27%, es biológico o genético. Según un estudio realizado en EEUU el 90% de los recursos van dirigidos al sistema sanitario y el 1,5 a modificar los hábitos de vida y consumo ¿Qué hubiera dicho Virchow de estos números? Este planteo tiene un gran peso en Alma Ata, adonde seriamente se comienza a hablar de participación de la comunidad.

En la "Declaración de Alma-Ata" en tiempos de la Unión Soviética, hicieron esta rotunda afirmación: **"El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención en salud"**. Para lograr la vigencia de este enunciado principista formularon una política caracterizada por la consigna "Salud para Todos en el Año 2.000". Como estrategia clave de ella señalaron a la **"Atención Primaria en Salud"**,

⁴ Luis Ramiro Beltrán S. Consejero Regional para América Latina Centro para Programas de Comunicación Universidad Johns Hopkins. Exposición Inaugural en la Tercera Conferencia Brasileña de Comunicación y Salud Adamantina, S.P., Brasil, Noviembre 6 – 8, 2000

consistente de la **prestación a toda la gente de un conjunto de servicios indispensables para su salud, con intervención activa de la comunidad en su conducción y en vinculación cooperativa con otros sectores.**

Alma Ata en el punto V de sus recomendaciones estableció:

Se “requiere y promueve un auto desarrollo comunitario e individual al máximo posible, con **participación en la planificación, organización, desarrollo y control de la atención primaria sanitaria**, haciendo un uso más completo de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles; y para finalizar, desarrolla, a través de una formación apropiada, la habilidad de las comunidades para participar”⁵.

Este planteo, deja abierta la duda acerca de si la Atención Primaria es solamente la “puerta de entrada al sistema de salud” o la “Atención mínima” o “la salud en el barrio”... de ser así, el modelo brasilero es el adecuado: formación de Consejos de Salud barriales para la participación.

Ya a fines de la década de los sesenta, comienza a surgir un planteo de transformación de la sociedad, en el cual la salud, es un componente decisivo. Justamente por estos años, Eduardo Luis Menéndez publica “El Modelo Médico y la Salud de los trabajadores”. Allí escribe: “Así, el Sector Salud (SS) suele tener una concepción negativa sobre algunas actitudes de los conjuntos sociales, dado que por ejemplo considera que los mismos no sólo no tienen ni suelen utilizar acciones preventivas, sino que son reacios a las mismas, lo cual está basado en presupuestos ideológicos y en los criterios de prevención utilizados por el Sistema Sanitario (SS). Éste también tiene una concepción de la población como pasiva, pero ocurre que cuando este Sector aplica acciones de participación social, se caracterizan por su verticalismo, autoritarismo y asimetría, ya que quien convoca, establece las reglas y da las orientaciones es el SS. Por lo cual la biomedicina se queja de la pasividad de los grupos sociales, y simultáneamente impulsa un tipo de participación que favorece dicha pasividad”⁶.

“La mayoría de los países concuerdan en que la comunidad debe desempeñar una función activa en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades de salud. Sin embargo, la mayor parte del personal de salud considera que la participación comunitaria es un medio de conseguir cooperación y recursos adicionales”⁷.

Por esos años Ivan Illich define a la Salud de la siguiente manera: “La salud designa un proceso de adaptación. No es el resultado del instinto sino de una reacción autónoma moldeada culturalmente. Designa la capacidad de adaptarse a ambientes cambiantes, de crecer, madurar y envejecer, de curarse cuando está uno lesionado, sufrir y esperar pacíficamente la muerte. La salud abarca también lo futuro y por tanto comprende la angustia y los recursos internos para vivir con ella... El nivel de salud pública corresponde al grado en que se distribuyen en la población total los medios y la responsabilidad para enfrentarse a la enfermedad. Esa capacidad de enfrentamiento puede aumentarse pero nunca ser reemplazada por la intervención médica ni por las características higiénicas del ambiente. La sociedad que pueda reducir al mínimo la intervención profesional proporcionará las mejores condiciones para la salud. Cuanto mayor sea el potencial de adaptación autónoma a uno mismo, a los demás y al ambiente, menos se necesitará ni se tolerará el manejo de la adaptación”⁸.

También Susana Belmartino y Carlos Bloch expresaban en un documento vigente aún: “Una de las opciones posibles para poner a las mayorías en condiciones de plantear algunos límites a la enorme concentración de poder en manos de minorías empresarias y tecnocráticas, es el

⁵ Declaración de Alma Ata. “Salud para Todos” OMS 1978

⁶ Eduardo Luis Menéndez. El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. Salud Colectiva, La Plata, 1(1): 9-32, Enero-Abril, 2005. Pág. 28

⁷ Ismael Ferrer Herrera, Tania Borroto Zaldivar, María E. Sánchez Cartaya y Jorge Álvarez Vázquez. “La participación de la comunidad en Salud”. Revista Cubana de Medicina General e Integral. Ciudad de La Habana jun. 2001 (SciELO)

⁸ Ivan Illich. Némesis Médica. La expropiación de la salud. Editorial Joaquín Mortiz/México. Primera edición en español, junio de 1978. Pág. 364-5.

desarrollo de nuevos mecanismos de expresión para los amplios sectores de la población que no pertenecen a grandes corporaciones, no transitan por los corredores de los organismos estatales, no tienen voz en el gobierno de los sindicatos ni influencia en las manifestaciones de la Curia, ni se sienten totalmente representados por las figuras que se expresan en el Parlamento. Uno de tales mecanismos podrá ser el llamado a la participación popular en el terreno político, más allá de las formas de representación propias de la democracia formal". Algo orientado hacia el planteo de Cohen y Arato en el que la Sociedad Civil se diferencia del Mercado y el Estado.

Y en otro párrafo definían: "En ese proceso de participación se definirán grupos de interés, que pugnarán por cambiar o mantener las relaciones de poder vigentes en el sistema.

No podrá pensarse, por consiguiente, en una participación integradora – destinada a compatibilizar concepciones diferentes pero no necesariamente antagónicas –, por el contrario la participación que se plantee para definir este aspecto del poder en salud será necesariamente conflictiva"⁹.

Luego vendrá la Carta de Ottawa en 1986, mucho más clara en el tópico de la participación: "**la fuerza motriz de la promoción debe ser la participación comunitaria en la toma de decisiones para la planificación y para la acción...**poner en vigor la política de promoción de la salud requeriría combinar factores diversos pero complementarios como legislación, medidas fiscales, sistema tributario y cambios de organización. Y atribuyó a la comunicación una importancia decisiva para su ejecución.

"El Ministro de Salud de Canadá, Jake Epp, propuso a la Conferencia de Ottawa un marco conceptual y operativo para la promoción. Propuso tres mecanismos operativos: habilitar a los individuos para el auto cuidado de su salud, fomentar la ayuda mutua y propiciar la conformación de ambientes saludables. Y recomendó las siguientes estrategias de ejecución: **favorecer la participación de la población**, fortalecer los servicios de salud comunitarios y coordinar las políticas del sector público de modo que todas contribuyan al logro de la salud universal.

Textualmente la Carta de Ottawa expresó en 1986: "La promoción de la salud radica en la **participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud**. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos"¹⁰.

¿Y ahora que?

¿Qué ha pasado desde entonces? Una respuesta del destacado salubrista, Javier Torres Goitia, ex-Ministro de Salud de Bolivia y presidente de la Unión Internacional de Médicos Parlamentarios, es descorazonadora: "Las burocracias oficiales ni debatieron ni asimilaron los fundamentales cambios conceptuales que se plantearon en Alma-Ata. Muy pragmáticamente se limitaron a desarrollar el primer nivel de atención interpretándolo como sinónimo de Atención Primaria. Simplemente malinterpretaron sus conclusiones y decidieron "**hacer participar a la comunidad**" como una estrategia más incorporada a la rutina de sus **servicios que se mantuvieron elitistas, autoritarios y biologicistas**".

En el encuentro Buenos Aires 30-15 del 17 de agosto del 2007 se ratifica en su 3er. Punto que: "La salud se encuentra condicionada por diversos y dinámicos determinantes sociales, económicos, culturales y ambientales. La responsabilidad por su cuidado es de todos y el rol de los servicios de salud basados en la estrategia de atención primaria es clave, **incluyendo la**

⁹ Belmartino Susana-Bloch Carlos. Reflexiones sobre participación popular en Salud en Argentina. Revista del Centro de Estudios Sanitarios y Sociales.

¹⁰ Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. OMS 1986

comunidad. Esto implica la necesidad de políticas de Estado y **compromiso desde todos los sectores...**¹¹.

En el punto 14: “El cuidado de la salud basado en la equidad es un factor clave de desarrollo y puede estimular los enfoques equitativos en otros sectores. Esto requiere **fuertes políticas públicas que incluyan a todos los actores sociales**”.

Punto 17: Es necesario que “tengan en cuenta el papel protagónico y rector del Estado, y la **participación de las familias, comunidades y demás actores en la orientación, planificación y cuando correspondiere, en la implementación y sustentación de las políticas y acciones en salud, en forma integral e intersectorial**”.

También advirtieron que “a casi 30 años de Alma Ata, la situación de salud de gran parte de la humanidad es deplorable y no goza de una atención de salud integral, equitativa o ni siquiera básica”.

Todas estas declaraciones internacionales se firmaron con escasa o nula participación comunitaria si pensamos en lo que sostienen Cohen y Arato.

Es bastante claro que la participación de la comunidad en salud, es un tema “de moda”: si hasta el Banco Mundial y el FMI intentaron desviar recursos hacia las ONGs con la intención explícita de garantizar la transparencia y que el dinero llegara a los más necesitados, pero también la intención implícita de impedir la función rectora del Estado.

En el año 1991, con el auge de la ola neoliberal y los lineamientos del Banco Mundial y el FMI, se aprueba, en la Provincia de Santa Fe, la ley 10608 que instaura los Consejos de Administración en los Hospitales. A partir de esa fecha Vecinales, ONG del área programática, eligieron a un Representante de la Comunidad. Los Trabajadores no Profesionales al suyo al igual que los Médicos y Profesionales otro, la Cooperadora otro más y el Poder Ejecutivo designó al Director y al Presidente.

Si bien en absoluta minoría, un Representante de la Comunidad entre seis integrantes, se comienza a realizar una experiencia de contacto con el Sistema Sanitario y se introduce en la “tecnoburocracia cerrada hospitalaria” una voz diferente en una reforma que tenía mucho más que ver con el objetivo de aislar aún más a los Hospitales. Cabe aclarar que la intención de la aprobación de dicha ley, mal llamada de “descentralización” y que realmente fue de “desentendimiento”, fue del “sálvese quien pueda” ya que ante la fragmentación que existía y que existe, se llevó a los Hospitales a encerrarse en sí mismos.

El Dr. Mario Rovere expresó recientemente en el encuentro de Carta Abierta 2010: “En primer lugar, (el nuestro) es un sistema de salud fragmentado, absolutamente fragmentado y en vías de fragmentación. No es un sector que se fragmentó, sino que se sigue subdividiendo al interior de sí mismo. Esto, obviamente, es absolutamente funcional a la lógica del mercado, porque si hay algo que los mercados quieren es que no haya organización de compradores ni de proveedores ni de nada, que haya solo individuos en el otro extremo de la organización. Solo los productores se organizan, la población debe seguir desorganizada. Este es un buen principio para tener mercados “sanos”¹².

El primer Hospital en poner en práctica la ley “de descentralización” fue el Iturraspe en el año 1991. Así se inicia un camino que en el año 2005 llevó a esas Vecinales, ONGs, Asociaciones por patologías, Iglesias etc. de su área programática, a conformar el **Consejo de la Comunidad**. Es de destacar que Desde allí se comenzó a transitar un sendero, que está en una etapa de desarrollo: dos “Encuentros de la Comunidad del Hospital, ampliándolos luego y realizando tres aunando criterios con el resto de los Representantes, primero de la ciudad y actualmente de toda la Provincia.

¹¹ “Buenos Aires 30/15: De Alma Ata a la Declaración del Milenio” Buenos Aires 17 de Agosto 2007. “Hacia una estrategia de salud para la equidad, basada en la atención primaria”.

¹² Dr. Mario Rovere. Foro de Salud en Carta Abierta. 23 de Mayo de 2010

La creación del Consejo de la Comunidad en el Hospital Iturraspe conjuntamente con el impulso a los Foros barriales en los Centros de Salud, la confección de una bandera **más salud sin tabaco** que fue desplegada a lo largo del Puente Colgante de la ciudad de Santa Fe, la realización de una bicicleteada “cambio de hábitos”, la donación de los Mormones de 9000 U\$S para el quirófano del Hospital, la actuación del octeto de trombones de Colombia en Pediatría y el recorrido por todo el Hospital con ritmos latinoamericanos, los Payasos de Milán también en Pediatría, la conformación de una red de Representantes de la Comunidad a nivel local, el intento de construcción de una red de todas las ONGs, Vecinales, Parroquias, Asociaciones por Patología de la ciudad en el Consejo de Organizaciones de la Comunidad santafesina. Todos intentos que apuntan en una misma dirección: reivindicar y promover el rol protagónico que debe cumplir la comunidad en la promoción del derecho a la salud. Cuatro Encuentros de la Comunidad auspiciados por OPS y UNICEF: con Helena Restrepo en el 2008, con la Dra. en Ciencia Política brasileña María Eliana Labra en el 2009 (que estudió el proceso participativo del país hermano) y, por último, la visita del Antropólogo Argentino exiliado en México desde el '76 Eduardo Luis Menéndez en el 2010, marcan un rumbo definido. Este año ha comprometido su asistencia Nuria Cunill Grau de Venezuela. Lo concreto es que es un intento desde la Comunidad que no ha contado con el apoyo ni la presencia de ninguno de los Ministros de Salud de éstos cinco años, a pesar de haberlos invitados con suficiente anticipación.

Una gestión de servicios y sistemas de salud debe incorporar la participación. Ahora, la pregunta es cómo, de qué manera, hasta que punto... Es aquí donde nos queremos detener para observar una experiencia y abordar su discusión. Pude ser que lo realizado y un análisis crítico, pueda servir de base para otros colectivos.

Ha habido experiencias en las que se intenta “copiar” o imitar lo hecho en otras latitudes. También hay intentos de aplicar recetas promovidas por Organismos Internacionales: nosotros pensamos que “se debe adaptar el añillo al dedo y no el dedo al anillo”, es decir que cada experiencia debe ser promovida e impulsada, siempre que aporte a la conquista del Derecho a la Salud. Daría la sensación que hay una preocupación por “encontrar” el modelo aplicable en todas las latitudes y que solo cuando se logran cambios evidentes, algunos organismos le prestan atención.

En un tiempo de anomia e individualismo, todo intento de agrupar, todo nuevo canal de participación y el respeto por las organizaciones que la Sociedad genera en defensa de sus intereses, así como la conformación de redes de solidaridad y compromiso, indudablemente pueden aportar con más miradas hacia la salud de todos.

De aquí nuestra intención de indagar la opinión de los Referentes y ONGs acerca de esta experiencia llevada adelante. “La reflexión crítica sobre la práctica se torna una exigencia de la relación Teoría/Práctica sin la cual la teoría puede convertirse en palabrería y la práctica en activismo”¹³.

Si bien es cierto que a nivel de los Centros de Salud se puede canalizar la participación “del barrio” también lo es que dicha participación tiene poco contacto con la definición de la línea política. La visión se circunscribe, “al barrio” a la problemática de dicho Centro de Salud: ¿Qué espacio tendrán allí los nuevos movimientos sociales: ecologistas, movimientos de mujeres, de gay y lesbianas, etc.? Asimismo una mirada externa a los hospitales, aparece como atractiva, y es lo que intentaremos analizar de la experiencia llevada adelante en el Iturraspe. Tan es así que tanto UNICEF como el Senador Nacional Socialista Giustigniani, propugnan figuras de estas características. Fue la propia UNICEF la que invitó al Representante de la Comunidad del Hospital Iturraspe a una mesa “de expertos” en mortalidad materna luego de su participación en los hechos conocidos como el caso “Ana María Acevedo”: la muerte de una joven de condición humilde madre de tres niños que cursaba un cáncer de maxilar superior y un embarazo. Había pedido el aborto para salvar su vida, el cual no se le realizó por razones religiosas, éticas y murió horas después del bebé, que había sido “extraído” por cesárea en la semana 24.

¹³ Paulo Freire. Pedagogía de la Autonomía. Editorial Siglo XXI 2ª edición argentina revisada 2008. Pág. 24

El cambio de perfil epidemiológico, con una mayor incidencia en las muertes por cáncer, accidentes, homicidios y suicidios, amerita un debate sobre la nueva organización que se debería promover para encarar estos nuevos tiempos. OPS/ OMS a través de su iniciativa de “Municipios Saludables” prioriza la movilización de la comunidad ¿hasta que punto la comunidad está tomando parte? Es en éste sentido que nos parece interesante abordar esta discusión en profundidad, no para zanjarla definitivamente, sino para “abrir nuevos caminos”.

Tal vez Brasil, sea un paradigma en este sentido, con la creación de los Consejos de Salud y la gran movilización que esto ha generado. Esta inquietud nos ha llevado hasta el país hermano. Allí visitamos a la Dra. en Ciencia Política María Eliana Labra, quien ha estudiado la experiencia de Participación de la Comunidad en el Sistema Único de Salud. Con ella hemos compartido varios días de discusión y visitas a referentes que participan en dichos ámbitos. Ella vino luego a Santa Fe, abriendo uno de los Encuentros de la Comunidad. Ya el padre del Sistema Único de Salud Arouca proponía la Reforma de la Reforma cuando había transcurrido un tiempo de su puesta en práctica. Hoy ya son más las voces que se levantan, llamando la atención acerca de la necesidad de profundizar el cambio iniciado, lo cual afianza la convicción de que no hay una única alternativa.

Situación actual: Globalización y Salud

“El capitalismo global está mucho más centrado en ampliar el dominio de las relaciones de mercado que, por citar un ejemplo, en el establecimiento de la democracia, en la expansión de la educación primaria o en mejorar las oportunidades sociales de los menos favorecidos de la sociedad. Puesto que la globalización de los mercados constituye en sí misma un enfoque muy inadecuado con miras a la prosperidad mundial, resulta necesario ir más allá de las prioridades que encuentran su expresión en el foco elegido del capitalismo global. Como lo ha señalado George Soros, los intereses comerciales internacionales suelen tener una marcada preferencia por trabajar en autocracias ordenadas y con un elevado nivel de organización más que en democracias activistas y menos reglamentadas, lo cual puede ejercer una influencia regresiva en el desarrollo equitativo. Además, las empresas multinacionales pueden ejercer su influencia en las prioridades del gasto público en países menos seguros del tercer mundo, dando preferencia a la seguridad y conveniencia de las clases gerenciales y de los trabajadores privilegiados, en detrimento de la eliminación del analfabetismo difundido, la privación en atención médica y otras adversidades que afectan a los pobres”¹⁴.

Hoy hay un efecto hegemónico centrífugo: son los “mercados”, los intereses económicos, solo preocupados por la ganancia. Es la tendencia de una globalización sin rostro humano. En un momento se llegó a hablar de “libanización” de las sociedades. Es la fragmentación que

¹⁴ Amartya Sen Premio Nóbel de Economía 1998 Primero la Gente “Una mirada desde la ética del desarrollo a los principales problemas del mundo globalizado. Ediciones Deusto 2007 Pág. 23

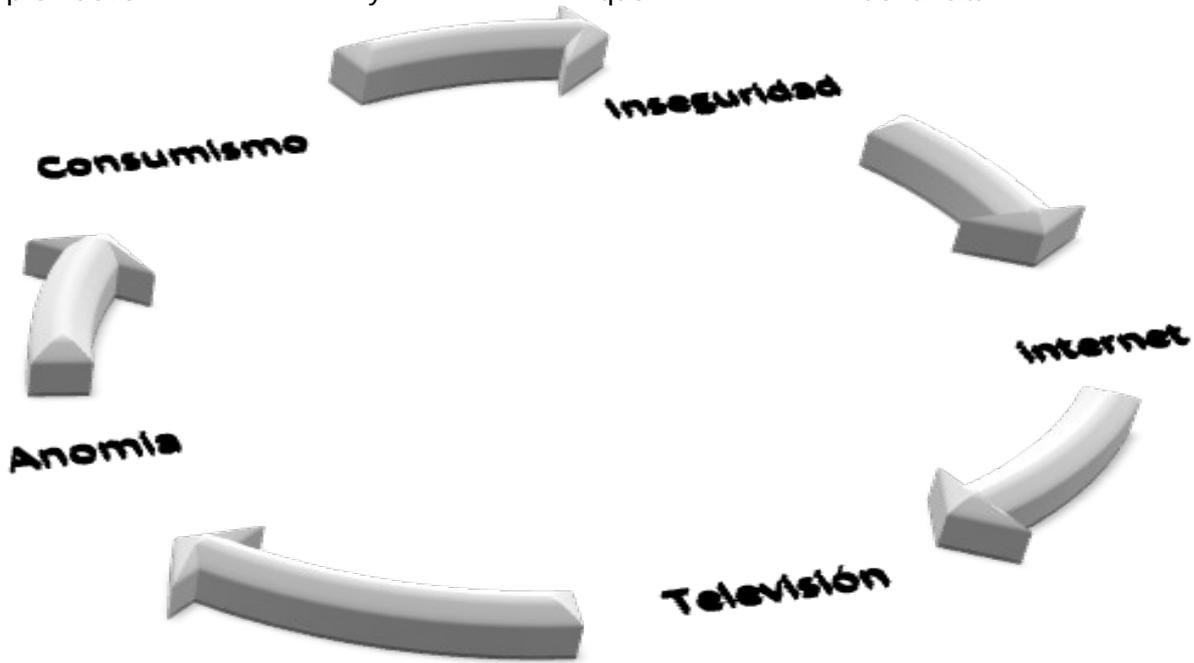
promueven

y

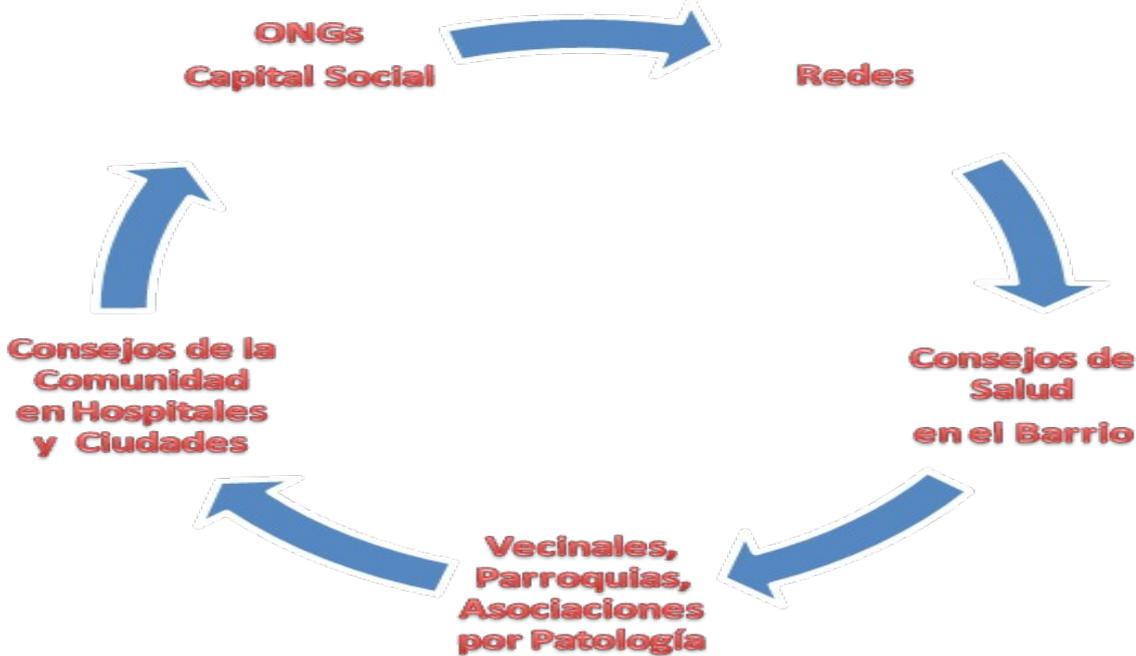
que

denuncia

Rovere.

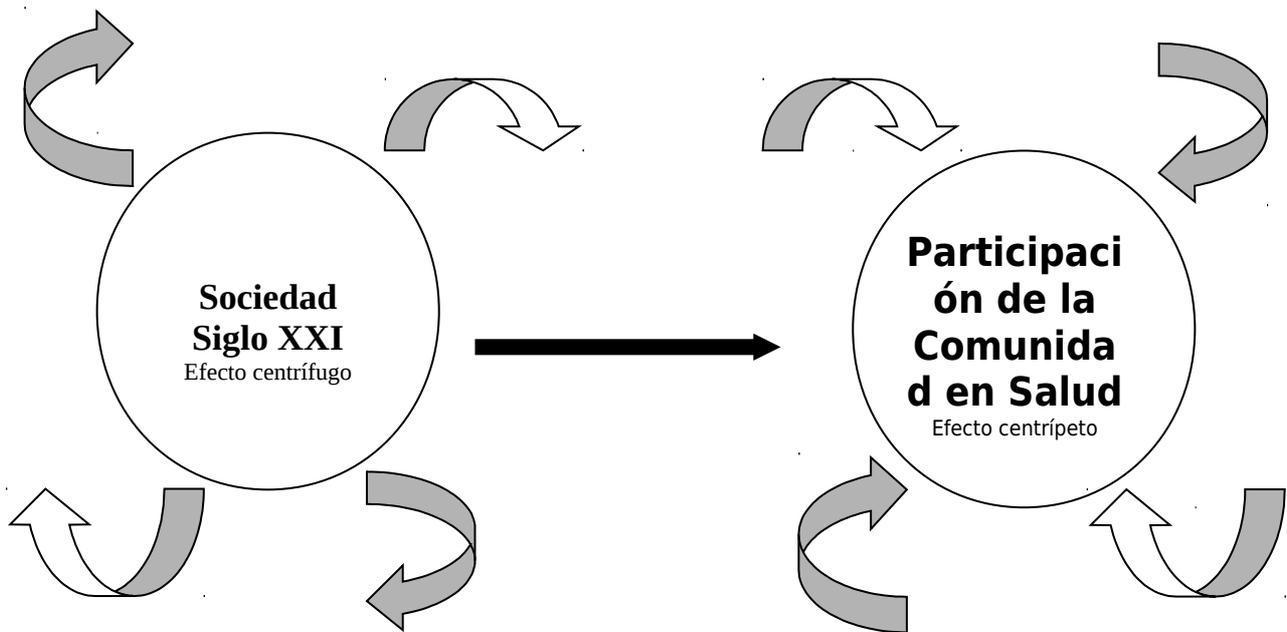


También hay una posibilidad contra hegemónica centrípeta: promover la solidaridad, gestar nuevos espacios de encuentro, nuevos canales de participación. Respetar las formas de organización que la sociedad se fue dando en defensa de sus intereses. Canalizar acciones conjuntas, que trasciendan una gestión ministerial. Un Representante de la Comunidad con definidas responsabilidades puede ser un puente. El Derecho a la Salud, el objetivo.

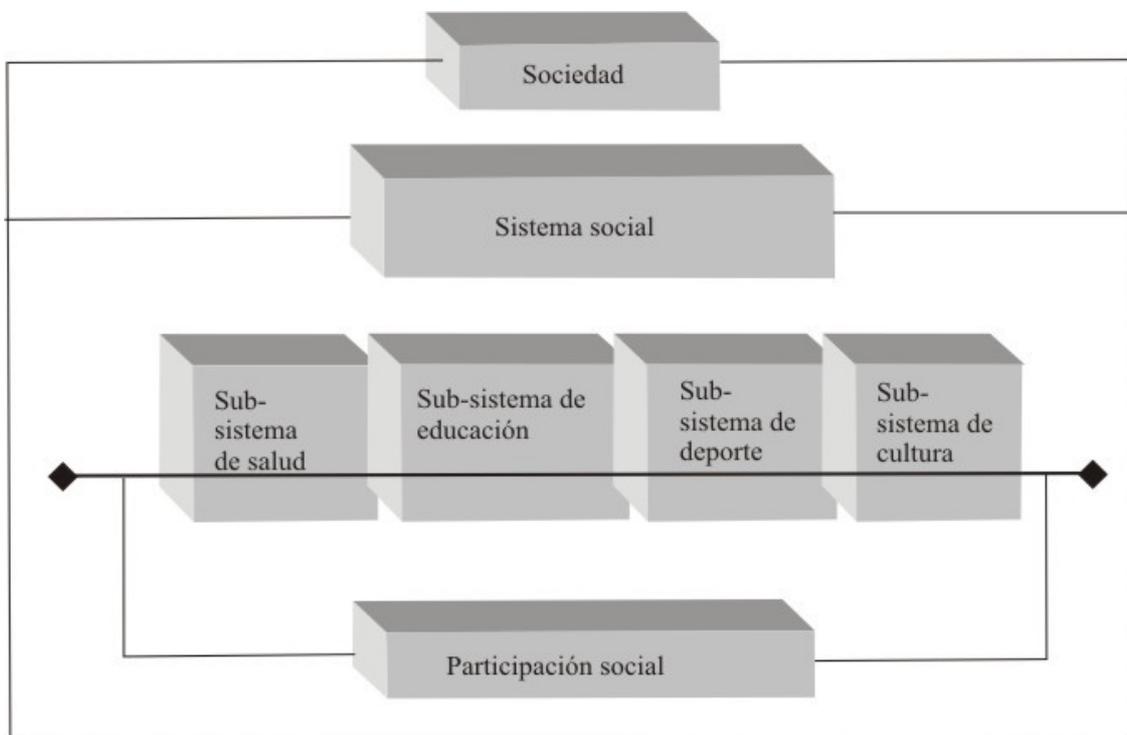


Capital

Social, Sociedad Civil, Redes, Municipios Saludables, Método Paideia (Gastao Wagner)... etc. Todos salutogénicos... "van en tu mismo sentido". como decía una propaganda de una Zapatilla. El sentido sería el siguiente:



Giselda Sanabria Ramos de la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba, en su artículo Participación social en el campo de la Salud aprobado el 27 de Febrero del 2004, expresa que: "Tal y como se plantea el concepto de salud como producto social, la participación social es un elemento fundamental para la solución de los problemas de salud, de manera que se aplica y necesita para acciones inherentes al propio sector salud, pero al mismo tiempo lo trasciende y compromete a toda la sociedad"¹⁵. Ella lo grafica de la siguiente manera:



Rovere habla de redes, y este es el esfuerzo que se ha intentado en todos estos años. Gestar nuevos canales de participación, que se conforme una red de organizaciones, una red de

¹⁵ SANABRIA RAMOS, Giselda. Participación social en el campo de la salud. *Rev Cubana Salud Pública* [online]. 2004, vol.30, n.3, pp. 0-0. ISSN 0864-3466. última fecha de consulta 12 de mayo de 2011

contención, que a partir de la problemática del Hospital, genere una identidad nueva: el Consejo de la Comunidad del Hospital Iturraspe y que, en conjunto con el resto de los Representantes de los distintos Hospitales de la ciudad, ha creado el Consejo de Organizaciones de la Comunidad Santafesina al cual han solicitado integrarse el resto de Representantes de la Provincia.

“Las redes sociales son el ámbito por excelencia de la interacción humana; sin embargo, varios siglos de concepciones totalitarias y excluyentes fosilizaron buena parte de nuestras relaciones”¹⁶.

“Existe amplia videncia de que una red social personal estable, sensible, activa y confiable es salutogénica, es decir, protege a la persona de las enfermedades, acelera los procesos de curación y aumenta la sobrevivencia... las relaciones sociales contribuyen a dar sentido a la vida de sus miembros, es decir, favorecen la organización de la identidad a través de los ojos(y las acciones) de los otros, de lo que deriva la experiencia de que “estamos ahí para alguien” o “sirviendo para algo”, lo que a su vez otorga sentido a las prácticas de cuidados de salud, y en última instancia, a seguir viviendo”¹⁷.

El matrimonio norteamericano Cohen y Arato, en una obra interesantísima, plantean la importancia que han tenido las organizaciones de la Sociedad Civil en los cambios acaecidos en el siglo pasado: feminismo, movimiento contra la esclavitud, ecologistas, movimientos que promovieron la caída del régimen comunista como Solidaridad en Polonia, el de homosexuales gay's y lesbianas, etc. Todos temas que no interesaban al Estado ni al mercado. En una sociedad que ellos consideran dividida en Estado, Mercado y Sociedad Civil. Una alianza entre el Estado y la Sociedad Civil, puede promover algunos límites y orientar al mercado, justamente en el sentido contrario del elegido por el menemismo en los '90, cuando una alianza entre el Estado y el Mercado, nos llevó a la crisis del 2001 a los argentinos. ¿Fueron solo los Estados los que acordaron en Alma Ata? ¿No podríamos pensar en emular en Salud lo hecho por la Sociedad Civil en Porto Alegre?...

“Nuestra tesis central es que la democracia puede ir mucho más allá en el nivel de la sociedad civil que en el nivel de la sociedad política o económica. Porque aquí el mecanismo coordinador de la interacción comunicativa tiene prioridad fundamental... el funcionamiento de las asociaciones societales, la comunicación pública, las instituciones culturales y las familias permite grados potencialmente altos de participación directa, igualitaria y de toma de decisiones colegiada –mayor de la que es posible para los partidos políticos o los sindicatos, por ejemplo-.”¹⁸

Capital Social

En el capítulo 20 de su libro *Capital Social e Individualismo: Salute y felicità*, Robert Putnam expresa textualmente: “in nessuno ambiti, la implicazione del capitale sociale, l'importanza dell'interazione sociale è consolidata come nel caso della salute e del benessere. Gli studi scientifici sugli effetti della coesione sociale sullo stato di salute fisico e mentale possono essere fatti risalire alla fondamentale opera sul suicidio di Emile Durkheim. Egli scopri che l'autodistruzione non è soltanto una tragedia individuale ma una conseguenza sociologicamente prevedibile in base al grado di integrazione nella società – più raro tra le persone sposate, nelle comunità religiose più compatte, nei periodi di unità nazionale e più frequente quando il rapido cambiamento sociale sconvolge la struttura sociale. La relazione sociale ha una grande importanza nella nostra vita.

“...le relazioni sociali sono tra i più importanti fattori del nostro benessere. Più siamo integrati all'interno delle nostre comunità, meno è probabile che sperimenteremo raffreddori, attacchi cardiaci, ictus, tumori, depressione e qualsiasi tipo di morte prematura. Questi effetti protettivi sono

¹⁶ Dense Najmanovich. El lenguaje de los vínculos. De la independencia absoluta a la autonomía relativa. En *Redes el lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil*. Elina Dabas – Dense Najmanovich (compiladoras). Editorial Paidós 2ª reimpresión, 2002. Pág.72

¹⁷ Carlos Sluzki. De cómo la red social afecta a la salud del individuo y la salud del individuo afecta a la red social. *El lenguaje de los vínculos*. Pág.114, 119

¹⁸ Jean L. Cohen y Andrew Arato. *Sociedad Civil y Teoría Política*, Fondo de Cultura Económica. Primera edición en español de la tercera en inglés, segunda reimpresión año 2002. Pág. 462

stati confermati per gli stretti legami familiari, le reti d'amicizia, la partecipazione a eventi sociali e persino per la semplice appartenenza ad associazioni religiose e civiche.

"...le reti sociali danno sostegno tangibile come denaro, cure di convalescenza e trasporti che riducono la tensione física e psicológica e forniscono una rete di protección. Le reti sociales possono anche rafforzare regole di buena salud: è piú probable che persone isolate fumino e bevano di piú, mangino in exceso e abbiano altri comportamenti dannosi per la salud. Le comunità coese sul piano sociale risultano inoltre piú capaci di organizzarsi politicamente per assicurare servizi medici di prim'ordine".

"En ningún ámbito, la implicancia del Capital Social, la importancia de la interacción social es considerada como en el caso del bienestar y de la salud. Los estudios científicos sobre los efectos de la cohesión social sobre el estado de salud físico y mental pueden hacerse resaltar a través de la obra de Emile Durkheim. El descubre que la autodestrucción no es solo una tragedia individual sino una consecuencia sociológicamente previsible en base al grado de integración en la sociedad –más raro en la persona casada, en la comunidad religiosa más compacta, en el período de unidad nacional y más frecuente cuando el rápido cambio social remueve la estructura social. Las relaciones sociales tienen una gran importancia en nuestra vida.

...las relaciones sociales son factores muy importantes en nuestro bienestar. Más integrados estamos al interior de nuestra comunidad menos probable que experimentemos malestar, ataque cardíaco, ictus, tumor, depresión y cualquier tipo de muerte prematura. Estos efectos protectivos han sido confirmados por la estrecha ligazón familiar, la red de amigos, la participación en eventos sociales y por la simple pertenencia a asociaciones religiosas o cívicas.

...las redes sociales dan contención tangible como dinero, cura en la enfermedad y transporte que reduce la tensión física y psicológica y fortalece una red de protección. La red social puede también reforzar las reglas de buena salud: es más probable que la persona aislada o sola fume y beba de más, coma en exceso y tenga otros comportamientos dañinos para la salud. La comunidad cohesionada en el plano social resulta además más capaz de organizarse políticamente para asegurar servicio médico de primer orden"¹⁹.

Es admirable el trabajo de Putnam y el tiempo que lleva investigando.

Putnam hace referencia a innumerables estudios científicos que confirman esta hipótesis. Uno de ellos es el realizado en la localidad de Roseto en Pensylvania (EEUU) durante cuarenta años. Llamaba la atención la poca incidencia de infartos (teniendo en cuenta la edad) respecto a la localidad vecina: menos de la mitad. La clave estaba en la dinámica social: Roseto fue fundada en el siglo XIX por inmigrantes provenientes de la Italia meridional. Habían creado una sociedad de socorro mutuo, círculos deportivos, sindicato, un diario, grupos de scout, un parque y un campo de gimnasia. Los habitantes le habían dado vida a una comunidad muy cohesionada. Las personas se ayudaban mutuamente tanto en lo financiero, emotivo, como cualquier otro género de necesidad. En los años 60 los investigadores comenzaron a sospechar que fuese el capital social la explicación del buen estado de salud del corazón de los habitantes de Roseto y temieron que cuando los jóvenes, socialmente móviles, comenzaran a cambiar sus hábitos de vida tradicionales, el nivel de ataque cardíaco comenzara a crecer. Como era previsible, en los años 80 la nueva generación de adultos de Roseto sufrió un número de ataques cardíacos superior a los de la ciudad vecina.

Es de destacar la importancia que, en Estados Unidos ha tenido la voz de Putnam. Más, teniendo en cuenta el acento que ha puesto en Internet y la Televisión, como generadores de integración, pero sin el contacto cara a cara, sin el intercambio,... aspecto que recuerda el conocido trabajo de Bordieu sobre la televisión.

Es allí donde abreva el argentino Bernardo Kliksberg, asesor de Naciones Unidas. Es en ellas, en esas formas de organización que se da la sociedad por sus propios medios, en las que la palabra circula como en una ronda (Paideia al decir de Gastao Wagner de Souza Santos), en la que se debaten los temas y en las que "uno de los resultados ha sido la elevación de la autoestima individual y colectiva, fuerza de enormes potencialidades". (Pág.8 Kliksberg 1997). Estas organizaciones gestan una red de solidaridades y de contención, que muchas veces integran y hacen sentir parte de "la comunidad" a sus integrantes.

Justamente Kliksberg en "La subestimación de los pobres" sostiene: "En diversas oportunidades sectores directivos y profesionales de las organizaciones que deben llevar a cabo proyectos por

¹⁹ Robert Putnam. "Capital Social e individualismo". Bologna, Editorial Il Mulino 2004

vías participativas, tienen una concepción desvalorizante de las capacidades de las comunidades pobres. Creen que serán incapaces de integrarse a los procesos de diseño, gestión, control y evaluación. Que no pueden aportar mayormente por su debilidad educativa y cultural. Que necesitan períodos muy largos para salir de su pobreza. Que sus liderazgos son primitivos, que sus tradiciones son atrasadas, que su saber acumulado es una carga.

“Cuando se parte de una concepción de este orden se está poniendo en marcha la conocida ley sociológica de “la profecía que se autorealiza”. Se desconfiará de las comunidades en todas las etapas del proceso, se les limitarán las opciones reales par participar,. Se tendrá un sesgo pronunciado a sustituir su participación por órdenes de “arriba hacia abajo” para hacer “funcionar” las cosas. Asimismo la subvaloración será captada rápidamente por la comunidad, y ello creará una distancia infranqueable entre ella y los encargados de promover su participación. Todas estas condiciones crearán una situación en donde la participación estará condenada a fracasar. Después con frecuencia aparece en las “elites ilustradas” que condujeron la experiencia la coartada racionalizadora. Argumentarán que las comunidades no tenían interés en participar, y por eso la experiencia no operó. En realidad ellos crearon fuertes incentivos para que perdieran interés.

“La idea de “capital social” de creciente difusión rompe categóricamente con estos mitos sobre las comunidades pobres. Una comunidad puede carecer de recursos económicos, pero siempre tiene capital social. Las comunidades pobres tienen normalmente todos los elementos constituyentes del capital social: valores compartidos, cultura, tradiciones, sabiduría acumulada, redes de solidaridad, expectativas de comportamiento recíproco. Cuando logran movilizar ese capital social los resultados pueden ser tan importantes como los observados en este trabajo en Villa El Salvador del Perú, o en las Ferias de Consumo Familiar de Venezuela. Por otra parte como anotara Albert Hirschman (1984) a diferencia de otras formas de capital, el capital social es el único que aumenta con su uso”²⁰.

Gastao Wagner expresa: “Se argumenta sobre la baja capacidad dirigente de los colectivos. Sin embargo, las equivocaciones y dificultades de los gobernantes no indican un mejor desempeño, a pesar del inmenso aparato de asesores, consultores y sistemas de información articulados para apoyarlos. Vale preguntar: ¿la capacidad de gobierno y de dirección de los equipos de trabajo no crecería si todo este aparato también se dedicara a darles apoyo en el análisis o en las decisiones?

“Un sistema de co-gestión depende de la construcción ampliada de la “capacidad de dirección” entre el conjunto de personas de un colectivo y no sólo entre su cúpula. Capacidad de dirección es la habilidad y la potencia para armar consensos, alianzas e implementar proyectos, según lo definió Gramsci (1978). La “capacidad de gobierno”, en el sentido más operacional con que la conceptualizó la planificación (Matus, 1993), es también una aptitud a ser socialmente construida, ya que co-gobernar es tarea inherente a todos los miembros de un equipo de trabajo.

El desarrollo de estas capacidades es considerado un objetivo de Método de la Rueda (Paideia) con tal relevancia como la de producir bienes o servicios, ya que son la base para la construcción de sistemas de co-gestión y de democracia institucional. Socializar estas habilidades es una forma concreta de disminuir la distancia entre gobernantes y gobernados, como también para asegurar la formación de compromiso entre el interés público (expresado en las necesidades sociales) y el privado (expresado por los trabajadores)”²¹.

Desde la actual gestión provincial, se he promovido un Proyecto de Ley en el que se eliminan los Consejos de Administración terminando con la figura del Representante de la Comunidad. Si bien el Ejecutivo la denomina Ley de Salud, entendemos que debería llamarse “de gestión del sistema

²⁰ Bernardo Kliksberg. Instituto Interamericano para el Desarrollo Social. BID. “Seis tesis no convencionales sobre participación”

²¹ Gastao Wagner de Sousa Campos. Método Pideia: análisis y co-gestión de colectivos. Lugar Editorial. 2009 Pág. 36

público de Hospitales, Centros de Salud y niveles de atención” ya que la Salud es mucho más que eso, a nuestro entender.

Las experiencias de participación de la comunidad han generado un debate interesante y, si bien desde la aprobación de la Ley 10608 en el año 1991 en la Provincia de Santa Fe, no ha habido un análisis sistemático de estos 20 años de vigencia, en el Hospital Iturraspe se ha gestado una experiencia que, al decir del ex Presidente de la Comisión de Salud de Diputados Dr. Mario Drisun: “es inédita”. Podemos intentar un análisis más profundo de dicha experiencia, más teniendo en cuenta que el Poder Ejecutivo Provincial, del cual Drisun forma parte, ha presentado dicho proyecto de Ley de Salud, en el cual la participación de la comunidad se circunscribe a los Centros de Salud barriales (como en Brasil) y se vuelve al modelo del Director Médico –según reza el proyecto- sin ningún tipo de participación de la comunidad en los otros niveles. Y por si incoherencia faltara, el Senador Giustigniani –del mismo partido que la gestión provincial actual- acaba de volver a presentar un proyecto de ley de salud en el Senado de la Nación en el cual en su artículo 13 inciso h. crea la figura del “defensor del usuario en salud”. Esto una vez más, pone en evidencia que aún no se tiene claro de qué manera, cómo y hasta qué punto, la comunidad debe participar.

Fue el mismo Drisun, Presidente de la Comisión de Salud de Diputados, quien ante un intento de la Comunidad de condicionar el ingreso del personal a los más capacitados e intentar terminar con “los acomodados” y las capas geológicas de familiares en la planta permanente del Hospital Iturraspe, exclamó “¡no van a definir la política de recursos humanos provincial desde un Hospital!”.

No genera una gran corriente de adhesión, intentar modificar una ley sin la participación de la Comunidad: verdadera depositaria de todos aquellos esfuerzos que intenten poner el Derecho a la Salud en el Centro del debate... ¡y es más! es la verdadera “propietaria” del Sistema Sanitario.

...la participación comunitaria es una actividad política, y no puede ser organizada por gobiernos o agencias internacionales, para satisfacer sus propias necesidades políticas”²².

Hace pocos días, dos miembros de la Mesa Provincial del Sindicato más fuerte UPCN, se quejaban junto al cuerpo de delegados “en pleno” del Hospital Iturraspe de que “la gente se cree dueña del Hospital diciendo que ellos pagan sus impuestos... ¡y algunos ni los pagan! Lo que no dicen es que nuestro régimen impositivo regresivo, recauda indirectamente del consumo gravando proporcionalmente más al que menos tiene. Es decir que el 21% de la yerba, el azúcar, etc. es el que sostiene nuestros Hospitales, centros de salud y todo el staff del personal, por lo que quién menos tiene es el que más pone. Un verdadero Hood Robin. Lo hacen ex profeso, para reclamar por policías en los Hospitales... ¿no será que la gente comienza a conocer sus derechos? y a ellos les molesta que reclame cada vez con más fuerza ante la falta de respuesta y la deshumanización de la atención? ¿Están tan interesados por la persona sufriente como por su seguridad individual?.

¿Que ocurriría si el Poder Ejecutivo pretendiera modificar la ley de Educación? La movilización que la sociedad generaría, nos brindarían la certeza acerca de la necesidad de promover el compromiso con la Salud aún más. Nadie aceptaría una modificación en Educación sin participación. Es más, tampoco parecería coherente hablar de una ley de Salud sin hablar de tantos otros temas además de la organización del sistema público, más teniendo en cuenta lo dicho por Lalonde, el cambio del perfil epidemiológico y el acento puesto por la OPS acerca de los “determinantes de la Salud”:

La mirada externa al Hospital, a la “organización tecnoburocrática cerrada”, parece interesante a la hora de intentar poner coto a las corporaciones.

²² Antonio Ugalde. Participación Social ¿Para Qué? Coordinadores Eduardo L. Menéndez – Hugo Spinelli. Lugar Editorial 2006. Pág.42

Son interesantes, a nuestro entender, las expresiones de Graciela Enria y Claudio Staffolani en “El *ethos* del funcionario público en salud. Obstáculos para el cambio”, su reciente trabajo de análisis de la aplicación de la Ley 10608 en la Provincia: “...el fracaso de un intento por crear un espacio de participación comunitaria como instancia fundamental dentro de la estrategia de APS para el mejoramiento de la salud de la población, se podría decir que gran parte de la responsabilidad de ese fracaso esta determinada por la estructura del sistema de salud, pero también por la forma en que se han ido entrelazando las funciones de los integrantes del sistema, hasta conformar un esquema de organización que reproduce un *ethos* del funcionario público de salud que por el momento sigue siendo un obstáculo para transformar la realidad sanitaria y lograr mejores estándares de salud en la población.

...sistema disciplinar que obstaculiza toda posibilidad de cambio de la estructura burocrática de cara a las necesidades de la comunidad.

Dicho sistema disciplinar, se basa en el control de los espacios, la segmentación de ese espacio en retículas infranqueables, el tiempo y la organización de las actividades a partir de una composición de fuerzas que implica un autocontrol y una coerción constante, que vela más sobre los procesos de las actividades que sobre los resultados.

A partir de este sistema disciplinar, las cuestiones internas de la estructura burocrática cobran mayor importancia que las necesidades de la comunidad y la recepción de sus propias demandas, hecho que implicaría una distorsión del propio sistema disciplinar.

...ese sistema disciplinar impronta fuertemente sobre los funcionarios ministeriales que actúan por sobre los CS”²³.

Si algo significativo puede dejar este trabajo, es seguramente que el determinante más importante que obstaculiza la posibilidad de una participación más activa de la comunidad en la planificación, ejecución y evaluación de las acciones tendientes al cuidado de su salud, pasa por las ataduras a un sistema disciplinar que planifica según criterios que no son compatibles con los principios democráticos, puesto que niega los derechos de los otros, entre ellos el de participar de las decisiones que se tomen sobre la vida propia”.

Indudablemente los Colegiados de Gestión que ha implementado el Ministerio de Santa Fe, a través de su Secretaria de Salud, ha comenzado a desandar éste camino. Es allí adonde debe participar el Representante, es allí adonde debe volcar sus vivencias y debe ser desde allí que se promuevan las reuniones en los Centros de Salud y que el Representante pueda convocar a “sus instituciones”. Nuestra participación creemos que ha significado un aporte en este corto tiempo.

La nueva gestión Provincial, ha resuelto construir “a nuevo” el Hospital, luego de un fuerte reclamo y compromiso importante de las Organizaciones no Gubernamentales denunciando el estado deplorable del nosocomio. Lo mismo podemos decir de la trascendencia que ha tenido un hecho denunciado por el Representante que ha sido la presencia de un médico abusador en la Guardia así como el logro de impedir que se siguiera cobrando la mamografía ¡en el Hospital Público!.

De derogarse la 10.608 haciendo “tabla rasa” al eliminar cualquier mirada externa: ¿no estaríamos repitiendo la historia de las privatizaciones? Es decir, a pesar de que la experiencia no ha sido lo esperada: ¿no habría que analizar otros aspectos puntuales? ¿No estaríamos repitiendo aquello de “tirar el chico con el agua sucia del baño” en lugar de cambiar solamente el agua?

Son innumerables los aspectos a analizar, así como los logros y actividades que han intentado movilizar a la sociedad sensibilizándola.

En su reciente libro póstumo “Los movimientos sociales”, Charles Tilly expresa que “Si los movimientos sociales comienzan a desaparecer, su desaparición será la prueba de la debacle de uno de los principales vehículos de participación del ciudadano de a pie en la política pública. El auge y caída de los movimientos sociales marca la expansión y la contracción de las oportunidades democráticas...”²⁴Tal vez por esto hablamos de nuevos canales. Y continúa diciendo “Comoquiera que el movimiento social se propagó con el crecimiento de los Estados centralizados y relativamente democráticos, la descentralización gubernamental, la pérdida de

²³ Graciela Enria y Claudio Staffolani. El *ethos* del funcionario público en salud. Obstáculos para el cambio. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario.

²⁴ Charles Tilly y Lesley J. Wood. Los Movimientos sociales 1768 - 2008. Libros de Historia. Editorial Crítica 2010.

peso del Estado en beneficio de poderes transnacionales o un retroceso generalizado de la democracia, por ejemplo, podrían dejar fuera de circulación a los movimientos sociales tal y como los conocemos”.

“La experiencia con colegiados y unidades de producción ha indicado que tienen una tendencia a cerrarse en sí mismos, encaminándose rápidamente hacia alguna forma de departamentalización, cuando no hacia la feudalización.-nos enseña Gastao Wagner de Souza Santos y continúa diciendo- Frente a las finalidades polares, frecuentemente, cuando son libradas a su propia suerte, las unidades de producción suelen actuar olvidándose del usuario y privilegiando perspectivas corporativas (¿parecido al Hospital no?). Ahora bien, cabe a los dirigentes mantener esta polaridad activa en todos los momentos de la vida institucional, sea en reuniones, sea en el cotidiano de los procesos de trabajo. Para esto, los dirigentes tienen que traer las representaciones de distintos autores sociales interesados en aquel servicio u organización: las opiniones de otras unidades de producción, de otros servicios, de usuarios, de la sociedad, de los gobiernos; recordar obligaciones legales presupuestarias o sobre derechos y deberes, etc.²⁵”.

“Si los enfermos se benefician con el ejercicio cotidiano del poder, ¿por qué no se beneficiaría con esta práctica también el conjunto de la humanidad? O sea, por qué no pensar el mundo del trabajo, o las organizaciones en general, también como espacios para la construcción de nuevas subjetividades, donde, por medio de la participación en el gobierno, en la gestión y en la invención de nuevas lógicas y estructuras organizacionales, los grupos fueran adquiriendo mayor capacidad de análisis de la realidad y de sí mismos, como también mayor capacidad de intervención sobre esta propia realidad”²⁶

Tal vez no hay que adaptar el dedo al anillo, sino el anillo al dedo. “O creamos o erramos” nos enseñó Simón Rodríguez, el preceptor de Simón Bolívar. Este ha sido el intento de esta experiencia que intentaremos analizar. Bordieu y su aguda crítica al Misterio del Ministerio, no podrá estar ausente del trabajo.

Me gustaría culminar con el siguiente texto de Sonia Fleury al analizar la experiencia en América Latina. Ella habla de tres modelos en los sistemas de salud: el Colombiano, el Chileno y el Brasileño...”En los tres casos, hubo aumento de cobertura, ahora los tres sistemas han sido incapaces de eliminar las desigualdades, sea porque su diseño comportaba una lógica diferencial, sea por la incapacidad de construir una ética del cuidado de las condiciones humanas, gerenciales y materiales para asegurar la igualdad de acceso y utilización de los servicios de calidad...”

“La revolución de los excluidos desde ésta perspectiva emancipadora ha sido una revolución molecular, que permite formular los dramas cotidianos en un lenguaje público de los derechos. Al contrario de los modelos de protección social que tuvieron como actor central a la clase trabajadora, el nuevo diseño de las políticas y modelos de protección no es fruto de una acción colectiva orgánicamente direccionada. Al contrario, en tanto todos hablan de los pobres y excluidos como un lugar vacío de poder, estamos dejando de reconocer el intenso movimiento molecular de adensamiento de la esfera pública y de la ciudadanía que se procesa de forma invisible y subterránea. Restaría pensar como las políticas públicas pueden favorecer estos procesos moleculares, sin correr el riesgo de querer disciplinarlos o cooptarlos. Las nuevas formas de organización en forma de redes de políticas imponen desafíos en cuanto a una gestión compartida, más democrática porque más capilar, diversa y plural.

Buscar movilizar recursos y coordinar independencias pasa a ser un gran desafío de la gestión. Entre tanto no hay como diluir el papel del Estado en esta nueva forma reticular de socialización y organización. Hay que tener en cuenta el papel del Estado como mediador de los conflictos, especialmente los distributivos, lo que requiere fortalecer la institucionalidad de los principios de transparencia, mérito e imparcialidad de su burocracia. La combinación de estructuras burocráticas con formas reticulares, de responsabilización y regulación con la cogestión, la democracia representativa con la deliberativa, estos son los nuevos desafíos para la construcción de una protección social que sea capaz de ampliar la esfera pública, por medio del

²⁵ Gastao Wagner de Souza Campos. Método Paideia: análisis y co-gestión de colectivos. Lugar Editorial 2000. Pág. 103-104

²⁶ Idem, Pág. 83

reconocimiento, participación y redistribución. El fracaso en uno de estos elementos será el fracaso de la democracia entre nosotros.
Las potencialidades, entre tanto, son tan grandes cuanto los desafíos que están colocados”²⁷

²⁷ Sonia Fleury. Protecáo social em um mundo globalizado. (traducción personal). Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 29, n. 71, p305-314, set/dez. 2005