

# 1. MARCO CONCEPTUAL DE LA REVISIÓN DEL MODELO DE COGESTIÓN: Participación Social en la Atención de Salud

Elena Conterno Martinelli

Consultora en Gestión y Desarrollo

---

## 1.1 INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas ha cobrado relevancia el concepto de *participación*, así como su importancia en fomentar ciudadanía y en lograr mayor eficacia y eficiencia en el uso de recursos y la administración de servicios. Sin embargo, a la fecha, la participación de la sociedad civil, y en especial de los pobres, en el gobierno, control social y realización de intervenciones técnicas es bastante limitada a nivel de los países en desarrollo.

La limitada extensión de la participación se explica en parte por la existencia de paradigmas distintos de lo que la participación realmente significa entre los distintos actores que intervienen en las iniciativas de desarrollo, existiendo en muchos casos posturas muy generales o idealistas respecto de ello. El presente documento busca dotar a la Dirección General de Salud de las Personas de una *herramienta* que favorezca un mejor entendimiento de los actores de lo que la participación significa e implica, y que permita una mejor definición de modelos de participación y de programas para su implementación.

El documento desarrolla el marco conceptual de la Participación Social en la Atención de Salud, para lo cual parte por una descripción de la evolución del tema de participación, los tipos existentes y la definición a utilizar en el presente documento. Luego se destaca la relación entre participación, democracia y desarrollo, así como entre participación, eficiencia, equidad y calidad. Se señalan posteriormente los beneficios y riesgos que la participación conlleva, y se profundiza en el diseño de modelos de participación -en que se analiza los elementos que describen un modelo-, así como en la implementación de modelos de participación -en que se analiza las condiciones que pueden afectar el éxito de iniciativas de este tipo-.

---

El presente documento ha sido elaborado como parte del esfuerzo de la Dirección General de Salud de las Personas de revisar el tema de la cogestión y, en función de ello, perfeccionar la gestión de la atención de salud. Su elaboración estuvo a cargo de la consultora Elena Conterno, quien contó con el apoyo de Fernando Prada.

---

## 1.2 PARTICIPACIÓN EN INICIATIVAS DE DESARROLLO

---

### 1.2.1 Evolución de los Enfoques Participativos

En las últimas décadas, los enfoques participativos para el desarrollo han evolucionado significativamente, hasta convertirse en componentes centrales del diseño de políticas.

- ☑ *Década 1950s:* A comienzos de los años cincuenta se dieron las primeras iniciativas para promover la participación en los proyectos de desarrollo, principalmente en procesos de desarrollo comunal. Se buscaba involucrar a las comunidades en la construcción de infraestructura física, así como crear capacidad para que la población jugase un papel importante en el mantenimiento y acondicionamiento de la misma.
- ☑ *Década 1960s:* Durante los años sesenta, el enfoque participativo evolucionó para convertirse en una herramienta que evitase la exclusión social en las iniciativas de desarrollo. Se buscaba involucrar a la mayor parte de grupos interesados y estrechar los vínculos entre los representantes del Estado y la población. Sin embargo, las comunidades eran vistas como un instrumento en las iniciativas de desarrollo y no necesariamente como promotoras o determinantes de las mismas.
- ☑ *Década 1970s y 1980s:* La estrategia de involucramiento de la población continuó durante los años setenta y ochenta, pero con un cambio de perspectiva al relevarse en el análisis de las causas de la pobreza la exclusión social y la marginalización de grupos sociales, especialmente de los pobres, en las iniciativas de desarrollo. Así, se dio una reacción en contra del modelo dominante de las intervenciones de desarrollo, en que los programas y proyectos eran diseñados y dirigidos por profesionales sin dar ningún rol a los pobres y, por tanto, haciendo poco por desarrollar sus talentos y habilidades<sup>2</sup>.
- ☑ *Década 1990s:* En el marco de lo señalado en el párrafo anterior, los formuladores de políticas de desarrollo empezaron a diseñar estrategias para promover la participación en niveles más amplios, lo cual requería un cambio en actitudes y metodología. Así, en los años noventa, la promoción de la participación se refirió a la sociedad civil en su conjunto<sup>3</sup> y no sólo a las comunidades, así como también a los gobiernos locales. En tal sentido, se dio un encuentro entre la participación, la concertación y la descentralización, como nuevo paradigma para el diseño y ejecución de políticas públicas.

---

<sup>2</sup> Kahssay y Oakley, 1999.

<sup>3</sup> Velarde (2000) señala que la aparición del término sociedad civil en la literatura académica tiene larga data, en que se le ha concebido de distintas formas. Al respecto, destaca que Hegel señalaba que la sociedad civil se encuentra entre la organización familiar y el Estado, pues sus intereses trascienden el ámbito privado y se proyectan hacia el interés general. Para Habermas y otros autores contemporáneos "(...) la sociedad civil se compone de esas asociaciones, organizaciones y movimientos surgidos de forma más o menos espontánea que recogen la resonancia que los problemas de la sociedad encuentran en los ámbitos de la vida privada, y la transmiten al espacio de la opinión pública – política. (...) Es la confluencia de distintas iniciativas colectivas y el interés general."

---

## 1.2.2 Evolución de la Participación en la Salud

- ☑ *Década 1970s:* En lo que respecta a la participación en las iniciativas vinculadas a la salud, en la Declaración de Alma-Ata, año 1978, los estados miembros de la Organización Mundial de la Salud asumieron el compromiso de brindar salud para todos al año 2000. Este compromiso contemplaba la implementación de una estrategia de atención primaria, uno de cuyos elementos centrales era promover una mayor y más efectiva participación comunitaria en el diagnóstico y forma de abordar los problemas de salud<sup>4</sup>. El énfasis dado en la declaración de Alma-Ata a la participación comunitaria marcaba un distanciamiento de las prácticas anteriores, en que el modelo dominante de intervenciones de desarrollo respondía a un enfoque de "arriba hacia abajo" (top-down). Así, y entendiendo que la pobreza es estructural y tiene como origen las condiciones económicas y políticas que influyen las vidas de los pobres, se vio la importancia de desarrollar su habilidad para cambiar estas condiciones<sup>5</sup>.
  
- ☑ *Década 1980s:* En los años ochenta se planteó en diversos foros internacionales la problemática de los sistemas de salud y su incapacidad para cumplir adecuadamente el rol que les corresponde en la salud de los pobres. Así, se enfatizó la distancia creciente entre las poblaciones y los servicios de salud, la introducción de barreras para grupos poblacionales en riesgo, la existencia de problemas de financiamiento y de costos crecientes para la población, la actitud negativa de los trabajadores de salud y la existencia de graves problemas de información<sup>6</sup>. A partir de esta problemática, se vio la importancia de reformar los sistemas de salud para hacerlos más adecuados a la población, lo cual requería pasar de un enfoque guiado principalmente por consideraciones de oferta hacia uno guiado por consideraciones de demanda, en el sentido de que los servicios de salud debían responder a las preferencias reveladas de los usuarios. Hacia finales de la década, la Organización Panamericana de la Salud concibió la estrategia denominada Sistemas Locales de Salud (SILOS), la cual tenía como eje central la participación de la población en los sistemas de salud para lograr la mejor asignación de los recursos y un diseño más acorde con las necesidades de la población. Las características principales de esta estrategia son la responsabilidad y la programación locales, la planificación basada en las necesidades de la población, la orientación a resultados, la innovación técnico-administrativa, la definición de formas de financiamiento y asignación de recursos y la participación comunitaria<sup>7</sup>.
  
- ☑ *Década 1990s:* Los enfoques que veían a las comunidades como meros recipientes de cuidados de salud dieron entonces paso a enfoques que buscaban un mayor involucramiento de la población, las organizaciones y los gobiernos locales para mejorar la rendición de cuentas y la capacidad de respuesta de los sistemas de provisión de servicios. Si bien el cambio de enfoque ha implicado nuevos retos para los sistemas de salud, también ha implicado diversos beneficios para los usuarios. Al respecto, diversos estudios han probado empíricamente la relación positiva entre mayores niveles de participación y la situación de

---

<sup>4</sup> Kahssay y Oakley, 1999.

<sup>5</sup> Ibidem

<sup>6</sup> Bassett et al, 1997 y Cassels, 1995.

<sup>7</sup> Paganini y Capote, 1990.

salud de la población, encontrando, por ejemplo, que las redes sociales, la confianza y la participación están asociadas directamente con menores niveles de mortalidad<sup>8</sup>.

---

### 1.2.3 Tipos de Participación

A la fecha existen distintas tipologías de la participación:

- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)*: Caracteriza los niveles de participación de los grupos interesados como un continuo entre una situación de manipulación hasta una situación de manejo propio<sup>9</sup>.
- Banco Mundial*: Divide los distintos tipos de participación entre aquellos de nivel bajo de participación (provisión de información y consulta) y aquellos de nivel elevado (colaboración y empoderamiento)<sup>10</sup>.
- Organización Mundial de la Salud*: Establece tres tipos de participación: colaboración, focalización en los pobres (pobres influyen en definiciones de los proyectos) y empoderamiento<sup>11</sup>.

En el Cuadro N° 1 se presenta la Tipología del PNUD, complementada con la división entre nivel bajo y elevado de participación que formula el Banco Mundial.

---

### 1.2.4 Definición de la Participación

Tomando en cuenta la evolución de los enfoques participativos y los tipos de participación existentes, se puede señalar que la participación se entiende de dos formas<sup>12</sup>:

- como medio*: proceso en que se busca la cooperación o colaboración de la población en programas o proyectos como medio para conseguir recursos adicionales y de lograr ganancias en eficiencia, equidad y calidad;
- como fin*: empoderamiento de las personas en términos de que adquieran habilidades, conocimientos y experiencia para tener mayor responsabilidad en su desarrollo; es decir, la participación como una manera de lograr una sociedad más democrática.

Cabe señalar que sólo en años recientes el término "participación comunitaria" ha incidido en la intervención directa de los representantes de la comunidad en el planeamiento y la gestión de

---

<sup>8</sup> Marmot, 1998, Kawachi et al 1997.

<sup>9</sup> UNDP, 1996.

<sup>10</sup> Banco Mundial, 2000b.

<sup>11</sup> Kahssay y Oakley, 1999.

<sup>12</sup> Kahssay y Oakley, 1999.

programas de salud de nivel local, y por tanto este término ha pasado a incluir la noción de descentralización de la gestión de los servicios y el empoderamiento de manera simultánea<sup>13</sup>.

Tabla N°1: Tipos de Participación

Nivel de Participación	Tipo	Descripción
BAJO	Manipulación	La <u>sociedad no participa</u> o la participación es utilizada en la medida que responde a intereses externos.
	Información	Los grupos interesados son informados sobre sus derechos, responsabilidades y opciones. El énfasis está en la <u>comunicación de una sola vía</u> , pues no existen canales adecuados para la interacción.
	Consulta	<u>Comunicación de dos vías</u> , en que los grupos interesados expresan sugerencias y recomendaciones, pero no es seguro que éstas sean tomadas en cuenta. La consulta es llevada a cabo a partir de reuniones o encuestas.
ELEVADO	Creación de consenso	Las <u>partes interesadas interactúan</u> para llegar a un entendimiento común, en que las posiciones sean tolerables para cada grupo. Sin embargo, los grupos vulnerables o minoritarios tienden a permanecer sin voz y su participación es generalmente de aceptación o pasiva (i.e. no existe discriminación positiva).
	Toma de decisiones	A partir del logro de consensos, se avanza hacia la toma de <u>decisiones colectivas</u> . Las negociaciones de los grupos interesados reflejan los distintos niveles de influencia ejercida por individuos o grupos.
	Riesgo compartido	La participación se expande más allá de la toma de decisiones por lo que las partes interesadas convienen en asumir las consecuencias positivas o negativas que pudieran surgir a partir de ella; son relevantes los conceptos de <u>responsabilidad y rendición de cuentas</u> .
	Asociación (Partnership)	Involucra <u>intercambio en igualdad de condiciones</u> con el fin de lograr una meta común. La igualdad aquí no se refiere a formas, funciones o estructuras, sino a respeto entre las partes. Incluye las características del riesgo compartido, a la vez que existen niveles de discriminación positiva para grupos minoritarios o vulnerables.
	Manejo propio (empoderamiento)	<u>Plena participación</u> , en que los grupos interesados interactúan en un proceso constante de aprendizaje que optimiza el logro del bien común de todos. Se da una transferencia real del control sobre las decisiones y los recursos.

Fuente: Adaptado de UNDP 1996, Institutionalizing Participatory Approaches to Development: Experiences within UNDP y Banco Mundial, 2000b, Participation Process Review.

En las secciones siguientes se presentan diversos conceptos vinculados a las definiciones de participación señaladas. Así, en la Sección III se detalla la relación entre la participación y las ganancias en eficiencia, equidad y calidad –participación como medio-, en tanto que en la Sección IV se presenta la relación entre participación, democracia y desarrollo –participación como fin-.

<sup>13</sup> Craig y Mayo, 1995; Cortez, 1998.

Considerando que sólo en la medida que se dote a los pobres de capacidades reales para cambiar las condiciones económicas y políticas que influyen en sus vidas es que se podrá combatir de manera efectiva la pobreza, para fines del presente documento entenderemos la participación como medio y como fin. Es decir, se entenderá a la imagen objetivo de la participación como un proceso a través del cual los actores sociales influyen y comparten el control sobre las iniciativas de desarrollo, y sobre las decisiones y recursos que los afectan, lo cual genera beneficios en términos de eficiencia, equidad y calidad.

Si bien las consideraciones que se derivan de entender la participación como medio y como fin deben estar presentes desde la implementación inicial de mecanismos participativos, es de esperar que en el corto plazo sólo se concreten resultados vinculados a la participación como medio, en tanto que los resultados de la participación como fin se vayan dando gradualmente, en función de la adquisición de habilidades por parte de los participantes y la receptividad a la participación ciudadana por parte de las instituciones locales.

---

### 1.3 PARTICIPACIÓN Y EFICIENCIA, EQUIDAD Y CALIDAD

Tres conceptos organizacionales muestran cómo la participación de la sociedad civil, y en especial de los pobres, en la gestión de servicios brinda beneficios en términos de eficiencia, equidad y calidad. Estos conceptos son la Teoría del Principal – Agente, el uso del conocimiento en la toma de decisiones y la especialización de los actores.

---

#### 1.3.1 Teoría del Principal – Agente

El dilema central estudiado por la Teoría del Principal – Agente se refiere a cómo hacer que los empleados (agentes) actúen según los intereses del empleador (principal); es decir, cómo hacer que el comportamiento de los empleados responda a los objetivos del empleador, a pesar que los primeros tienen intereses distintos a los del segundo.

Así, la teoría señala que conforme la toma de decisiones se aleja del principal, se enfrentarán “costos de agencia”, que se refieren a los costos por malas decisiones –i.e., por decisiones según los intereses del empleado y no del empleador-. Frente a ello, la teoría sugiere que la asignación de la toma de decisiones debe tener en cuenta estos costos, que se debe tratar de establecer contratos en que la retribución a los empleados sea según el cumplimiento de resultados y que se debe establecer mecanismos de control que permitan al empleador conocer el desempeño de los empleados.

En el caso del sector público, debemos entender que el Principal está representado por los ciudadanos, en tanto son los intereses de éstos los que se deben reflejar en las políticas, actos y servicios del Estado. Los agentes son los funcionarios públicos, en tanto son ellos quienes día a día proponen, planifican, ejecutan y evalúan las políticas, actos y servicios del Estado para dar respuesta a los intereses de los ciudadanos. Entre ciudadanos y funcionarios públicos se encuentran las autoridades, quienes en representación de los primeros orientan a los segundos.

Los intereses de las autoridades no necesariamente coinciden con aquellos de los ciudadanos, ni tampoco los de los funcionarios con los de las autoridades o de los ciudadanos. Es decir, se pueden presentar problemas del principal-agente en la relación ciudadanos-autoridades y también en la relación autoridades-funcionarios.

Así, el dilema del principal-agente en el sector público se refiere a cómo hacer que los funcionarios actúen según los intereses de los ciudadanos.

Tomando en cuenta lo que sugiere la teoría del Principal-Agente, para evitar los costos de agencia en el sector público se requiere:

- ♦ fortalecer los mecanismos mediante los cuales los ciudadanos pueden expresar sus intereses a las autoridades y funcionarios, y
- ♦ establecer mecanismos por los cuales los ciudadanos pueden supervisar y controlar el desempeño de la administración pública.

Para ello son de utilidad los mecanismos para que los ciudadanos participen en la planificación, administración, evaluación y control de los servicios, con lo cual se limiten los costos de agencia en eficiencia, equidad y calidad por malas decisiones de los funcionarios.

---

### 1.3.2 Uso del Conocimiento en la Toma de Decisiones

Es por todos aceptado que el conocimiento es valioso para la toma de decisiones; por tanto, para lograr mejores decisiones, la información valiosa para determinada decisión debe estar en manos de quien toma la decisión.

Dada una situación en que el conocimiento y la toma de decisiones sobre determinada materia están en distintas personas, para lograr una buena decisión se debe mover el conocimiento a quien va a tomar la decisión o mover la toma de decisiones a quien tiene el conocimiento. En ausencia de costos de agencia, optar por una u otra posibilidad depende del costo de transferir el conocimiento. Así, si el conocimiento se puede transferir a bajo costo, convendrá mover el conocimiento, en tanto que, si el costo de transferirlo es alto, convendrá mover la toma de decisiones.

En la gestión de servicios, el conocimiento de la realidad, el conocimiento de la percepción de los usuarios respecto de la calidad de los servicios, entre otros, son conocimientos valiosos para la toma de decisiones. Los conocimientos mencionados son costosos de transferir del nivel local al regional o nacional, no sólo por el tiempo y dinero que implica la recolección de los mismos y su sistematización, sino también por la pérdida de valor de los conocimientos producto de su agregación en promedios regionales o nacionales. Así, para tomar mejores decisiones en la gestión de servicios es recomendable mover la toma de decisiones a nivel local y, en específico, a quienes tienen el conocimiento.

Dado que en la gestión de servicios no sólo son relevantes los conocimientos de la realidad de una zona, que generalmente se encuentran en la propia población, sino también los conocimientos técnicos del servicio de que se trate, la implementación de instancias de co-gestión a nivel local permite que ambos conocimientos sean utilizados en la toma de decisiones, lo cual redundará en una mejor calidad de éstas.

---

### 1.3.3 Especialización de Actores

La provisión de un servicio público implica, entre otras, acciones de regulación y administración, las cuales no necesariamente deben ser realizadas por el Estado.

En un contexto de escasez de recursos y de abundantes necesidades, uno de los mayores retos que afronta el Estado es establecer la manera más eficiente de cumplir con la provisión de servicios públicos de calidad a la población. En ello cobra especial relevancia el concepto de especialización.

La especialización aumenta la productividad por la mayor destreza que se adquiere en realizar determinada actividad. Ello se aplica no sólo a los trabajadores, sino también a las instituciones y los países, y se da en aquello en que éstos presentan ventajas comparativas.

En función de lo señalado en los párrafos anteriores, corresponde al Estado evaluar quién presenta ventajas comparativas para cumplir con cada una de las funciones que involucra la provisión de servicios públicos. Es decir, evaluar qué instituciones pueden cumplir cada una de las funciones en mejores condiciones y a menores costos.

Las tareas de regulación corresponden al Estado, por cuanto el arreglo institucional que presenta, a través de la división de poderes y la jerarquía de las normas, presenta ventajas comparativas para ello. En el caso de las tareas de administración, es el sector privado el que generalmente presenta ventajas comparativas, en especial cuando se pueden monitorear los resultados que éste obtiene y, por tanto, se le puede retribuir en función de ello. La participación del sector privado en las tareas de administración presenta la ventaja de poder actuar sin las rigideces que imponen los sistemas administrativos del sector público y de permitir enfrentar de manera más adecuada los problemas de principal - agente antes señalados.

Adicionalmente, el dar la administración de los servicios al sector privado permite recrear esquemas de competencia. Así, permite pasar de un esquema de provisión monopólica por la Autoridad de Salud a la provisión por múltiples agentes, lo cual provee incentivos a éstos para proveer mejores servicios.

En el caso de servicios en que la provisión en un ámbito territorial corresponde a un solo agente, pero en otros ámbitos territoriales actúan otros agentes, ello permite al Estado contar con mayor información respecto de las ganancias en eficiencia posibles y, por tanto, exigir más de la totalidad de los agentes. Estas condiciones se cumplen en el caso de los servicios de salud, por lo que es posible implementar sistemas de regulación que promuevan la competencia por cánones (yardstick competition). De esta manera, se puede otorgar concesiones para la provisión de servicios de salud por el sector privado y promover mecanismos para que innoven y sean eficientes".

Cabe señalar que cuando se hace referencia al sector privado se incluye a todo tipo de entidad no estatal, entre las cuales figuran instancias de la propia población, organizaciones no gubernamentales, entidades filantrópicas, entre otras. Cabe mencionar también que la administración

---

<sup>14</sup> Osborne & Gaebler, 1992.



de servicios por parte del sector privado no implica que el Estado renuncie al financiamiento de los mismos.

Según los conceptos organizacionales revisados, la participación de la población en la gestión de servicios permite mejores decisiones por:

- ♦ el mayor control que tienen los ciudadanos para que los funcionarios actúen según sus intereses, y
- ♦ la incorporación del conocimiento de la realidad que tiene la población de la zona en la administración del servicio.

Adicionalmente, la administración de los servicios por instancias ajenas al Estado permite la especialización de los actores, lo cual redundará en que el Estado pueda desarrollar mejor su labor normativa.

---

#### 1.4 PARTICIPACIÓN, DEMOCRACIA Y DESARROLLO

Una forma de entender la relación entre la participación, la democracia y el desarrollo es a través del concepto de capital social<sup>15</sup>, el cual hace referencia a las normas y relaciones sociales.

Entre fines de los 80 y la década de los 90, diversos estudios reunieron amplia evidencia empírica de que la densidad de las relaciones sociales en una ciudad, región o país aumenta la probabilidad de resultados exitosos en el funcionamiento de las escuelas, el crecimiento económico, el control del crimen y la efectividad de los gobiernos. Ello por cuanto la existencia de normas y relaciones sociales favorecen la coordinación y contribuyen al logro de metas deseadas por los individuos o por el conjunto de la sociedad.<sup>16</sup>

Desde esta perspectiva, determinadas relaciones sociales son vistas como activos que contribuyen al desarrollo de manera análoga a como lo hacen el capital humano (educación, salud y capacitación), el capital físico (maquinarias y tecnología) y el capital financiero (ahorros, crédito e inversión).

Así, se puso en vigencia el concepto de capital social como soporte de un marco conceptual común que permitiese entender estos fenómenos y su amplia difusión en la discusión académica y de políticas sobre desarrollo.

Putnam (1993a), quien contribuyó a popularizar el concepto de capital social durante la década pasada, ofrece el siguiente argumento para explicar la relación entre interacción social y desarrollo:

---

<sup>15</sup> La elaboración de los párrafos referidos al tema de capital social ha tenido como base un texto preparado por Patricia Valdivia y la consultora principal de esta consultoría.

<sup>16</sup> Narayan, 1999.

- (i) la densidad de los vínculos horizontales en una sociedad –las relaciones no-jerárquicas que se establecen al interior de los grupos sociales- favorece la generación de confianza social y compromiso cívico, en la medida que tales vínculos facilitan la coordinación y la comunicación y promueven un sentido de identidad más amplio en los participantes;
- (ii) la confianza social y el compromiso cívico favorecen un mejor desempeño de las instituciones públicas, tanto a través de un mayor control social como de una mayor disposición de los gobiernos a cumplir con los compromisos asumidos y rendir cuentas; y,
- (iii) el mejor desempeño de las instituciones públicas genera condiciones sociales favorables para el desarrollo.

La interacción social da lugar así a 'comunidades cívicas' que valoran la solidaridad, la participación cívica y la integridad, donde los dilemas de la acción colectiva se resuelven a través de una práctica democrática activa.

Profundizando el análisis de Putnam, Narayan (1999) señala que en sociedades no homogéneas –en que los grupos sociales difieren considerablemente en su acceso a recursos y poder- la cohesión social es un elemento crítico para la estabilidad social y el desarrollo económico. Anota que su existencia depende de lo siguiente:

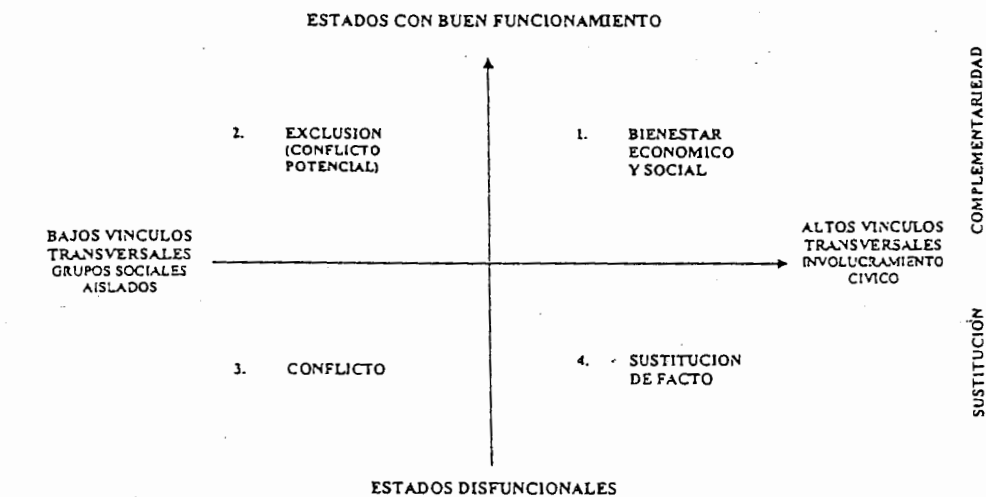
- ♦ Los vínculos al interior de los grupos primarios y redes sociales (capital social "enlazante"), que brindan confianza y solidaridad;
- ♦ Los vínculos entre tales grupos (capital social "puente"), que brindan mejores oportunidades económicas a los grupos menos poderosos o excluidos y reducen la probabilidad que las diferencias sociales crezcan al punto de convertirse en barreras sociales; y,
- ♦ Las interacciones Estado – grupos sociales, que pueden complementar los efectos anteriores, con un efecto positivo sobre el acceso a oportunidades por los grupos menos favorecidos.

La importancia de ver la participación como medio y como fin puede ser apreciada en la Figura 1, relacionando la existencia de vínculos transversales con la dinámica participativa de determinada población –la participación como fin-, en tanto que el buen o mal funcionamiento del Estado con la eficiencia, calidad y equidad en la prestación de determinado servicio –la participación como medio-. Al respecto, sólo cuando existe un elevado involucramiento cívico y el Estado funciona bien es que se podrá alcanzar el bienestar económico y social de la población.

En relación al fomento de la participación de la población y sus organizaciones en actividades tradicionalmente reservadas al quehacer público, Abramson et al (1988) señalan que la participación y deliberación de los ciudadanos en la gestión de su desarrollo promueve también una "transformación de la participación", en el sentido de que el acto de participar contribuye en la formación de un sentido de responsabilidad cívica en los ciudadanos y de una conciencia de su responsabilidad en su propio desarrollo y el de su comunidad.

El Informe sobre Desarrollo Mundial 2000/2001<sup>17</sup> destaca la importancia del fortalecimiento de las redes sociales de la población pobre a través del concepto de empoderamiento. Al respecto, afirma que, en adición a la provisión de servicios básicos, la lucha contra la pobreza requiere como aspectos prioritarios el empoderamiento, además de la creación de oportunidades y la protección social. Se entiende aquí al empoderamiento como hacer más sensibles a las instituciones estatales hacia las personas pobres y remover las barreras sociales e institucionales por razones de género, etnicidad o nivel social. En términos generales, se puede entender al concepto de empoderamiento como la mejora de las capacidades individuales y colectivas para decidir sobre sus condiciones de vida e influir en el bien común<sup>18</sup>.

**Gráfico N° 1: Relación entre Vínculos Transversales y Funcionamiento del Estado**



En relación a la vinculación entre sociedad civil y democracia, cabe señalar también que el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), en su Marco de Referencia en los programas de modernización del Estado y fortalecimiento de la sociedad civil, establece que una sociedad civil fuerte es condición necesaria para la vigencia del sistema democrático y para la existencia de un desarrollo sostenido y equitativo. Ello en la medida que los procesos de cambio que enfrentan los países de América Latina y la influencia de factores externos como la globalización implican un cambio sustancial del papel del Estado y de los diferentes actores sociales.

<sup>17</sup> Banco Mundial, 2000.

<sup>18</sup> Henderson & Thomas, 1987.

Este tema fue tratado en la Cumbre de las Américas de 1994 (Miami), en que los gobiernos participantes suscribieron que una sociedad civil poderosa y diversa infunde una profundidad y permanencia a la democracia, y que una democracia vigorosa requiere una amplia participación de todos los sectores en asuntos públicos.

---

## 1.5 BENEFICIOS Y RIESGOS DE LA PARTICIPACIÓN

---

### 1.5.1 Beneficios de la Participación

Tomando en cuenta los conceptos organizacionales mencionados y lo que señala la literatura existente en el tema de la participación, a continuación se presenta los principales beneficios de la participación en la atención de salud:

- Mejora el diseño de los proyectos.*- Los sistemas diseñados incluyendo la opinión de la sociedad civil y los gobiernos locales reflejan mejor las preferencias de la población local en relación con aquellos diseñados centralmente; en este último caso, la provisión tiende a ser similar en diferentes localidades, aún cuando las necesidades sean diferentes. Así, la inclusión del conocimiento de la realidad local de los beneficiarios da lugar a mejores decisiones respecto de los servicios a ofrecer.
- Mejora la calidad de implementación.*- La participación de la sociedad civil facilita la solución rápida de problemas en la etapa de implementación, gracias a su conocimiento sobre la realidad local y a su incentivo de que las soluciones que se adopten sean las mejores posibles.
- Disminuye las oportunidades de corrupción.*- Los recursos disponibles son mejor controlados y existen mayores incentivos para la eficiencia, gracias a que los ciudadanos y sus organizaciones participan activamente en la administración de los servicios.
- Mejora el sentido de apropiabilidad.*- Existe mayor compromiso de la sociedad para mantener y hacer suyos los logros alcanzados en aquellas iniciativas en las que participa directamente, lo cual resulta de especial relevancia para la sostenibilidad de los proyectos y servicios.
- Mayor equidad.*- La participación permite una mejor focalización de los proyectos y los servicios hacia la población considerada en riesgo, principalmente por los conocimientos que tiene la sociedad civil local sobre quiénes son los más pobres y vulnerables.
- Crea capacidad local.*- Las habilidades obtenidas por la participación permiten a la población y a sus organizaciones avanzar en proyectos de mayor alcance. Los conocimientos que adquieren sobre su propia situación y sobre la salud les permiten tomar iniciativa en la generación y desarrollo de mejores servicios.
- Mobiliza recursos.*- La participación permite movilizar recursos adicionales para la salud.

---

## 1.5.2 Riesgos de la Participación

Entre los riesgos a tomar en cuenta en el diseño e implementación de procesos participativos figuran los siguientes <sup>19</sup>:

- ☑ *Altos costos de transacción iniciales.*- La introducción de mecanismos participativos con un modelo inadecuado para determinado escenario puede implicar el incurrir en altos costos de transacción iniciales, entre otras cosas para hacer posible la inter-relación de actores en zonas donde existe conflicto entre éstos, así como para dotar a la población de las capacidades requeridas para su adecuada participación.
- ☑ *Exceso de expectativas.*- En la implementación de modelos participativos existe el riesgo de aumentar las expectativas de la población respecto de su participación de manera prematura o sobredimensionada. Ello generalmente se da debido a la débil información de los actores sobre las posibilidades y limitaciones del modelo de participación a utilizar, lo cual incluye el conocimiento de los tiempos que tarda la implementación así como la extensión de la participación que los actores locales tendrán. El problema de exceso de expectativas origina el descrédito de los mecanismos de participación y la frustración en la población <sup>20</sup>.
- ☑ *Sustitución del conocimiento técnico.*- Frente a la idealización de la participación, existe el riesgo de que los modelos de participación sustituyan, en vez de que complementen, el conocimiento técnico con el de la realidad local. Es decir, las mejores decisiones requieren el conocimiento técnico que traen consigo los profesionales de la salud y el de la realidad que tienen la sociedad civil y gobierno local de determinado espacio geográfico, y no sólo el primero.
- ☑ *Captura por elite local.*- Dado que los modelos participación incorporan la delegación de autoridad de un grupo de pobladores a un representante (sea éste una institución o individuo), se enfrenta el riesgo de que éste no responda a sus intereses, sino más bien a los de las elites locales.

---

## 1.6 DISEÑO DE MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN EN LA GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

---

### 1.6.1 Supuestos de los modelos de participación y criterios de elegibilidad

Los beneficios y los riesgos de los mecanismos participativos en el sector salud definidos en la literatura provienen de un conjunto de experiencias que abarcan tanto países desarrollados como países en desarrollo, ámbitos rurales y urbanos, así como ciudades grandes y pequeños distritos. La amplia

---

<sup>19</sup> Tanaka, 2001, refiriéndose a un documento de Bhatnagar y Williams, "Participatory Development and the World Bank. Potencial Directions for Change", World Bank Discussion Paper N° 183, Washington D.C., Banco Mundial.

<sup>20</sup> Banco Mundial, Mainstreaming Participation, pp. 16.

gama de experiencias, y los resultados diversos de éstas, lleva a la pregunta de cuáles son las condiciones que hacen que los modelos participativos exhiban resultados exitosos.

Al respecto, Llewellyn-Jones (2000) hace una revisión de la literatura y de las experiencias en participación en temas de salud y presenta las condiciones mínimas requeridas para el éxito de iniciativas de este tipo:

- Habilidades de los miembros de la comunidad.*- Son necesarias habilidades específicas de los miembros de la comunidad para aportar al proceso participativo. Se identifican tres áreas cruciales: aptitudes organizacionales, capacidad para gerenciar los recursos disponibles y disponibilidad de fuerza de trabajo con mayor especialización.
- Profesionales de la salud entrenados y comprometidos con la participación.*- Los profesionales de la salud deben tener adecuados niveles de entrenamiento para promover la participación, así como el compromiso de hacerlo. La falta de lo último constituye una barrera difícil de superar.
- Clima promotor de la participación.*- Se requiere también la presencia de un clima promotor de la participación al interior de las comunidades involucradas, lo cual incluye la existencia de relaciones de confianza, cooperación comunal y capacidad de movilización de la población y sus organizaciones.
- Capacidad de organización de la población.*- Deben existir componentes y recursos que aporten a la capacidad de la población de organizarse, como, por ejemplo, la existencia de Iglesias, ONGs, instancias de organización comunal, entre otras, que constituyan redes sociales que fomenten la participación. También son necesarios recursos materiales y financieros, entre otros.

En relación a las condiciones señaladas por Llewellyn-Jones, cabe mencionar que éstas no necesariamente tendrían que existir al inicio de la implementación de un modelo participativo, toda vez que el proceso mismo de implementación puede contemplar acciones para dar lugar a las condiciones señaladas.

Al respecto, Tanaka (2001) más que presentar condiciones para el éxito de iniciativas de este tipo define tres grandes contextos en que puede ocurrir la participación, en función de la complejidad que presentan. Así, establece una relación entre las características de las comunidades antes de implementar un modelo de participación y las implicancias que ello tiene en el diseño de modelos de participación. Los tres grandes contextos que define son los siguientes:

- Complejidad Baja:* corresponde a comunidades muy pobres, asentadas en áreas rurales, relativamente aisladas y homogéneas, que demandan acceso a bienes públicos esenciales.
- Complejidad Media:* comprende a comunidades pobres, con cierta integración con el mercado, menos homogéneas que las anteriores, que tienen acceso a los bienes públicos esenciales.

- Complejidad Alta:** se da en ámbitos urbanos, que tienen acceso a los bienes públicos esenciales y presentan una gran densidad de organizaciones.

Tanaka señala que sólo en el contexto de comunidades aisladas de extrema pobreza la participación puede asumir la forma de un involucramiento generalizado de la población, en tanto que en contextos de mayor complejidad la participación se da a través de líderes sociales y de grupos de interés. Así, en un contexto de complejidad media será de especial relevancia la capacidad de intermediación de los líderes locales entre los intereses de actores externos y las comunidades, en tanto que en uno de complejidad alta será relevante el respeto a las diferencias y la interacción pluralista y cooperativa de los dirigentes sociales. A continuación se presenta el Cuadro N° 2 que resume el planteamiento de Tanaka.

**Tabla N° 2: Contextos de la Participación**

Grado de Complejidad	BAJO	MEDIO	ALTO
Características de las poblaciones	Pequeñas, homogéneas, aisladas. Pobreza extrema	Grandes, heterogéneas, integradas a centros urbanos	Espacios urbanos
Principales bienes involucrados	Bienes públicos	Bienes públicos y semipúblicos	Bienes semipúblicos y privados
Formas de Participación	Involucramiento colectivo generalizado	Intermediación	Pluralismo
Actores Principales	Líderes comunales	Intermediarios	Líderes sociales-políticos
Formas de participación de la población	Participación con poca calificación	Grupos de interés	Grupos de interés y lógicas individuales
Desafíos	Desarrollo de capacidades en el nivel de la base	Formación de líderes democráticos	Coordinación y control horizontal de líderes sociales

Fuente: Tanaka (2001), adaptación. Fuente: Tanaka (2001), adaptación.

### 1.6.2 Funciones en que se puede promover participación

Un segundo elemento de importancia en la elaboración de un modelo participativo es la definición de las funciones en que se promoverá la participación. A fin de contar con un mayor detalle de los espacios de participación posibles, se ha elaborado la matriz siguiente:

Tabla N° 3: Grado de Relevancia de la Participación en la Gestión de la Atención de Salud

	Prestación de Servicios	Apoyo al desarrollo sanitario local	Soporte Gerencial
Planificación	+++	+++	+
Ejecución	++	++	
Monitoreo y Seguimiento	++	++	
Evaluación	+++	+++	+
Control	+++	+++	+++

+++ Mayor relevancia de la participación social  
 ++ Relevancia Media de la participación social  
 + Menor relevancia de la participación social

Así, es pertinente evaluar la participación en las distintas etapas del ciclo de gestión - planificación, ejecución, monitoreo y seguimiento y evaluación- en los distintos rubros involucrados en la atención de salud -prestación de servicios, apoyo al desarrollo sanitario local, soporte gerencial-

- Planificación.** Como se señaló antes en el presente documento, la provisión de los servicios de salud es más eficiente cuando responde a las necesidades específicas de los grupos poblacionales atendidos. La práctica de crear paquetes uniformes de cobertura - eficiente en términos de ahorro de recursos- es muy poco eficaz para atender a poblaciones diversas. Es relevante también la participación social en la planificación del desarrollo sanitario local, por las mismas razones expuestas para la provisión de los servicios.

La participación de los usuarios en las tareas de planeamiento ha sido vista como un medio para asegurar la apropiabilidad del servicio, así como para mejorar la eficiencia de los mismos. Al respecto, los usuarios se involucran en servicios de salud que han sido diseñados de acuerdo a las prioridades que ellos conocen y, por tanto, las intervenciones de los servicios tienen mejores resultados. La adecuada participación de los usuarios en esta tarea requiere la capacitación de la población en poder definir mejor los problemas que afronta, a fin de poder expresar sus preferencias de manera clara, como usuarios y como ciudadanos<sup>21</sup>.

- Ejecución de la atención de salud.** La participación en esta etapa del ciclo de gestión está relacionada con la promoción de salud y la movilización de recursos.

La promoción del bienestar físico, mental y social de la población es altamente reforzada cuando la población y las organizaciones locales participan activamente en ello. La acción de la población, de sus organizaciones y de los gobiernos locales en la difusión de

<sup>21</sup> Loewenson, 1999.



información y en la promoción de estilos de vida saludables y no riesgosos es de suma importancia para lograr "ciudades saludables", en especial en contextos de diversidad cultural.

En lo que respecta a la movilización de recursos, la participación muchas veces se da en la forma de trabajo voluntario o en el diseño y aplicación de mecanismos para conseguir recursos adicionales de la comunidad u organizaciones de la sociedad civil. Adicionalmente, al interior de las comunidades se pueden diseñar mecanismos de pago alternativos para el acceso a los servicios de salud, tales como pago en especie o trabajo, los cuales permiten que grupos carentes de ingreso se beneficien de los servicios de salud.

- Monitoreo y Seguimiento de la atención de salud.* La participación de la población y sus organizaciones puede servir para mejorar la administración de los centros de salud y el desarrollo sanitario local mediante el ejercicio de un mejor control sobre el uso de recursos y el monitoreo de los profesionales y otros actores que intervienen en la atención de la salud. Esta participación está asociada a la mejora de la gobernabilidad en los servicios de salud y a la reducción de los problemas de principal - agente.
- Evaluación.* Finalmente, la participación de la población, de organizaciones de la sociedad civil y de los gobiernos locales en la evaluación de los programas de salud contribuye a la retroalimentación de información para mejorar el sistema. La participación en el diseño inicial provee información necesaria para calzar la demanda por servicios de salud con la oferta, pero la participación en la evaluación garantiza la sostenibilidad y el acondicionamiento necesario para mejorar la provisión.

Un listado más amplio de las áreas donde es posible incluir la participación se presenta en el Cuadro N° 3, el cual fue resultado de un estudio realizado en 1996 en 18 países de América Latina y África; en el cuadro, las áreas se dividen entre aquellas que representan una concesión de poder y aquellas que consisten en una cesión de responsabilidades<sup>22</sup>.

---

### 1.6.3 Ambito de Intervención e Instancia de Participación

Para definir el ámbito de intervención es importante tener en cuenta que existe una relación inversa (trade-off) entre la disponibilidad de recursos -tanto humanos, materiales, capacidades, como redes sociales- y la complejidad de implementar mecanismos de participación. Así, por ejemplo, si se define como población objetivo de un modelo participativo a distritos urbanos, es probable que existan redes sociales constituidas y recursos humanos disponibles con niveles de capacitación elevados. Sin embargo, los costos de organización serán altos para obtener consensos operativos en una población que probablemente sea muy disímil, con una estructura generacional compleja y múltiples problemas de salud. Aunque con menos recursos organizacionales, similar situación se daría si se toma como ámbito a un conjunto de centros poblados, de diferente nivel de urbanización.

---

<sup>22</sup> Kahassy, H.M. and Baum, F. (1996): *The Role of Civil Society in District Health Systems: Hidden Resources* ARA Division, WHO, Geneva y Kahassy, H.M. (ed), Olowu, B. and Okiwelu, T. (1997): *The role of local government in health*. WHO/IWC/97.3 Geneva.

## Cuadro N° 1: Areas donde se puede incluir participación

### **Poderes**

- Decisión sobre prioridades en los servicios de salud
- Creación de postas de salud para atención primaria
- Selección, financiamiento y entrenamiento a determinadas categorías de personal de salud
- Negociación de acuerdos y códigos de conducta con el personal
- Compra de drogas y medicamentos
- Movilización de recursos para realizar inversiones en el sector salud
- Compras directas a proveedores privados o pedidos a departamentos estatales
- Realización de licitaciones para áreas específicas de trabajo
- Hacer cumplir regulaciones específicas a nivel local
- Formulación de líneas maestras y estándares para los servicios de salud

### **Responsabilidades**

- Implementación de políticas estatales de salud
- Asegurar la rendición de cuentas y revisiones contables por parte de auditores independientes
- Preparación de planes de desarrollo en salud y planes presupuestales de acuerdo a los mismos, y asegurar su implementación
- Gerenciar el manejo de fondos para medicinas y otras fuentes de ingreso
- Promoción de cuidados primarios de salud
- Generación de ingresos para temas de salud (vía impuestos, cargas, tasas, entre otros)
- Alquiler, reparación y mantenimiento de edificios o postas, así como mantenimiento de los materiales asociados.
- Movilización de la participación comunal y coordinación intersectorial
- Movilización de recursos (alimentos, trabajo, recursos financieros) para contribuir a los servicios de salud

Si por el contrario se define como población objetivo a poblaciones de menos de 500 personas, la disponibilidad de recursos y capacidades será bastante menor, pero los procesos participativos se podrán implementar con menores costos de transacción. Sin embargo, en situaciones de pobreza extrema, alto conflicto social, dispersión de población y presencia de minorías marginadas, Guldán (1996) señala que los modelos de cogestión con la participación pueden presentar problemas serios en términos de resultados, sugiriendo que de todas formas se debe buscar asegurar que los servicios respondan a los intereses de la población. En estos casos puede ser conveniente favorecer la participación de actores institucionales con mayores capacidades, buscando gradualmente una mayor participación de los propios beneficiarios.

La definición del ámbito de intervención tiene implicancias en la definición de los representantes de la "comunidad" o "entorno local" que tendrán una participación más activa en la gestión de los servicios, así como en la posibilidad de que ésta se de colectivamente o a través de grupos de interés, según se vio en los contextos planteados por Tanaka. A mayor volumen de

población y de urbanización, se requerirá de un mayor número de representantes, así como del diseño de mejores mecanismos de rendición de cuentas.

En las áreas rurales en que la población cuente con estructuras tradicionales, será importante establecer una relación armónica entre el funcionamiento del mecanismo participativo de la atención de salud y los mecanismos de organización de la población. Al respecto, la elección de representantes deberá responder a los mecanismos que utiliza tradicionalmente la comunidad para la toma de decisiones, fomentando sin embargo la utilización de prácticas democráticas y de equidad de género.

En relación a la definición de instancias de participación, será importante establecer cuán participativo puede ser el ejercicio de cada función. Así, mientras el establecimiento de prioridades admite una participación amplia, la administración de los servicios requiere de la participación sólo de representantes, a fin de evitar la inoperatividad por una toma de decisiones colectiva de cuestiones operativas.

Adicionalmente, a fin de evitar la captura de los servicios por los representantes que participan en la gestión de servicios, será importante establecer una instancia más amplia a la cual la gestión deba rendir cuentas periódicas de sus actos. Es decir, si bien la participación de representantes de la población en la gestión de la atención de salud aporta un elemento de control, es importante controlar al controlador, a fin de asegurar que los intereses con los que actúan los últimos sean los de los ciudadanos y no los propios. En tal sentido, será recomendable establecer mecanismos para que los ciudadanos puedan estar informados sobre la gestión de los servicios.

---

#### 1.6.4 Mecanismos de Resolución de Conflictos

La efectiva cogestión de servicios requiere que las partes sean responsables por sus acciones y sean conscientes de sus derechos. En términos ideales, un contrato entre las partes debería delimitar obligaciones, establecer derechos, definir las acciones concretas a ser desempeñadas por cada una de las partes y establecer penalidades en caso de incumplimiento<sup>23</sup>.

Sin embargo, en el caso de los servicios de salud, los resultados son difíciles de monitorear y medir y, además, por la propia naturaleza de los modelos de cogestión –en que varias partes participan en conjunto de la gestión de los servicios– es difícil establecer de manera explícita todas las obligaciones y funciones de cada una de las partes, con lo cual existe amplio margen para la aparición de conflictos.

Por lo tanto, con el fin de garantizar la sostenibilidad de los modelos de cogestión, se plantea la conveniencia de incluir en éstos la definición de mecanismos de resolución de conflictos, otorgando legitimidad a alguna instancia para dar solución a los mismos.

---

<sup>23</sup> Mackintosh, 1997 y Mills, 1998.

## 1.7 IMPLEMENTACIÓN DE MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN EN LA GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

### 1.7.1 Aspectos a Considerar en la Implementación de Modelos de Participación

En los párrafos siguientes se presenta una relación de aspectos a ser tomados en cuenta en la implementación de modelos de participación en la gestión de servicios.

- Apoyo y compromiso político.*- Según un informe reciente del Banco Mundial (2000b), la principal dificultad para la implementación de mecanismos participativos es la reticencia de los gobiernos de los países para llevarla a cabo. El apoyo político del gobierno central es crucial para iniciar la implementación de modelos participativos, toda vez que sólo así se pueden enfrentar los dilemas entre los intereses de los diferentes actores institucionales en relación a la cogestión<sup>24</sup>.
- Institucionalización de los mecanismos de participación.*- Frente a las reticencias que pueden presentar los profesionales de la salud y otros actores, será importante que la implementación de modelos de cogestión, así sea a nivel piloto, esté reglamentada y sustentada en normas y convenios. Ello es de especial relevancia en los primeros años de instalación del modelo, en que aún no se consolida el sentido de apropiabilidad del mismo por parte de la población, ni son evidentes aún los cambios y resultados de la promoción de mecanismos de participación en los servicios de salud<sup>25</sup>. Un cambio de autoridades de la salud puede implicar un vacío en la orientación respecto del rumbo a seguir y una pérdida de interés y disposición de los profesionales de salud del nivel local en mantener el modelo de cogestión, a menos que se cuente con normas y convenios que den permanencia al sistema.
- Apoyo y Capacitación.*- La instalación de un modelo de cogestión en un establecimiento implica mayores responsabilidades para la población u otras organizaciones y para los profesionales de la salud. Al respecto, será importante que un programa de implementación capacite adecuadamente a la población, a los representantes de ésta y de sus organizaciones y a los profesionales de la salud para el mejor desempeño de las nuevas responsabilidades, así como en lo que la participación implica y la forma de resolver los conflictos que se puedan presentar.
- Disponibilidad de Recursos Financieros.*- La implementación de modelos de cogestión muchas veces es parte de un esfuerzo mayor de reforma de la gestión de la salud, con lo cual un establecimiento en cogestión generalmente demanda más recursos financieros que uno sin cogestión. Adicionalmente, en todos los casos la implementación de modelos de cogestión implica la realización de una serie de acciones para hacer viable la instalación del modelo, lo cual demanda recursos adicionales por parte de las autoridades de salud. En tal sentido, la disponibilidad de recursos financieros es condición necesaria para la implementación exitosa de modelos de cogestión.

<sup>24</sup> Kahassy, 1991.

<sup>25</sup> Guldán, 1996, pp 691.

- ☑ *Promoción Local y Relación con actores del entorno.*- A fin de procurar mayor viabilidad a un modelo de cogestión, será importante involucrar en la instalación del mismo a los actores relevantes del entorno local, lo cual incluye al gobierno local, grupos de interés, organizaciones comunales, organizaciones de base, entre otras. Cobra especial relevancia la interacción con las autoridades territoriales -gobierno local y organizaciones comunitarias- a fin de adecuar el modelo a su idiosincrasia y mecanismos de toma de decisiones, así como obtener de ellas la información necesaria sobre los otros actores relevantes en el área.
  
- ☑ *Monitoreo y Evaluación.*- A fin de detectar problemas que se pudiesen estar presentando en la implementación de iniciativas de cogestión es importante monitorear y supervisar la misma a fin de hacer los ajustes que correspondan en el diseño del modelo o en el programa de implementación. Es también necesario evaluar los resultados que el establecimiento de los CLAS generan en términos de salud, a fin de detectar problemas que pudiese tener el diseño o programa de implementación del modelo.

---

### 1.7.2 Etapas de un Programa de Implementación

A fin de favorecer la adecuada instalación de un modelo de cogestión en establecimientos de salud, se recomienda que los Programas de Implementación incluyan por lo menos las etapas que se presentan a continuación.

- ☑ *Sensibilización.*- El punto de partida para instalar un modelo de cogestión en un establecimiento debe ser informar sobre ello a las autoridades de la localidad. Se debe informar sobre el modelo en sí, el programa de implementación, así como las implicancias de éstos, teniendo cuidado de no generar un desborde de expectativas. Es de especial relevancia la sensibilización de los profesionales de la salud del nivel local, toda vez que muchas veces el personal de las agencias de gobierno rechaza la participación por verla como una potencial amenaza para sus puestos de trabajo, así como para sus posibilidades de ejercer el poder con discrecionalidad. Al respecto, puede ser conveniente establecer mecanismos de reconocimiento y motivación a aquellos profesionales que favorecen la participación.
  
- ☑ *Promoción Local.*- Habiendo establecido contacto con las autoridades y profesionales de la salud, será importante difundir entre los pobladores y las organizaciones de la localidad las características del modelo de cogestión y, en especial, de la participación que tendrán en él. Se debe tener cuidado de convocar al universo de organizaciones representativas de la localidad, a fin de evitar que se conviertan luego en enemigas del modelo. Para ello, como se mencionó antes, será importante solicitar información al respecto a los gobiernos locales y otras autoridades territoriales. Incluso podría ser conveniente hacer explícito en las normas del Programa este procedimiento, a fin de que las organizaciones interesadas en ser convocadas lo comuniquen a sus autoridades territoriales.

Por otro lado, será importante motivar a la población e instituciones locales a participar, toda vez que, como señala Tanaka (2001), la participación no es espontánea y por lo general es efímera.

- ☑ *Capacitación.*- Como se señaló, la capacitación de la población y de los profesionales de la salud en sus nuevas responsabilidades será de especial relevancia para el éxito de un modelo de cogestión. La población debe adquirir conocimientos sobre criterios de gestión y eficiencia en el uso de recursos, así como conocimientos técnicos sobre temas de la salud, en tanto que los profesionales de la salud deben ser capacitados en el tema de la participación. Ambos deben ser capacitados en la resolución de conflictos.
- ☑ *Acompañamiento.*- Dado que la participación es un proceso, es importante que los Programas de Implementación contemplen un acompañamiento a los profesionales de la salud y a la población de establecimientos en que se instale un modelo de cogestión. Ello por cuanto sólo así se podrá verificar la pertinencia del modelo empleado, hacer los ajustes que se requieran y dar el soporte técnico que se necesite a nivel local.
- ☑ *Evaluación.*- Finalmente figura la etapa de evaluación, en que un análisis del funcionamiento del establecimiento permite detectar problemas en el diseño del modelo o en el programa para su implementación. Para poder realizar una evaluación adecuada será importante precisar desde un inicio los indicadores con los cuales se medirá el funcionamiento de un establecimiento de cogestión, así como levantar una línea de base que permita la comparación de la situación posterior con la situación ex - ante.

---

## 1.8 BIBLIOGRAFÍA

- Abramson, J., C. Arterton y G. Orren, 1988, *The Electronic Commonwealth*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Banco Interamericano de Desarrollo, marzo 1996, *Marco de Referencia para la acción del Banco en los programas de modernización del Estado y fortalecimiento de la sociedad civil*, documento aprobado por el Directorio.
- Banco Mundial, 2000a, *World Development Report 2000/2001, Attacking Poverty*, Washington DC.
- Banco Mundial, 2000b, *Participation Process Review*, Departamento de Evaluación de Operaciones, octubre 2000.
- Banco Mundial, Fiszbein, Ariel y Pamela Lowden, 1999, "Trabajando unidos para un cambio: Las alianzas público-privadas para la reducción de la pobreza en América Latina y el Caribe", Washington D.C.
- Banco Mundial, 1997, *World Development Report, 1997*, Oxford University Press; New York
- Banco Mundial, 1994, *The World Bank and Participation*, Washington D.C., World-Bank.
- Barber, Benjamin, 1984, *Strong Democracy: Participatory Politics for a New Age*, Berkeley: University of California Press.

- Bassett, M., Bijlmakers, L. and Sanders, D., 1997, Professionalism, patient satisfaction and quality of health care: experience during Zimbabwe's structural adjustment programme. *Social Science and Medicine* 45 (12): 1845-1852.
- Bennett, Sara and Barbara McPake (eds.), 1997, *Private health providers in developing countries: serving the public interest?*, Zed Books.
- Blau, J. and Blau, P., 1982, The costs of inequality: metropolitan structure and violent crime. *American Sociological Review* 47: 114-129
- Bloom, Gerald and Hilary Standing, 1999, 'Pluralism and marketisation in the health sector', unpublished paper prepared for the conference on Social Policy in the 21st Century, Institute of Development Studies, UK
- Cassels, A., 1995, Health sector reform: key issues in less developed countries. *Journal of International Development*.
- Cornwall, Andrea, Henry Lucas and Kath Pasteur, January 2000, *Accountability through Participation: Developing Workable Partnership Models in the Health Sector*. *IDS Bulletin* Vol. 31, No. 1, pp. 1-13.
- Cortez, Rafael, 1998, *Equidad y calidad de los servicios de salud*, Lima, Universidad del Pacifico.
- Craig, Gary y Marjorie Mayo, 1995, *Community Empowerment*, London, Zed Books Ltd.
- Dasgupta, Partha, 2000, "Economic Progress and the Idea of Social Capital", en P. Dasgupta e I. Serageldin, eds., *Social Capital: A Multifaceted Perspective*, Washington D.C.: The World Bank.
- Estrella, Marisol, 2000, *Learning from change: Issues and experiences in participatory monitoring and evaluation*. Institute of development studies, UK.
- Gaventa, J. and C. Valderrama, 1999, "Participation, Citizenship, and Local Governance." Background note prepared for workshop on Strengthening Participation in Local Governance, IDS, June 21-24, 1999. Sussex, UK: Institute for Development Studies.
- Gaventa, J. and M. Robinson, 1998, "Influence from Below and Space from Above: Non-elite Action and Pro-poor Policies." Paper presented at Conference on What Can be Done About Poverty? June 1998. Sussex, UK: Institute for Development Studies
- Guldan, Georgia, 1996, "Obstacles to community health promotion", *Social Science Medicine*.
- Kahssay, H.M. and Oakley, P., 1999, *Community Involvement in Health Development: a review of the concept and practice*, WHO, Ginebra.
- Kahssay, H.M. (ed), Olowu, B. and Okiwelu, T., 1997, *The role of local government in health*. WHO/IWC/ 97.3, Geneva
- Kahssay, H.M. and Baum, F., 1996, *The Role of Civil Society in District Health Systems: Hidden Resources* ARA Division, WHO, Geneva
- Kawachi, I., Kennedy, B.P., Lochner, K. and Prothrow-Stith, D., 1997, Social capital, income inequality and mortality. *American Journal of Public Health* 87: 1491-8

- Kahassy, H.M., 1991, *Community Involvement in District Health Systems*. World Health Organisations, Geneva.
- Loewenson, René, 1999, 'Public participation in health: making people matter', IDS Working Paper 84, Institute of Development Studies, UK
- Lorraine Llewellyn-Jones, 2000.
- Lupton, D., 1995, *The imperative of health: Public health and the regulated body*. Sage, London.
- Mackintosh, Maureen, 1997, *Managing public sector reform : the case of health care*, Development Policy and Practice Research, DPP working paper no. 37, Open University.
- Marmot, M., 1998, 'Improvement of social environment to improve health': *Lancet* 351: 57-60.
- Mills, Anne, 1998, 'To contract or not to contract? Issues for low and middle income countries', *Health Policy and Planning*, 13(1):32-40.
- Narayan, Deepa, 1999, "Bonds and Bridges: Social Capital and Poverty" Poverty Group, The World Bank, Washington, DC. <http://www.worldbank.org/poverty/scapital>.
- Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis, December 2000, *Yardstick competition: Theory, design, and practice*, The Hague.
- Osborne, and Gaebler, 1992, *Reinventing Government*.
- Paganini, J.M. y Capote Mir, R. (eds.), 1990, *Los sistemas locales de Salud*, Publicación científica N° 519, Washington D.C., Organización Panamericana de Salud, 1990.
- Perry, H. et al., 1999, 'Attaining health for all through community partnerships: principles of the census based, impact oriented (CBIO) approach to primary health care developed in Bolivia, South America', *Social Science and Medicine*, 48, p1503-1067.
- Putnam, Robert, 1995, "Bowling Alone: America's Declining Social Capital", *Journal of Democracy* 6: 65-78.
- Putnam, Robert, Robert Leonardi y Raffaella Nanetti, 1993a, *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*, Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Putnam, Robert, 1993b, "Prosperous Community: Social Capital and Public Life", *The American Prospect*.
- Quijano, Aníbal, 1998, *Otra noción de lo privado, otra noción de lo público: Notas para un debate público*, *Revista de la CEPAL* N° 35 (agosto), p. 101-115
- Richardson, R. and Waddington, C., 1996, *Community involvement is not easy*. *International Journal of Health Planning and Management* 11: 307-315.
- Tanaka, Martín, 2001, *Participación Popular en Políticas Sociales*, Consorcio de Investigación Económica y Social, Instituto de Estudios Peruanos.



UNDP, 1996, Institutionalizing Participatory Approaches to Development: Experiences within UNDP. Paper presented to the Inter Agency Learning Group on Participation, New York.

UNDP, UNDP Guidebook On Participation, Oxford Press, 1997

Valderrama, Mariano, 2000, Ong y los nuevos espacios para la concertación local: Roles y retos, Lima, CEPES.

Velarde, Federico, diciembre 2000, La Sociedad Civil en el Perú, documento entregado en presentación del Banco Interamericano de Desarrollo.

Wilkinson, R.G., 1997, Income inequality and social cohesion. American Journal of Public Health: 1504-6.

Wilson, M. and Daly, M., 1997, Life expectancy, economic inequality, homicide and reproductive timing in Chicago neighbourhoods. British Medical Journal 314: 1271-4.