

ADMINISTRACIÓN ESTRATÉGICA LOCAL Y SU REPERCUSIÓN EN LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

Oneida Terazón Miclín,¹ Rolando Miyar Abreu,² Iluminada Orozco González,³ Norka Álvarez Puig⁴ y Guillermo Vallejo Portuondo⁵

RESUMEN: Se realizó un estudio de evaluación educativa para determinar la repercusión de la administración estratégica local sobre la participación social en los sistemas locales de salud, con vistas a lo cual se entrevistó a todos los médicos y enfermeras de la familia de los policlínicos "28 de Septiembre" y "Dr. Carlos J. Finlay"; así como a los miembros de los consejos populares de los distritos "Antonio Maceo" y "26 de Julio" de Santiago de Cuba durante 1996. Los actores sociales sectoriales y extrasectoriales veían la participación social y comunitaria ligada al análisis de los problemas sanitarios y la gestión de soluciones para éstos, es decir, como colaborativa. En el proceso de identificación de problemas y establecimiento de prioridades no se aplicaba el método de *Hanlon*, aunque era conocido por ellos, y se encontraron diferentes formas de participación social que permitieron solucionar numerosos problemas, aunque no se empleaba el enfoque de riesgo en el análisis de la situación de salud. Se concluye que el desconocimiento sobre cómo debe ser la participación social y comunitaria constituye un freno para que se lleve a cabo, e impide que la comunidad adquiera conciencia de su responsabilidad en el cuidado de su salud. Se recomienda incrementar la capacitación sobre esta temática para profesionales de la salud y actores sociales extrasectoriales.

Descriptores DeCS: **SISTEMAS LOCALES DE SALUD/normas; ESTRATEGIAS LOCALES.**

La salud es el mejor indicador del bienestar de los diferentes conjuntos sociales, pero para lograrla se imponen la decisión y voluntad política.¹ Los Sistemas Locales de Salud (SILOS) deben ser considerados como la expresión concreta de la estrategia básica para

reorientar el sector sanitario, a fin de garantizar la equidad con eficiencia y eficacia.²

Se habla de un problema de salud cuando existe malestar o insatisfacción por parte de la población, lo cual exige forzosamente que sea abordado intersectorialmente para

¹ Especialista de I Grado en Medicina Interna. Profesora Asistente y Máster en Atención Primaria de Salud.

² Especialista de II Grado en Higiene y Epidemiología. Profesor Asistente.

³ Especialista de I Grado en Higiene y Epidemiología. Profesora Asistente.

⁴ Licenciada en Economía. Profesora Asistente.

⁵ Licenciado en Psicología.

definir la función que corresponde desempeñar a cada sector.^{3,4} La participación social es un proceso complejo, inherente a la dinámica social, que adquiere a nivel local su más rápida y eficaz dimensión.⁵

Mediante la Administración Estratégica Local (AEL) se aportan los elementos conceptuales y metodológicos necesarios para sistematizar y ordenar los conocimientos y recursos de los diferentes actores sociales involucrados;⁶ razón que nos llevó a determinar la repercusión de dicha administración en la participación social en salud.

Métodos

Se realizó un estudio de evaluación educativa sobre la repercusión de la administración estratégica local en la participación social en los SILOS en los distritos "Antonio Maceo" y "26 de Julio" de Santiago de Cuba, durante 1996, para lo cual se escogió a los miembros de los consejos populares de ambos distritos, a la totalidad de los médicos y enfermeras de la familia de los policlínicos "28 de Septiembre" y "Dr. Carlos J. Finlay", así como a los profesores de los grupos básicos de trabajo para aplicarles la encuesta.

Se establecieron indicadores para determinar la participación de los miembros del consejo de salud en el Análisis de la Situación de Salud (ASS) y en su discusión, así como los problemas detectados y resueltos con ello. La evaluación fue como sigue: Buena, 80 % o más; Regular, 70-79 %; Mala, menos de 70 %. También se revisaron los ASS de todos los consultorios para precisar la aplicación del enfoque de riesgo y la participación social. Los datos obtenidos fueron validados estadísticamente.

Resultados

La encuesta a los miembros del Consejo Popular (tabla 1) arrojó que menos de un tercio (todos de Vista Hermosa) veía la participación social como la identificación de problemas, frente a más de 2/3 partes de los trabajadores de la salud, seguidos por el análisis de esas dificultades y la gestión de soluciones, en orden de mención. Sólo 7,54 % de los actores sociales sectoriales, 5 pertenecientes al Policlínico "28 de Septiembre" y 3 al "Dr. Carlos J. Finlay", consideraron la participación social en sus 4 aspectos, mientras que 24 excluyeron la negociación.

En la tabla 2 puede verse que 27,28 % del personal de la salud encuestado tenía claro el concepto de participación social y 9,08 % el de comunitaria, con un mayor dominio en el área del Policlínico "Dr. Carlos J. Finlay", donde 71,69 % poseía conocimientos al respecto (26,5 % del total). El tercer lugar fue ocupado por los que manejaban bien ambos conceptos (21,66 %), con marcada primacía de los médicos.

Como se muestra en la tabla 3, sólo en 3 (3,95 %) de los 69 ASS confeccionados (90,7 % del total) se aplicó el enfoque de riesgo, pero en 5 consultorios, para 7,2 %, no se hizo el diagnóstico educativo.

A nivel local hubo participación multidisciplinaria en la confección del ASS, representada entre los miembros del consejo de salud por 14,28 % en el distrito "26 de Julio" y 16,60 % en el "Antonio Maceo", mientras que en su discusión intervino la totalidad de los actores sociales sectoriales.

Los indicadores para evaluar problemas detectados con participación social alcanzaron valores nulos en ambos distritos; y los resueltos con tal participación: 75,0 y 58,3 % en "26 de Julio" y "Antonio Maceo", respectivamente.

TABLA 1. **Forma de participación comunitaria**

Forma de participación	Actores sociales extrasectoriales		Actores sociales sectoriales		Total	
	No.	%*	No.	%*	No.	%**
Identificando problemas	8	32,00	71	66,98	79	55,24
Analizando problemas	8	32,00	66	66,26	74	51,74
Gestionando soluciones	10	40,00	59	55,66	69	48,25
Negociando soluciones	3	12,00	9	8,49	12	7,69
Como oyente			15	14,15	15	10,48
En los 4 aspectos	2	8,00	8	7,54	10	6,99

Fuente: Encuesta.

* Porcentaje sobre la base del grupo de actores sociales.

** Porcentaje sobre la base del total general.

TABLA 2. **Modalidades de participación según categoría ocupacional**

Modalidades	Categoría ocupacional						Total	
	Médicos		Enfermeras		Grupo Básico de Trabajo			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Social	27	18,89	10	6,99	2	1,40	39	27,28
Comunitaria	6	4,19	6	4,19	1	0,70	13	9,08
Ambas modalidades	19	13,28	11	7,69	1	0,70	31	21,66
Desconocen	24	16,78	30	20,99	6	4,19	60	41,96
Total	76	53,15	57	39,86	10	6,99	143	100,00

Fuente: Encuesta.

TABLA 3. **Confección del ASS según enfoque de riesgo**

Confeccionado enfoque de riesgo	Distrito 2		Distrito 3		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Sí	3	3,95			3	3,95
No	20	26,32	46	60,52	66	86,84
No confeccionado	5	7,2	2	2,63	7	9,21
Total	28	36,85	48	63,15	76	100,00

Fuente: Encuesta.

Discusión

Tanto los actores sociales sectoriales como extrasectoriales limitan la participación social y comunitaria al análisis de los problemas de sa-

lud, con hegemonía del personal médico, y se resisten a modificar ese criterio a pesar de la capacitación brindada sobre el particular; sin embargo, la gestión y negociación de soluciones se toman muy poco en cuenta.

En el proceso de identificación de problemas y establecimiento de prioridades, aunque debió existir participación intersectorial² sólo lo hicieron representantes del sector de la salud (los que confeccionaron el ASS), de modo que no se aplicaba el método de *Hanlon*, a pesar de que algunos lo conocían, y se plantearon otras formas de efectuarlo como las encuestas, visitas de terreno, reuniones cederistas y de la circunscripción; así como también entrevistas directas a vecinos y delegados. Hubo respuestas incorrectas sobre el tema, ya que 20,75 % hizo mención de charlas educativas, audiencias sanitarias, etc., mientras que en las entrevistas efectuadas a dirigentes de la salud fueron citadas formas de participación comunitaria como las escuelas para diabéticos e hipertensos y la vinculación de gestantes a comedores, entre otras.

Por otro lado, aunque algunas modalidades para la identificación de problemas pueden ser eficaces, no resultan democráticas, de manera que prevalece el criterio de unos pocos miembros de la comunidad y no se hace una verdadera selección prioritaria de las dificultades detectadas.³

En consonancia con lo expresado anteriormente, la participación comunitaria y social era vista fundamentalmente como colaborativa, aunque algunos confundían la primera con la segunda y otros se referían a la autogestión; sin embargo, la congestión y negociación fueron raramente consideradas. El hecho de que la participación social fuera catalogada como colaborativa se fundamenta en lo que realmente ocurre: la comunidad colabora con el sector de la salud porque éste le orienta y guía hacia la posible solución de sus problemas.

La identificación de estos últimos alcanzó un promedio de 4 a 6 por consultorio médico, sin dividirse en administrativos o

educativos, ni especificar la participación intersectorial. Las medidas plasmadas en el plan de acción resultaban muy generales y en muchos casos inalcanzables por el equipo de salud, dada su proyección, mientras que en otras no se definía quién era la persona responsabilizada con su cumplimiento o, en su defecto, ocasionalmente se trataba de un organismo o institución que no había intervenido en la toma de decisiones, por lo cual no existía un compromiso real para solucionar las dificultades planteadas.⁷⁻¹⁰

Si bien se conocían los componentes y factores determinantes del estado de salud de la población,⁹ éstos se tuvieron en cuenta individualmente para la confección del ASS, pero sin efectuar un profundo análisis del fenómeno.

Los problemas resueltos con participación sectorial fueron:

- Eliminación de microverteaderos.
- Limpieza de entrada de túneles.
- Reparación de ciudadelas para mejorar el cuadro higiénico sanitario.
- Habilitación de locales para consultas.
- Venta de alimentos a gestantes con bajo peso y pacientes ingresados en el hogar.
- Destrucción de criaderos de vectores.
- Vinculación de ancianos y gestantes desnutridas a comedores obreros.

Se impone destacar que el desconocimiento de cómo debe ser la participación social y comunitaria por parte de los actores sociales del sector, constituye un freno para que se lleve a cabo plenamente, e impide que la comunidad adquiera conciencia de su responsabilidad en el cuidado de la salud,¹¹ por lo cual se recomienda generalizar la aplicación del curso sobre la temática expuesta, pero con nuevas técnicas, entre los trabajadores del sector y negociar la

introducción de temas relacionados con la AEL en los planes de capacitación de los dirigentes de la economía, políticos y de ma-

sas, encaminada a lograr la horizontalización del proceso y la participación extrasectorial en los problemas sanitarios.

SUMMARY: A study of educative evaluation was carried out to determine the repercussion of the strategic local administration on the social participation in the local health systems. To this end, all the family physicians and nurses from the "28 de Septiembre" and "Dr. Carlos J. Finlay" polyclinics and the members of people's councils of the "Antonio Maceo" and "26 de Julio" districts, in Santiago de Cuba, were interviewed during 1996. The sectorial and extrasectorial social actors considered that the social and community participation was linked to the analysis of the health problems and to the search of solutions for them, which means, that they saw it as a cooperative participation. In the process of identification of the problems and the establishment of priorities the method of Hanlon was not applied, although they knew it. Different forms of social participation that allowed to solve many problems were found, in spite of the fact that the risk approach was not used in the analysis of the health situation. It was concluded that the lack of knowledge on how social and community participation must be is an obstacle and prevents the community from acquiring conciousness of its responsibility as regards health care. It is recommended to increase training on this topic for health professionals and extrasectorial social actors.

Subject headings: **LOCAL HEALTH SYSTEMS/standards; LOCAL STRATEGIES.**

Referencias Bibliográficas

1. OPS. Desarrollo y fortalecimiento de los SILOS. La administración estratégica. Washington, DC: OPS, 1992: (Serie HSD-SILOS;2).
2. OPS. Criterio para la implantación de las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas de la OPS en el cuatrienio 1991-1994. Documento en revisión. Washington, DC: OPS, 1991:1-15.
3. La participación social. Estudio de casos. Washington, DC: OPS, 1990 (Serie HSD-SILOS;7).
4. Guerra de Macedo C. Descentralización (Mensaje del director). Bol Of Sanit Panam 1987;102(2):1.
5. Lavadeus Mantilla F. Las organizaciones no gubernamentales y los SILOS. Bol Of Sanit Panam 1990;109(5-6):512-20.
6. OPS. Sobre el concepto de salud enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud. Bol Epidemiol 1990;10(4):2-10.
7. Desarrollo y fortalecimiento de los SILOS. La administración y estratégica. Lineamientos para su desarrollo. Los contenidos educacionales. Washington, DC:OPS,1994(Serie HSD-SILOS;32).
8. Neremberg O, Perone N. Organización y gestión participativa de los SILOS. Bol Of Sanit Panam 1990;109(5-6):474-87.
9. Suárez J. Sistema de vigilancia de situación de salud según condiciones de vida. Una propuesta desarrollada en Cuba. Rev Cubana Adm Salud 1994;20(1-2):40-51.
10. Hernández RM. La higiene social: un tema de interés para la historia de la medicina. Rev Cubana Salud Pública 1989;15(3):223-30.
11. Paganini JM, Choms AH. Los SILOS. Desafío para la década de los noventa. Bol Of Sanit Panam 1990;105(5-6):424-48.

Recibido: 9 de febrero de 1999. Aprobado: 18 de marzo de 1999.

Dra. *Oneida Terazón Miclín*. Julio Sanguily # 33 e/ Trocha y Ira. Reparto Flores, Santiago de Cuba, Cuba.