

PLANIFICACIÓN LOCAL PARTICIPATIVA

**Metodologías para la Promoción de la
Salud en América Latina y el Caribe**

**Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud**

**PLANIFICACIÓN LOCAL PARTICIPATIVA:
Metodologías para la Promoción de la
Salud en América Latina y el Caribe**

Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud No.41



Organización Panamericana de la Salud

1999

Copyright© Organización Panamericana de la Salud 1999
ISBN 92 75 32259 7

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida o transmitida en ninguna forma y por ningún medio electrónico, mecánico, de fotocopia, grabación u otros, sin permiso previo por escrito de la Organización Panamericana de la Salud.

Este libro está especialmente destinado a los estudiantes de ciencias de la salud de América Latina y se publica dentro del Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX) de la Organización Panamericana de la Salud, organismo internacional constituido por los países de las Américas, para la promoción de la salud de sus habitantes. Se deja constancia que este programa está siendo ejecutado con la cooperación financiera del Banco Interamericano de Desarrollo.

Las opiniones que se expresan en este libro son las de los autores y no necesariamente las de la Organización Panamericana de la Salud.

Publicación de la
ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037

1999

Printed in Canada

PREFACIO

El programa de trabajo determinado por los Gobiernos Miembros que constituyen la Organización Panamericana de la Salud (OPS), dentro de sus actividades de desarrollo de la infraestructura y personal de salud, comprende la elaboración de nuevos tipos de materiales educacionales aplicables fundamentalmente a la formación de personal técnico, auxiliar y de la comunidad.

En cumplimiento de lo señalado por los Gobiernos, se presenta a la consideración de los interesados, dentro del marco general del **Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción**, la *Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud*, de la cual forma parte este manual.

El Programa Ampliado de Libros de Textos (PALTEX), en general, tiene por objeto ofrecer el mejor material de instrucción posible destinado al aprendizaje de las ciencias de la salud, que resulte a la vez accesible, técnica y económicamente, a todos los niveles y categorías de personal en cualquiera de sus diferentes etapas de capacitación. De esta manera, dicho material está destinado a los estudiantes y profesores universitarios, a los técnicos y a los auxiliares de salud, así como al personal de la propia comunidad. Está orientado, tanto a las etapas de pregrado como de postgrado, a la educación continua y al adiestramiento en servicio y puede servir a todo el personal de salud involucrado en la ejecución de la estrategia de la atención primaria, como elemento de consulta permanente durante el ejercicio de sus funciones.

El Programa Ampliado de Libros de Textos y Materiales de Instrucción (PALTEX) cuenta con el financiamiento de un préstamo otorgado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) a la Fundación Panamericana para la Salud y Educación (PAHEF). La OPS ha aportado un fondo adicional para contribuir a sufragar el costo del material producido. Se ha encomendado la coordinación técnica del Programa a la oficina coordinadora del **Programa de Desarrollo de Recursos Humanos** que tiene a su cargo un amplio programa de coope-

ración técnica destinado a analizar la necesidad y adecuación de los materiales de instrucción relacionados con el desarrollo de los recursos humanos en materia de salud.

El contenido del material para la instrucción del personal que diseña y ejecuta los programas de salud, se prepara con base a un análisis de sus respectivas funciones y responsabilidades.

La *Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud* se refiere específicamente a manuales y módulos de instrucción para el personal de los Ministerios y Servicios de Salud, siendo una selección de materiales que proporciona elementos para la formulación y desarrollo de programas de atención primaria.

RECONOCIMIENTO

Deseamos expresar nuestro especial reconocimiento a todos quienes participaron y contribuyeron a la producción de esta publicación durante las distintas fases de su preparación.

A la Unidad de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud de Chile, por el *Programa de Capacitación para Equipos de Salud en Programación Local Participativa*, experiencia que sirvió de base para esta propuesta: Nora Donoso, Hanne Grunpeter, Cecilia Guerrero, Helia Molina, Sergio Pezoa y Judith Salinas.

A los participantes del *Taller de Revisión de Experiencias y Análisis del Modelo de Capacitación en Programación Local Participativa*, realizado en la sede de OPS, en diciembre 1995: Miryam Gamboa y Carmen Rosa Serrano de Bolivia, Judith Salinas y Antonio C. de Azevedo de Chile, Socorro Gross de Colombia, María Antonieta López y Fernando Rocabado de Costa Rica, Carmen Alicia Arriaga y Diego Victoria de Guatemala, Jorge Mandl y María Toba de Venezuela, y a María Teresa Cerqueira por el excelente diseño y conducción del Taller; evento que proporcionó los contenidos iniciales de este Manual.

Agradecemos también a quienes enviaron sus comentarios y sugerencias durante la validación de los textos preliminares: Luis Andrés López, Rosa Villalba, Gisela Belalcazar, Amparo Vesga, Lucía Cuellar, Ligia Viáfara, Arno Klenner, Beatriz Saldivia, Teresa Cancino, Patricia Villaseca, Jaime Castillo y Alfredo Jerez. A los participantes de los *Talleres de Participación Social y Municipios Saludables* realizados en Santiago de Chile, en octubre de 1996 y septiembre de 1997, por los aportes que permitieron enriquecerlo. A todas las personas que enviaron materiales y publicaciones de sus valiosas experiencias. Proceso de validación realizado por Hanne Grunpeter.

La preparación general y redacción final del texto fue realizada por Judith Salinas y Cecilia Guerrero, con el apoyo administrativo de Angélica Gutiérrez, bajo la coordinación de María Teresa Cerqueira, Asesora Regional en Educación para la Salud y Participación Social, División de Promoción y Protección de la Salud de OPS/OMS.

INDICE

PREFACIO	iii
RECONOCIMIENTO	v
PRESENTACIÓN	5
INTRODUCCIÓN	7
I. MARCO GENERAL	11
1. Conceptualización de salud	11
2. Estrategia de <i>promoción de la salud</i>	14
2.1 Antecedentes	14
2.2 <i>Promoción de la salud</i>	16
2.3 Pilares de la promoción	22
2.3.1 Participación social	22
2.3.2 Intersectorialidad	28
3. <i>Promoción de la salud</i> en la Región Latinoamericana	31
3.1 La propuesta de municipios saludables	33
3.2 Contribuciones de las experiencias y nuevos desafíos	39
II. ENFOQUE ESTRATÉGICO	45
1. Planificación estratégica	47
2. Administración estratégica	49
2.1 Función de conducción	49
2.2 Función de programación	51
2.3 Función de gerencia	53
3. Aporte instrumental	55
3.1 Mapa político	55
3.2 Red de eslabonamiento estratégico	56
3.3 Mejor alternativa a un acuerdo negociado (MAAN)	58
3.4 Selección de estrategias de Mejoramiento (análisis FODA)	58
3.5 Diagrama causa - efecto	59

III. METODOLOGÍAS DE APOYO A LA GESTIÓN LOCAL	61
1. El marco lógico	62
1.1 Momentos del proceso de formulación de proyectos	63
1.1.1 El momento explicativo	63
1.1.2 El momento normativo	68
1.1.3 El momento estratégico	73
1.1.4 El momento táctico-operacional	74
1.2 Instrumentos de aplicación del marco lógico	75
1.2.1 Planificación estratégica situacional (PES)	76
1.2.2 Planificación de proyectos según objetivos (ZOPP)	77
1.2.3 Método Altadir de Planificación Popular (MAPP)	78
2. La investigación acción participativa (IAP)	83
2.1 La dimensión de la investigación	85
2.1.1 La investigación	86
2.1.2 La capacitación	88
2.2 La dimensión de la acción	91
2.3 Principios	93
2.4 Fases	94
3. La planificación local participativa	100
3.1 La inserción en la comunidad	104
3.1.1 Conocimiento	105
3.1.2 Convocatoria	107
3.2 El momento del diagnóstico participativo	111
3.2.1 ¿Para qué sirve?	112
3.2.2 ¿Quiénes lo hacen?	113
3.2.3 ¿Qué se busca conocer?	114
3.2.4 ¿Cómo hacerlo?	115
3.2.5 ¿Con qué instrumentos se realiza?	118
3.2.6 La actividad del diagnóstico participativo	120
3.3 El momento de la programación conjunta	124
3.3.1 Confeccionando un programa de trabajo	125
3.3.2 Los elementos de un programa de trabajo	127

3.4	El momento de la ejecución	140
3.4.1	Pasos básicos	140
3.4.2	Papeles y funciones	142
3.4.3	Dificultades más frecuentes	144
3.4.4	Actividades de apoyo	146
3.5	El momento de la evaluación participativa	153
3.5.1	¿Cuándo evaluar?	154
3.5.2	¿Qué evaluar?	155
3.5.3	¿Cómo evaluar?	160
3.5.4	¿Con qué evaluar?	162
3.5.5	¿Quién evalúa?	164
3.5.6	¿Qué hacer con la información?	165

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	169
---	-----

ANEXO 1:

GUIA PARA LA CAPACITACIÓN EN PLANIFICACIÓN LOCAL PARTICIPATIVA	179
• Introducción	181
• Guía N°1: La promoción de la salud	183
• Guía N°2: La planificación local participativa	184
• Guía N°3: El momento del diagnóstico participativo	186
• Guía N°4: El momento de la programación	189
• Guía N°5: El momento de la ejecución	193
• Guía N°6: Evaluación	195

ANEXO 2:

GLOSARIO	201
----------------	-----

ANEXO 3:

DECLARACIÓN DE JAKARTA SOBRE LA <i>PROMOCIÓN</i> <i>DE LA SALUD</i> EN EL SIGLO XXI JULIO 1997	211
---	-----

PRESENTACIÓN

El presente manual está dirigido a los equipos intersectoriales que realizan acciones de participación y *promoción de la salud* a nivel local, en el contexto de la estrategia de municipios saludables en la Región Latinoamericana.

Se propone aportar a su capacitación en conceptos y metodologías de apoyo a la gestión local con un enfoque estratégico, con especial referencia a los equipos de atención primaria de salud y organizaciones sociales.

Se ha diseñado como una guía que puede ser autoadministrada o utilizada como material de apoyo a programas de capacitación. De esta manera espera contribuir al desarrollo de conocimientos, capacidades, actitudes, habilidades y destrezas que permitan diseñar e implementar planes, programas o proyectos de salud comunitaria y *promoción de la salud*.

Consta de tres secciones. En la primera se presenta el marco general, que partiendo de la conceptualización de salud, pone énfasis en las más recientes estrategias impulsadas por OPS/OMS en *promoción de la salud* y municipios saludables.

En segundo lugar, se desarrolla abreviadamente el enfoque estratégico con la descripción de la planificación y de la administración estratégica, incluyendo herramientas operativas.

La tercera sección corresponde al texto central del documento. En ella se presentan las metodologías de *planificación local participativa*, *marco lógico e investigación acción participativa*, cada una con técnicas e instrumentos de apoyo. Dado los requerimientos de las experiencias de *promoción de la salud* a nivel local, se ha otorgado mayor desarrollo a la *planificación local participativa*, capítulo que se complementa con seis guías de capacitación para los equipos locales incluidas en el Anexo 1.

El texto incluye las referencias bibliográficas generales y específicas por países, que fueron consultadas durante la preparación de este manual.

Finalmente, se presente un glosario de conceptos y la reciente Declaración de Jakarta sobre *Promoción de la salud* en el siglo XXI.

INTRODUCCIÓN

El mundo está viviendo cambios de gran trascendencia en el ámbito político, económico, técnico y filosófico a los cuales no está ajena la Región de las Américas. Destacan como ejes las megatendencias relacionadas con la crisis de los paradigmas, la globalización y la internacionalización de la economía y las estrategias de descentralización y desconcentración del poder.

Cabe enfatizar que los procesos de descentralización que tienen presencia en los diferentes países de la Región en mayor o menor grado, no obedecen solamente a la aplicación de criterios administrativos, sino que expresan el espacio que ganan nuevos conceptos de desarrollo, orientados a la satisfacción de las necesidades humanas más que a mejorar factores macroeconómicos o de crecimiento, que tradicionalmente han sido considerados índices de desarrollo.

De esta manera, han surgido y cobrado fuerza diversas propuestas para el desarrollo, que tienen en común concebirlo como proceso integral de ampliación de oportunidades de las personas, los grupos sociales y las comunidades. Propósitos que se facilitan en espacios territoriales de pequeña y mediana escala, donde existen mayores posibilidades de participación, movilización de capacidades y recursos para lograr el bien común en términos sociales, económicos y políticos.

A nivel político, desde el decenio de 1980 la mayoría de países de la Región ha vivido procesos de transición desde gobiernos autoritarios hacia una democracia con distintos niveles de desarrollo, pero en general con descrédito de los mecanismos tradicionales de representación política, lo que ha contribuido a estimular procesos de nuevas formaciones de base.

Se produce una especial situación, mientras se tiende a la formación de grandes bloques y entidades supranacionales, se inten-

sifica la tendencia a las agrupaciones de países y comunidades locales identificados por particularidades étnicas y culturales que luchan por un mayor grado de autonomía, reforzando los conceptos de gobiernos regionales y locales, directamente vinculados al concepto de cultura de una comunidad específica.

En el área de la economía existe una globalización e internacionalización que conlleva una mayor competitividad entre países, pero también una mayor interdependencia, lo que sumado al avance vertiginoso de las comunicaciones y a la mayor circulación de bienes, genera un aumento de perspectivas y de conocimientos sobre sus ventajas y desventajas comparativas, fortaleciendo los argumentos para demandas de mejoría en la calidad de vida.

La crisis de los paradigmas y el cuestionamiento de los modelos hasta ahora utilizados se asocia a una valoración sobre los rumbos de la humanidad. Hoy se sabe producir todo lo que se imagina necesario para obtener una buena calidad de vida pero no se sabe si vale la pena hacerlo.

Los patrones occidentales vigentes hasta hoy ya no son considerados verdades absolutas y se ponderan, entre otros factores, los daños para el medio ambiente, dentro de un nuevo concepto de calidad de vida.

En el área social, si bien se reconocen las ventajas de la mayor democratización de las relaciones sociales, y del avance del conocimiento, hay fuerte preocupación por los efectos colaterales del desarrollo económico y tecnológico que junto al aumento de la competitividad internacional conllevan desempleo, marginalidad, migraciones y grandes inequidades dentro de los países y entre ellos.

Los avances ya mencionados, entre otros elementos, han generado una mayor sobrevida de la especie humana, demandando a los gobiernos intervenciones que garanticen niveles mínimos en las condiciones de sobrevivencia, aparejados con tranquilidad política y económica.

La paradoja es que mientras se espera que el Estado moderno sea pequeño, transfiriendo gran parte de sus funciones al área privada considerada más eficiente, cada vez hay mayores demandas para el sector público en el área social.

Desde el punto de vista de las instituciones de productos o servicios, existe una revolución en los estilos de organización y gerencia que permitan una gestión eficiente y eficaz. Estas nuevas organizaciones se caracterizan por ser sistemas de producción basados en el conocimiento, en la información y la automatización.

Fundamentándose en nuevos conceptos de tecnología y trabajo, las organizaciones se subdividen, se tornan modulares, se descentralizan, cambiando el modelo jerárquico por el trabajo en equipo. Los énfasis ya no están puestos sólo en la calidad del producto sino en la satisfacción del usuario o cliente. Al trabajo y toma de decisiones se asocian fuertemente los conceptos de participación social y redistribución del poder.

Esta situación descrita de manera muy sintética, no es ajena al sector salud, en donde todos los elementos mencionados se conjugan para conformar una situación compleja y de difícil abordaje.

La situación de salud de los países de la Región se caracteriza por la coexistencia de problemas de salud asociados al subdesarrollo, como son las enfermedades infecciosas y la desnutrición, con problemas más comunes en países desarrollados y generalmente envejecidos, como son las enfermedades crónicas no transmisibles, los accidentes y violencias, el abuso de sustancias adictivas, el cáncer y el SIDA.

I. MARCO GENERAL

1. CONCEPTUALIZACIÓN DE SALUD

La salud tanto en su concepción individual como colectiva es producto de complejas interacciones entre procesos biológicos, ecológicos, culturales y económico-sociales que se dan en la sociedad. Por lo tanto, está determinada por la estructura y dinámica de la sociedad, por el grado de desarrollo de sus fuerzas productivas, por el tipo de relaciones sociales que establece, por el modelo económico, por la forma de organización del Estado y por las condiciones en que la sociedad se desarrolla como son el clima, la ubicación, el suelo, las características geográficas y los recursos naturales disponibles.

Salud es un proceso social de constante tensión y conflicto, en la búsqueda permanente de mejores condiciones para el desarrollo de la calidad de vida y bienestar.

El concepto de salud/enfermedad es construido socialmente, en forma colectiva, con una lógica compleja donde se articulan visiones sociales e individuales, determinadas en gran medida por las diferencias culturales. Por tanto es un concepto evolutivo, dinámico y no es el mismo para toda la humanidad.

La monocausalidad está siendo sustituida por la multicausalidad y multifactorialidad de los condicionantes de la salud y sus variaciones, la idea de una capacidad biológica idéntica para todos los seres humanos, cambia por la de capacidad genética potencial favorable o desfavorable para generar salud, capacidad que es activada o deprimida por los factores ecológicos y sociales. Siendo evolutivos los tres sistemas se hallan en situación diferente en sociedades y grupos sociales concretos, debido a su asimétrica velocidad de evolución.

Si bien esta conceptualización es aceptada y aprobada por todas las naciones, no ha servido para definir y modificar

realmente sus modelos concretos y políticas de salud. La intervención programática, la investigación y la formación de los profesionales de la salud, siguen priorizando las bases biomédicas y persiste la tendencia a ignorar la necesidad del trabajo multidisciplinario y transdisciplinario en el abordaje de los desafíos de la salud pública.

Enfrentar un nuevo paradigma no implica desechar lo clásico sino complementar y armonizar lo tradicional con los nuevos principios y oportunidades.

El nuevo enfoque cambia el producto final del modelo desde “sin enfermedad” al de “bienestar” humano, complejizando enormemente la definición de responsabilidades, no sólo dentro del sector salud sino para toda la sociedad. No es suficiente, por lo tanto, corregir la forma de organización del sector salud ni modificar algunas estrategias, el cambio debe ser mucho más profundo. Se requiere que las personas, las familias, las comunidades, la clase política, el Estado y todos los actores sociales se comprometan y tomen posición frente al tema. *Se hace por lo tanto determinante el enfoque multidisciplinario e intersectorial.*

En este contexto es que hay que identificar la función que le corresponde al sector salud aceptando sus limitaciones y responsabilidades.

Salud y desarrollo

Existe sin duda, una estrecha relación entre salud y desarrollo considerándose la salud un componente fundamental del proceso de desarrollo. La salud y el bienestar de las personas y de las comunidades le dan razón de ser al desarrollo.

El vínculo entre los conceptos salud y desarrollo es recíproco y complejo, ambos son inseparables no solo por el sentido que comparten. La salud es resultado del nivel y formas de desarrollo en una sociedad, por cuanto éste determina los límites y

disponibilidad de recursos para el bienestar de los diversos grupos de la población. Por otra parte, la salud es condición esencial para el desarrollo por su impacto, tanto en la capacidad de trabajo humano como en el establecimiento de los climas de estabilidad, tranquilidad y progreso social que requiere el desarrollo.

Desde la perspectiva de la salud, el tipo de desarrollo que demanda la realidad de la Región debe estar orientado a incrementar la producción y la productividad con criterio de equidad para lograr el bienestar de los pueblos, orientado también hacia la paz y la justicia social. Por lo tanto no es posible pensar solo en beneficios macroeconómicos, sino en hacer todos los esfuerzos por responder al mandato ético de dar satisfacción a las demandas y saldar la deuda social con los grupos más desposeídos y marginados de nuestras sociedades.

Son condicionantes necesarios la integración regional, la descentralización política y administrativa, el fortalecimiento de la democracia y la concepción del Estado como un ente rápido, ágil, eficiente, eficaz, diligente en las decisiones de conducción, orientación y utilización de los recursos con el fin de afianzar la equidad y la vigencia de los valores como democracia y participación, independientemente del tamaño que se le asigne como el más adecuado o su relación con el mundo privado.

El complejo escenario esbozado representa un fuerte desafío a los países de la Región y específicamente al sector salud, donde se han ido generando respuestas secuenciales y lógicas. Se han estructurado o reestructurado los servicios de salud en la mayoría de los países hasta nuestros días, abriendo variados escenarios de reformas del sector, basadas en estas nuevas concepciones que consideran que los resultados en salud ya no dependerán exclusivamente del sector, sino de todas aquellos factores que signifiquen desarrollo social, económico, ecológico y cultural de los pueblos.

Cabe señalar que en la actualidad muchos de los países de la Región emprenden procesos de reformas del sector salud, que si bien se desarrollan por caminos propios, son coincidentes en los ejes centrales que les sirven de guía. La mayoría busca avanzar en procesos de descentralización y logro de equidad con participación de la comunidad, orientándose de manera particular a la revalorización y replanteamiento de sus servicios, en un intento por ajustarlos a las necesidades de salud de las personas, respondiendo a prioridades claras, con métodos de gestión adaptados a las condiciones actuales (lo que incluye una mayor consideración de los usuarios al momento de “rendir cuentas”), facilitando de esta manera la mejor utilización y focalización de los recursos.

Salud como producto social

La producción social de la salud se refiere a la activación de los procesos y acciones sociales que conducen al desarrollo de la salud individual y colectivo, en base al esfuerzo positivo de toda la sociedad. Puede comenzar en el propio individuo pero comprende las intervenciones formales e informales que se operan a nivel de la familia, del grupo social de pertenencia, de los servicios de salud y de otros sectores de la sociedad.

En función de esta perspectiva, la salud se constituye como un *producto social* en la medida en que es un resultante y depende de esas acciones que realizan en favor o en contra los diversos actores sociales y políticos que intervienen sobre las condiciones de vida de las poblaciones.

2. ESTRATEGIA DE PROMOCION DE LA SALUD

2.1 Antecedentes

Las orientaciones generales para los servicios de salud han sido materia de secuenciales propuestas que partieron en

el decenio de 1950. Se inicia este proceso en la Reunión de Presidentes en Punta del Este, de cuyo seno salió la carta del mismo nombre donde se consideraba un Plan Decenal de Salud para el decenio de 1960, definiéndose a la salud no sólo como objeto sino como sujeto del desarrollo, esta declaración releva a la salud a un plano de mayor importancia, en relación a su papel generador de bienes y desarrollo social. Se comienzan a plantear conceptos de programación local, aunque aún se mantiene con mucha importancia la participación de el nivel central.

Al finalizar el decenio de 1970, la atención primaria como estrategia de desarrollo fue puesta en un lugar relevante. En la reunión de Alma Ata los países de la Región constataron que los planes decenales anteriores no habían solucionado los problemas prioritarios de salud y la insuficiente e injusta distribución de los recursos para salud. Se comprometen entonces, con la meta de "salud para todos en el año 2000", reconociendo a la *atención primaria* (APS) como la estrategia apropiada para lograrlo.

La *atención primaria* (APS) se define como: asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación.

Sin duda la APS estuvo en etapa discursiva por bastantes años, su operacionalización real se desarrolló a partir de 1986 cuando en la XXII Conferencia Sanitaria, se aprueban las prioridades programáticas para la OPS en el cuatrienio 1986 - 1990 en base a tres ejes fundamentales para producir los avances en la transformación de los sistemas nacionales de salud:

- El desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud con énfasis en la atención primaria en salud.
- La atención de los problemas prioritarios de salud presentes en grupos humanos vulnerables con programas específicos puestos en marcha a través del sistema de servicios de salud.
- El proceso de administración del conocimiento necesario para llevar a cabo los dos aspectos anteriores.

En 1988, la Resolución XV de la XXXII Reunión del Consejo Directivo de OPS, se refiere a las necesidades del desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud (SILOS) en la transformación de los sistemas nacionales de salud. Se cumple así un ciclo que comenzó en los sesenta y que tiene como ejes la meta de salud para todos en el año 2000 y la estrategia de atención primaria. De esta forma los SILOS se transforman en la táctica operacional de la APS, adecuándose a las características de los países de la Región.

Paralelamente, desde fines de los ochenta y durante esta década, se comienza a incorporar el enfoque estratégico en la planificación de salud, promoviendo la utilización de herramientas innovadoras acorde a los requerimientos de una planificación local con énfasis cualitativo, que responda a las actuales necesidades de salud.

2.2 Promoción de la salud

En 1990 la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana, releva la necesidad de incorporar la *promoción de salud* como una estrategia dirigida al logro de un avance integral de salud y que responde al complejo perfil de la situación de salud de las Américas. Así la *promoción de la salud* viene a fortalecer los avances de la Estrategia de Atención

Primaria, agregando nuevos desafíos; ya que es concebida como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva.

Requiere del compromiso e interacción de los actores mencionados y de los diversos sectores (del ámbito público, privado y solidario), para obtener una acción realmente integral, con posibilidades de mejorar las condiciones de vida en los distintos aspectos. Como elemento central considerar **la participación de la comunidad afectada**, en el reconocimiento de sus problemas sentidos, en la toma de decisiones de las medidas y programas para enfrentarlos en el desarrollo y evaluación de las medidas concretas que incluyen estos programas.

El comienzo de este proceso, lo constituye sin lugar a dudas la Primera Conferencia Internacional de *Promoción de la salud*, realizada en Ottawa en 1986 con aportes fundamentales. En la Carta de Ottawa se define la *promoción de la salud*, estableciendo sus principios básicos, las vías y requisitos para su implementación:

La *promoción de la salud* se define como: “el proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla”

Propone que sea llevada a cabo centrándose en cinco campos de acción:

- Elaboración de políticas públicas favorables a la salud.
- Reforzamiento de la acción comunitaria.
- Desarrollo de las habilidades personales.
- Creación de entornos propicios a la salud.
- Reorientación de los servicios de salud.

Esta definición y campos de acción han orientado al quehacer en promoción. Han sido ratificados y ampliados en las siguientes Conferencias Internacionales de Promoción de La Salud (Adelaide 1988, Sundsvall 1991 y Jakarta 1997). Así, bajo estas directrices, la Declaración de Jakarta establece las siguientes cinco prioridades para la *promoción de la salud* del Siglo XXI:

- Promover la responsabilidad social por la salud.
- Aumentar las inversiones en el desarrollo sanitario.
- Consolidar y ampliar las asociaciones en pro de la salud.
- Ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo.
- Consolidar la infraestructura necesaria para la *promoción de la salud*.

En la Región, las directrices de Ottawa han sido profundizadas en las Declaraciones de Santa Fe de Bogotá, Colombia (1992) y en la Carta del Caribe de Promoción de la Salud (1993). También en 1986, tuvo lugar la reunión de Lisboa en la que 21 ciudades europeas se comprometieron

a elaborar métodos apropiados para promover la salud urbana.

La *promoción de la salud* se considera una respuesta válida, que permite recuperar la importancia del entorno social como elemento indispensable para lograr la verdadera equidad en salud, yendo más allá del concepto de medicina social, desde el momento que incorpora también el concepto de ser humano como sujeto dejando de lado las ideas de individuo y objeto.

En este contexto reaparece el interés por las actividades preventivas y educativas, difundándose el concepto de estilos de vida, los cuales se expresan en conductas individuales pero que tienen base cultural, política, social y económica. Esto lleva a destacar la importancia de procesos de construcción social de la salud, la necesidad de la participación social para alcanzar los objetivos propuestos y específicamente para el logro de cambios de conducta y de condiciones necesarias, en el camino hacia una mejor salud.

Los mensajes sobre los estilos de vida comienzan a ser incorporados en los enfoques epidemiológicos (por su relación con las enfermedades crónicas no transmisibles), económicos (por la disminución de costos), comercial (por la existencia de grandes intereses comerciales en productos asociados a estilos de vida sana) y también para los políticos de diferentes niveles (por su atractivo popular). Sin embargo, pese a su indudable importancia, deben ser abordados con precaución de modo de no traspasar toda la responsabilidad sobre su salud a las personas, eludiendo así la obligación social y política. La adopción de determinados estilos de vida, así como los cambios de conducta que se proponen requieren de un entorno social, económico, físico y ecológico favorable, que les dé soporte y permita su expresión.

De esta manera se hace necesario incluir el desarrollo de los diversos factores que inciden en ellos: pleno empleo e ingresos adecuados para la familia, condiciones favorables de trabajo, buena nutrición, vivienda apropiada, protección del medio ambiente y control de las diversas fuentes de contaminación, acceso a la educación, oportunidades para el descanso, recreación y desarrollo cultural, participación de la comunidad en las actividades y decisiones que afectan su vida, disminución de factores de estrés, y violencia, etc.

La implementación de la estrategia de *promoción de la salud* en el marco de la estrategia de atención primaria requiere, además de un enfoque desde el ámbito local, de un cambio de fondo en el sector salud. Debe abandonar el papel tradicional de experto que entrega instrucciones y recomendaciones, reemplazándolo por el de cooperante que aporta información, conocimientos y herramientas a los otros sectores y a las comunidades para realizar las tareas en forma conjunta. Esto significa entregar autonomía y poder a otros, implica reconocer en el otro un actor activo que también aporta y con el cual se negocia.

La estrategia de *promoción de la salud* reúne condiciones que justifican y aconsejan su implementación:

- Permite avanzar hacia la meta de lograr mayor salud y bienestar.
- Incorpora el concepto de salud positiva.
- Reconoce el componente socioecológico de la salud.
- Reconoce a la persona como sujeto con derechos y deberes, y al usuario como centro del quehacer del sector salud.

- Enfrenta a las patologías prevalentes desde sus condicionantes básicos.
- Presenta una alternativa a la crisis organizacional, financiera y sobre todo de impacto, que viven los sistemas de salud en la actualidad.

Los principales problemas de salud que enfrentan actualmente los distintos grupos de la población, tienen un origen complejo, de variadas causas, las enfermedades de mayor prevalencia (enfermedades crónicas no transmisibles) están asociadas a factores de riesgo que son comunes a muchas de ellas, cuya reducción es posible con acciones integrales que cuenten con un compromiso activo de la población.

De esta manera, se hace necesario promover acciones integradas, centradas en las personas sanas y con un concepto de salud positiva, buscando soluciones que consideren una acción mucho más amplia que la que pueden ofrecer los servicios sanitarios.

Además de que la magnitud y severidad creciente de estas enfermedades trae consigo un incremento de la demanda de atención de los servicios de salud, superando con frecuencia su capacidad de respuesta debido a los altos costos que ello significa, la complejidad de las causas requieren de soluciones innovativas, abordadas con enfoques más amplios que los de asistencia médica tradicionalmente utilizados por los servicios de salud.

De acuerdo a esta realidad, se ha ampliado el concepto de salud, con modelos conceptuales que consideran los diversos factores condicionantes de la situación de salud, entre los que cabe destacar:

- Estilos de vida, que tienen que ver con formas culturales e históricas que influyen para la decisión de las formas de vida de las personas.
- Condiciones de vida, relacionadas con las posibilidades materiales de vivir de determinadas maneras.
- Medio ambiente.
- Biología humana.
- Organización de los servicios de salud.

La *promoción de la salud*, siendo una estrategia para facilitar el mejoramiento de la calidad de vida de la población, está estrechamente relacionada con las metas definidas por la estrategia de atención primaria, y ambas requieren de nuevas formas concretas de expresión local que reconozcan efectivamente la participación social y hagan posible la necesaria reorientación de los servicios de salud, en función de políticas públicas que incorporen la salud, bienestar y calidad de vida como ejes sustantivos.

2.3 Pilares de la promoción

De esta manera, pasan a constituirse en pilares fundamentales de la *promoción*, la **participación social** y la **intersectorialidad**, sobre la base de los requerimientos de la descentralización y su orientación al desarrollo local.

2.3.1 Participación social

La *participación social* constituye un eje principal de los enfoques integrales en salud expresados a través de las estrategias de atención primaria, SILOS y *promoción de la salud* anteriormente descritos. A ello se agrega el hecho de

que la participación pasa a ser uno de los puntos básicos de los procesos de modernización de la gestión pública.

Bajo estas consideraciones, su desarrollo ha sido impulsado reiteradamente por los diversos organismos y reuniones internacionales del sector, en especial OMS/OPS, lográndose el compromiso de la mayoría de los países de la Región.

En la comprensión de la participación en salud se observan tendencias entre las cuales se ubican:

- La de colaboración de la comunidad en actividades puntuales del cuidado de salud o extensión de cobertura y servicios propios del sector, incluyendo acciones como son la formación de promotores u otros agentes comunitarios.
- La de motor conducente al desarrollo y *promoción de la salud*, poniendo énfasis en la necesidad de reconocer en la práctica la participación de diferentes actores y sectores, ya que la salud sólo puede lograrse con el compromiso y acción de la sociedad en su conjunto.

No obstante existe un amplio consenso en conceptualizarla como un proceso social inherente a la salud y desarrollo, a través del cual los grupos comunitarios, organizaciones, instituciones, sectores y actores sociales de todos los niveles, intervienen en la identificación de necesidades o problemas de salud y se unen para diseñar y poner en práctica las soluciones o acciones a seguir.

Este concepto reconoce la intervención de las personas, familias, grupos, organizaciones sociales y comunitarias, instituciones públicas, privadas y solidarias en la tarea de prevenir, mejorar, recuperar y promover la salud.

La participación social tiene como prioridad la construcción de capacidades, la capacidad de la comunidad para analizar y priorizar sus necesidades, formular y negociar sus propuestas. Se trata de construir lazos de solidaridad, de reconocer la informalidad y flexibilidad de los grupos sociales, de fomentar el intercambio de saberes, el compartir historias y experiencias; y de comprender la incorporación de lo social.

Este concepto se genera en un contexto político-administrativo donde se necesita fortalecer el nivel local, descentralizar las decisiones y el control sobre los recursos al nivel local. La participación social plantea fortalecer las formas democráticas de gobierno, que en muchos países de la región son recientes y aun bastante frágiles. Esto se plantea frente a la necesidad de una actividad constructivista entre organizaciones sociales y gobierno local.

La participación social nace ante la necesidad de lograr la equidad y la justicia social evitando los enfrentamientos y posturas contestatarias desgastantes. Este escenario implica la urgencia de aprender nuevas formas de manejar los conflictos, de construir alianzas y consenso.

Algunos países de la Región, en especial Chile, con fines de operacionalizar otros conceptos de participación social, desde el sector salud, han diferenciado un nivel interno de participación y otro externo a las instituciones de salud.

A *nivel interno*, la participación otorga un nuevo estilo de gestión, lo que unido al aporte de las disciplinas de la administración, se identifica como **gestión participativa**. La experiencia ha demostrado que para imprimir un decidido impulso a la participación social es necesario también debatir, formular, implementar y evaluar estrategias de participación de los trabajadores de salud, con el fin de fortalecer su identidad con los establecimientos, el

desarrollo organizacional y calidad de servicios, así como su aporte a esta nueva concepción de salud.

En el *nivel externo* la relación con los usuarios y ciudadanía, se entremezclan los conceptos de participación comunitaria, acción comunitaria o de trabajo comunitario, todas ellas tienen en común el objetivo de potenciar los espacios y capacidades de trabajo conjunto entre la comunidad y equipos de salud.

La participación social no se fundamenta solo en razones de tipo ético (tomar en cuenta a las personas afectadas) o político (de profundización de la democracia), sino que también obedece a una necesidad técnica del sector salud, puesto que contribuye efectivamente a:

- ✓ *La mejoría de la calidad de la atención y el aumento en la satisfacción de usuarios y trabajadores de los servicios de salud*, ya que la atención de salud se organiza considerando diversos aportes y opiniones, en especial la de los usuarios, permitiendo centrar mejor las acciones para responder a las necesidades, expectativas y problemas de la población. Compartir objetivos centrales, ofreciendo y recibiendo un servicio de la máxima calidad, altamente valorado, genera mayor satisfacción para usuarios e integrantes de los equipos de salud.
- ✓ *La movilización de recursos y construcción de redes locales*, con el aporte de los diversos actores y sectores (sociales y técnicos) presentes en la comuna, que reconocen su cuota de responsabilidad en el proceso de producir salud, aportando sus recursos disponibles (materiales, humanos o financieros) y potenciando o reforzando entre sí sus diversas acciones en beneficio de la comunidad usuaria.

- ✓ *La adecuación de los programas de salud y generación de nuevos proyectos que respondan a las necesidades de la población local*, porque se incorpora en los distintos momentos de la planificación y elaboración de programas, la visión, opinión, expectativas y demandas de los diversos actores sociales que están en la localidad, en especial, de los usuarios de los servicios.

- ✓ *La promoción de la salud*, proceso que requiere del compromiso de la comunidad usuaria de los servicios del sector, como actor fundamental para mejorar su situación de salud.

De esta manera, se pueden plantear como objetivos de la participación social en salud, contribuir:

- ⇒ Al desarrollo de las personas como sujetos activos del cuidado de su salud.

- ⇒ A la creación de comunidades con capacidad de interlocución con el sector salud (en sus diferentes niveles de gestión).

- ⇒ A la construcción de ciudadanía que expresa sus opiniones y demandas, evalúa y ejerce un control social sobre el sistema de salud y se involucra activamente en la producción social de la salud y bienestar.

Acción comunitaria

La acción conjunta y el intercambio de opiniones y experiencias entre los usuarios y comunidad es la dimensión fundamental de la participación social en salud. De esta manera, la participación social plantea como primera tarea impulsar y fortalecer la acción comunitaria en todos los niveles del sistema de salud. Se busca así, el compromiso

de las personas y de las organizaciones sociales en las diversas acciones destinadas al logro de mejor salud.

Se busca en especial, que la *comunidad* pueda tomar parte o influir en las decisiones sobre los asuntos de salud que les afecta y pueda involucrarse en el análisis, planificación y *promoción de la salud*, junto a los equipos técnicos de diversos sectores y disciplinas que pueden aportar recursos (humanos, materiales y financieros) en esta tarea.

Los equipos de salud han realizado tareas de trabajo comunitario como parte de sus actividades habituales, desde hace varias décadas. Labores educativas, de motivación y apoyo a las organizaciones sociales de difusión u otras orientadas a la prevención y *promoción de la salud*, han formado parte de los programas del sector de manera permanente.

Los actuales conceptos y enfoques de salud pública consideran indispensable el desarrollo de espacios formales para el ejercicio de la participación de la comunidad en los diferentes momentos de la atención y gestión de salud. El objetivo central de las acciones de salud: la mejoría de la calidad de vida de la población usuaria de los servicios, no puede ser alcanzado sin considerar las aspiraciones y expectativas que ella misma tiene en este sentido.

En esta dimensión de la promoción de salud es necesario:

- Estimular el fortalecimiento de las organizaciones comunitarias de salud y articulación de redes.
- Crear y apoyar instancias de participación que involucren a los usuarios y sus organizaciones sociales (consejos y comités con funcionamiento regular y legitimidad institucional).

- Incluir el trabajo comunitario, en los planes y programas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.

2.3.2 Intersectorialidad

La **acción intersectorial** es el trabajo coordinado de instituciones representativas de distintos sectores sociales, mediante intervenciones conjuntas destinadas a transformar la situación de salud y aportar al bienestar y calidad de vida de la población.

La situación de salud de una población es resultado de la interacción de una serie de condicionantes que determinan su grado real y potencial de bienestar. Los problemas y carencias en salud, poseen una multicausalidad y deben ser abordado con diversas competencias y recursos, aparte de los que aporta el propio sector. No es posible que el sistema de salud por sí solo pueda alcanzar las metas que se propone, basado en las acciones y recursos que pueda movilizar. Se requiere por lo tanto, de un esfuerzo coordinado de los distintos sectores del desarrollo social y económico (instituciones y empresas públicas y privadas), quienes aportan a la salud y calidad de vida de la población desde sus ámbitos específicos.

Es frecuente que previo o junto con el proceso de coordinación con otros sectores, se de una mayor consolidación del sector salud (y de cada sector) de manera más amplia, con distintos grados de integración o coordinación de las instituciones que persiguen fines similares: servicios públicos, organismos no gubernamentales, empresas privadas, organismos de carácter solidario, organizaciones sociales, etc.

La acción intersectorial demanda al sector salud no sólo iniciativa sino también receptividad. Es necesario

responder a convocatorias de otros sectores y/o contribuir a la creación de instancias de acción intersectorial, en los que se aborden los problemas de la población a través de acciones que se basen en un *pensamiento intersectorial* (ser capaz de ver los problemas desde diversos ángulos), se logre una *coordinación intersectorial* (intercambio efectivo de información, recursos, propuestas, etc), para concretar *proyectos intersectoriales* (intervenciones conjuntas para mejorar condiciones de vida de la población).

En el nivel nacional, la acción intersectorial requiere estar presente en el diseño de políticas, planes y programas, así como en la regulación y legislación sanitaria. En el nivel local, en el diseño y ejecución de proyectos específicos de corto y mediano plazo insertos en gobiernos regionales y comunales u otros espacios de ejecución de las políticas sociales.

Líneas de acción intersectorial son:

- convocar y/o responder a convocatoria de otros sectores,
- establecer mecanismos de diálogo y acción permanente entre el sistema de salud, los gobiernos locales y regionales.

Señalábamos que uno de los requisitos para el desarrollo de la promoción es la **descentralización**, en que a través de reformas político-administrativas, se pretende lograr una redistribución territorial del poder, la autonomía de decisión y de control de recursos, permitiendo poner fin al centralismo. Puede constituir un instrumento propicio para democratizar los procesos sociales y para aumentar la participación de las comunidades a través de un fortalecimiento de los gobiernos regionales o comunales.

Resulta importante, sin embargo, tener presente algunos de sus peligros ante una posible asignación inequitativa de recursos como resultado de mayor mercadeo local y la posibilidad de obstaculizar los objetivos propuestos si no es el resultante de una serie de reformas secuenciales y cuidadosamente diseñadas.

En un proceso de descentralización, el desarrollo de la participación y la intersectorialidad requieren de instancias reales y efectivas que estimulen y fortalezcan esta práctica.

Las instancias que se creen exigen un cierto grado de formalización, un trabajo regular y vinculación con quienes toman las decisiones en los establecimientos de salud. El carácter de sus actividades requiere estar de acuerdo con la cultura institucional y de la población. Deben tener representación real de todos los involucrados (usuarios, comunidad o personal); y por sobre todo contar con el decidido apoyo y voluntad política de las autoridades.

Con frecuencia las experiencias de los diferentes países de la Región, demuestran que ellas surgen de la transformación o adaptación de espacios que ya existen y se van ampliando en los distintos niveles de los sistemas de salud, integrando a las organizaciones, usuarios y representantes de otros sectores. De esta manera, se profundizan procesos de encuentro, crecimiento y consolidación de los diferentes actores sociales que actúan en conjunto, lo que permitirá el enriquecimiento de los aportes específicos.

La creación y fortalecimiento de estas instancias se verá facilitada, con modelos operativos flexibles, que puedan orientar las decisiones de los equipos en el nivel local, creando sus propios modelos y formas de participación e

intersectorialidad. Así diferentes consejos, comités, mesas de trabajo o grupos de acción van expresando la diversidad de caminos posibles.

También es importante que existan mecanismos de participación en el propio sector salud, con un carácter asesor a la toma de decisiones, permitiéndoles poder realizar funciones informativas, consultivas, asesoras, propositivas, ejecutivas y resolutivas.

Se hace necesario considerar que estas funciones son cambiantes y pueden modificarse en el tiempo en un mismo establecimiento, localidad o comuna. Es frecuente que tanto los representantes de la comunidad o sus organizaciones como los integrantes de los equipos de salud y otros sectores, avancen progresivamente facilitando este cambio de carácter en las instancias en que intervienen.

3. PROMOCION DE LA SALUD EN LA REGION LATINOAMERICANA

La *promoción de salud* de reciente e intenso desarrollo en la Región, se expresa hoy día en el movimiento de escuelas y municipios saludables. A continuación se presenta la propuesta y experiencias de municipios por ser el ámbito más propicio para la aplicación de las metodologías de *planificación local participativa*, aunque también se reconoce su potencial en los distintos lugares de acción de la promoción: escuelas, lugares de trabajo y otros espacios locales.

El movimiento de municipios saludables representa una concreción en el nivel local de los postulados de la promoción de salud. Las intervenciones en este marco se dirigen hacia determinantes de la salud más que hacia sus consecuencias de enfermedad, facilitando las condiciones para que las personas puedan mejorar su situación de vida.

Este movimiento encuentra su origen en el concepto de ciudades saludables, acuñado en Canadá y países de Europa (a fines del decenio de 1970). Características comunes para estas son ambiente limpio, seguro y de alta calidad física; comunidad fuerte, participativa y comprometida con su propia salud; economía sostenible, diversa, vital e innovadora; respuesta a las necesidades básicas de sus habitantes (alimentación, vivienda, educación); acceso a diversas experiencias y recursos; reconocimiento de su historia, cultura y biología; marco higiénico-sanitario con servicios de salud pública y de tratamiento de las enfermedades de alta calidad, apropiados y accesibles.

Posteriormente con el desarrollo de las estrategias de *atención primaria y promoción de la salud* se incorporan términos que representan mejor las estructuras político-administrativas, y los actuales procesos de descentralización, permitiendo un mejor aprovechamiento de recursos e inclusión de sectores urbanos y rurales.

Se introduce de esta manera, el concepto de *municipios saludables o municipios por la salud* que resulta mucho más coherente para el contexto de la Región. A principios de los noventa, la OPS tomó el liderazgo de impulsar este movimiento en América Latina, observando durante este período importantes avances tanto en el desarrollo del proceso como en el aprendizaje con una incorporación progresiva de la mayoría de los países de la Región. Diversas conceptualizaciones han sido difundidas, pero desde el punto de vista operativo en América Latina se considera que **un municipio empieza a ser saludable cuando sus organizaciones locales y sus ciudadanos adquieren el compromiso e inician el proceso de mejorar continuamente las condiciones de salud y el bienestar de todos sus habitantes.**

De esta manera un municipio es “*ya saludable*”, con independencia de su situación de partida, si establece

mecanismos que generen ganancias progresivas en su nivel de salud. Lejos de buscar la utopía, esta definición pretende operacionalizar la “idea-fuerza” de municipios saludables en función de la realidad cercana a la mayoría de los municipios que aún distan mucho de tener unos indicadores ideales de salud.

El movimiento de municipios saludables se desarrolla considerando las variantes propias de cada situación local, pudiendo el sector salud asumir la iniciativa o el liderazgo en determinadas situaciones, pero reconociendo que el proyecto no es del sector sino de la ciudad, comuna o municipio en su totalidad; en donde la participación de la comunidad debiera formar parte desde el principio dado que se trata de “su” proyecto.

El sector salud está por consiguiente, cambiando su posicionamiento frente a su responsabilidad en la obtención de salud de los individuos y las comunidades, con un enfoque estratégico que le permita interpretar la realidad y buscar las distintas soluciones posibles y facilitar la confluencia de intereses y experiencias de los diferentes actores.

3.1 La propuesta de municipios saludables

Los siguientes son los aspectos centrales de la propuesta de municipios saludables:

- Es un **proceso**, no un estado a alcanzar, que parte de la realidad existente en cada país. Para representar mejor esta característica, se ha utilizado en el último período el concepto de municipios *por la salud*, en lugar de municipios saludables. Se realiza en base a proyectos locales, que aportan elementos al desarrollo de las comunidades, mejorando constantemente las condi-

ciones de salud de la población. Estos se llevan a cabo de acuerdo a las diferentes realidades de los municipios, considerando su historia, identidad, así como la cultura, aspiraciones, problemas y potencialidades de sus habitantes. Su evolución es determinada por las condiciones o cambios políticos, sociales y económicos de carácter más global, a la vez que influye sobre ellos al aumentar capacidades y espacios de acción de la población y del resto de los actores sociales.

- Su **objetivo**, es el de **promoción de la salud**, maximizar la salud y bienestar, actuar sobre los riesgos y determinantes de la salud, mejorar las condiciones de vida de la población en los diversos aspectos que influyen sobre su situación de salud (trabajo, educación, cultura, alimentación, etc.).

El municipio por la salud no sólo constituye un ecosistema estable y armónico, sino además, debe proporcionar condiciones sociales, económicas y ambientales que permitan el crecimiento, desarrollo y expresión plena de cada uno de sus habitantes. Es el primer espacio en que se empiezan a reconocer y corregir las desigualdades, ya que sus políticas básicas deben estar orientadas hacia los sectores más afectados por la desigualdad social, facilitando la acción continua de todos los ciudadanos en la búsqueda, elección y desarrollo de sus mejores condiciones de vida, salud, ambiente físico, cultural y social. Así, se aplican en forma de proyectos concretos los principios de la promoción de salud.

- Se realiza en un **espacio determinado**, definido no sólo desde el punto de vista geográfico o físico, sino también poblacional, administrativo y político. Esto quiere decir que cuenta con una comunidad deter-

minada, que comparte su historia, problemas y condiciones generales, a la vez que posee sus propios recursos económicos, legales y una autoridad política local. Estos elementos facilitan el desarrollo de acciones y programas adecuados para responder a las necesidades de esa comunidad.

Los municipios corresponden a la división político-administrativa de una gran cantidad de países de la Región, sin embargo, en muchos otros estas unidades del espacio local reciben distintas denominaciones que expresan las singularidades geográficas y político-administrativas de cada país: cantones, parroquias, distritos, islas u otras. El nombre de movimiento de municipios por la salud, ha sido adaptado en muchos casos, considerando una serie de factores como: logro de mayor identificación de la población, facilidades para llevar a cabo las políticas, posibilidades de lograr mayor compromiso de las autoridades y otros actores locales, etc.

- Se desarrolla con la **participación y compromiso de diversos actores locales**, es la expresión de una decisión colectiva de las instituciones y de la ciudadanía del Municipio. Entre los actores principales se cuentan las organizaciones sociales y representantes legítimos de la comunidad local, grupos poblacionales relacionados con una actividad productiva o que presentan necesidades y problemas de salud específicos, equipos de salud que desarrollan acciones en atención primaria, autoridades locales, diversos sectores e instituciones públicas y privadas presentes en el municipio. Entre todos ellos se establece una interacción, canales de comunicación abiertos y permanentes, responsabilizándose o compartiendo diversas funciones según sus capacidades y características particulares, en las decisiones, ejecución y evaluación de los programas

orientados a mejorar las condiciones de vida de la población.

La reorientación de los servicios de salud hacia la promoción, así como el compromiso de las autoridades locales son especialmente importantes, ya que permite que las acciones de desarrollo del municipio se determinen considerando a los diversos actores, de manera concertada y que sean coherentes y útiles a las estrategias de *promoción de la salud*.

A partir de estas características pueden reconocerse como principios básicos del *movimiento de municipios por la salud* la **descentralización**, la **participación social** y la **intersectorialidad**.

En el espacio local resulta mucho más fácil obtener la motivación y el compromiso del nivel social (o ciudadano), político y técnico con proyectos concretos orientados al desarrollo armónico, mejoramiento de las condiciones de vida y *promoción de la salud* de la población. Presenta oportunidades relacionadas con:

a) *La comunidad local (ciudadanía):*

Las personas que desarrollan allí su vida cotidiana, en la que se producen y resuelven la mayoría de sus problemas de salud. Al nivel social o ciudadano se le facilita:

- decidir e impulsar cambios fundamentales en las condiciones y estilos de vida, coherentes con las tradiciones y cultura que comparte, orientados a la promoción de su salud;

- participar organizadamente, movilizarse y articularse en la búsqueda y puesta en marcha de soluciones a sus problemas sentidos, y prioritarios de salud ampliando sus posibilidades de influencia.

b) *Las autoridades políticas:*

Las autoridades que tienen responsabilidad de establecer políticas para un territorio y población determinados, más cercano, homogéneo, fácil de conocer y administrar. De esta manera se hace más sencillo:

- poner a la salud como una prioridad en los programas políticos del municipio, convocando el aporte de los diversos actores y sectores que tienen presencia en él;
- integrar la acción de los diferentes sectores o servicios locales públicos, privados, académicos, etc. y darle sentido en torno a programas más globales orientados al desarrollo armónico del municipio;
- poner en práctica sus programas en base a nuevos modelos descentralizados y participativos para su gestión y financiamiento, mediante los que se facilita la generación y movilización de los recursos disponibles para el desarrollo local.

c) *Los equipos técnicos:*

Los equipos que deben operacionalizar las políticas también para responder a una población conocida, cercana y más homogénea. Para ellos es más apropiado:

- diseñar, implementar y evaluar sus planes y programas de salud con participación de la comunidad y de otros sectores;

- aplicar políticas focalizadas de acuerdo a problemas específicos de los diversos grupos poblacionales.

En particular para los equipos de salud, el espacio del municipio les permite sumar su trabajo con el de otros sectores bajo objetivos comunes de mejoramiento de la calidad de vida de las personas, establecidos en base a las necesidades reconocidas por la población y sentirse parte de una globalidad, permitiéndole un trabajo integral en el campo de la salud, especialmente en las tareas de promoción.

d) Las relaciones con otros niveles de administración

Al reconocer una dimensión *local* o una unidad básica, se reconocen otras unidades que no son locales y que tienen correspondencia con las dimensiones político-administrativo de los países.

Las experiencias muestran que el nivel local (gobierno local y regional) reúne condiciones muy favorables para facilitar el desarrollo de programas y acciones de promoción, sin olvidar que el nivel nacional será indispensable para el marco político y legal que valide y permita dichas acciones.

Existen diferencias de las formas de relación entre estos niveles y sus competencias específicas según los procesos de descentralización. Esto plantea la necesidad de establecer con claridad en cada caso *qué y qué no* cabe dentro de las responsabilidades de cada nivel.

Generalmente, en el nivel central (ministerios), se establecen políticas, orientaciones, modelos, normas técnicas-administrativas, para ser especificadas, adaptadas y operacionalizadas progresivamente en cada uno de los niveles menores.

Además, es frecuente que el nivel central transfiera recursos financieros, evalúe y apoye con asesorías o capacitaciones según necesidades y demandas.

Las relaciones entre los distintos niveles deberían ser colaborativas y complementarias, desarrolladas con fluidez, sin embargo, habitualmente contienen tensiones relacionadas principalmente con las deficiencias que presentan los procesos de descentralización y las dificultades que ofrece la superación de modelos, estructuras y métodos centralistas y burocráticos de funcionamiento.

3.2 Contribuciones de las experiencias y nuevos desafíos

Durante esta década, se han desarrollado numerosos proyectos de municipios *saludables o municipios por la salud* en la Región, con distintos grados de avance (desde experiencias aisladas hasta la conformación de redes). A pesar de que muestran una gran variedad, creatividad y diferencias en relación a su fuerza política, cabría destacar algunas características comunes que presentan:

- parten de iniciativas del nivel local, con un claro y fuerte compromiso político de sus autoridades;
- se llevan a cabo con una amplia movilización y participación de la comunidad;
- se inician con el objetivo de elaborar soluciones multidisciplinarias a los complejos problemas y deficientes condiciones de vida de los sectores sociales más marginados (problemas medio-ambientales, factores de riesgo);
- poseen una estructura organizativa de carácter intersectorial (comités);
- presentan liderazgos fácilmente reconocibles.

Las fases observadas en el desarrollo de esta estrategia se pueden plantear con la siguiente secuencia:

- FASE I Declaración pública de compromiso del gobierno local por avanzar hacia la meta de ser un municipio saludable.
- FASE II Conformación y puesta en marcha de un comité intersectorial de salud.
- FASE III Elaboración de un diagnóstico con la participación de los ciudadanos e instituciones locales.
- FASE IV Puesta en acción de un plan de salud consensuado estableciendo prioridades y recursos.
- FASE V Establecimiento de un sistema de información para la monitorización y la evaluación a nivel local.

Entre los primeros proyectos latinoamericanos que han contribuido a construir esta estrategia en la Región, cabe mencionar los Proyectos de Cienfuegos (Cuba), Manizales (Colombia), San Carlos (Costa Rica) y Campinas (Brasil).

Existen también, variadas líneas de proyectos en el ámbito del medio ambiente y superación de la pobreza, que mantienen estrecha articulación con los proyectos de promoción en el nivel local.

Los factores que influyen en el desarrollo de este movimiento están relacionados con condiciones creadas a partir de los procesos de modernización, descentralización y replanteamiento de la función del estado que se vive a nivel mundial. En el caso de Latinoamérica, hay que considerar el carácter de los procesos de democratización y la crisis de los sistemas de salud de varios de sus países. En suma, cabría destacar los siguientes factores:

- Inequidades entre diversos grupos de la población, producidas y acentuadas por los modelos de desarrollo económico.
- Disminución de las experiencias de movilización social y de las condiciones para que éstas se concreten, con un creciente descontento oculto y desarticulado de la ciudadanía frente a gran parte del sistema público y los programas de servicios.
- Desmotivación y dificultades de los equipos de los trabajadores del sector público, quienes ven imposible responder a las necesidades y expectativas de la población dentro de las estructuras y modelos tradicionales.
- La cercanía de las autoridades políticas del nivel local con sus representantes, facilita su sensibilización frente a problemas que plantean sus electores relacionados con la calidad de vida y la protección del ambiente.
- La crisis institucional y financiera de los servicios públicos de salud, situación que se agrava al considerar los costos crecientes de la atención a la enfermedad y la tendencia de los estados a delegar o descentralizar parte importante de las tareas de salud.
- El aumento de los riesgos y problemas de salud relacionados con los estilos de vida actuales y el reconocimiento del carácter múltiple y complejo de sus causas, que hace ineficiente e insuficiente una acción aislada del sector salud.

Existen también factores relacionados con los avances en el campo de la salud, entre los que hay que mencionar:

- La evolución permanente del concepto de salud y, el planteamiento más acabado de la estrategia de *promoción de salud*.

- La búsqueda constante de estrategias eficaces, que permitan alcanzar las metas de salud con equidad.
- Las necesidades de replanteamiento de los servicios de salud tradicionales, para dar respuesta a los actuales problemas de salud de la población, con el reconocimiento de una amplia gama de prestadores de salud de carácter público, privado y solidario.

La creación de *redes de municipios* que han adoptado la estrategia de *promoción de la salud*, ha constituido un paso importante en el avance de este movimiento. Estas redes, articulan a los municipios de un mismo nivel (país, región, provincia, etc.), facilitando diversas actividades tales como:

- Intercambio de información, experiencias, iniciativas y proyectos: tanto entre los municipios que forman la red, como con redes o procesos de otros países y regiones del mundo.
- Cooperación, apoyo mutuo y competencia positiva entre los Municipios, para el mejoramiento continuo de los diversos proyectos locales y mejor aprovechamiento de los recursos.
- Difusión de las experiencias y motivación a otros municipios o países para llevar a cabo experiencias similares.
- Recepción de cooperación técnica de los organismos internacionales, en particular de la OPS/OMS.

En general, las redes han tenido una intensa labor de intercambio útil para enriquecer desde sus iniciativas y experiencias hasta mejorar su motivación, estados de ánimo o reforzar la confianza frente al desarrollo del proceso. Además de las reuniones formales que se llevan a cabo para

la oficialización de la red y posteriormente en forma periódica, se utilizan otras formas de comunicación, entre ellas, las más frecuentes han sido: reuniones, contactos telefónicos y de correo, intercambio de documentos, etc.

Cabe mencionar las redes configuradas en Costa Rica, Cuba, México, Panamá y Venezuela.

Nuevos desafíos

Sin embargo, para consolidar estos avances en el desarrollo del movimiento de municipios por la salud en la región latinoamericana, se hace necesario identificar y hacerse cargo de los nuevos desafíos que plantea este proceso, no sólo en cada experiencia concreta, sino algunos de carácter más general, entre los que se destacan:

- ⇒ *Articular y redefinir las funciones de los diferentes niveles de atención.* La propuesta de municipios *por la salud* no pretende sustituir los sistemas nacionales de salud ni desestimar las funciones de los niveles intermedio y central, sino fortalecer los sistemas en su conjunto, a través del fortalecimiento de los subsistemas y redes asistenciales locales. Hay que tener en cuenta que la población demanda respuesta a necesidades concretas de atención a la enfermedad, que también deben ser resueltas por el sector salud satisfactoriamente y con criterios de equidad.

- ⇒ *Integrar el aporte de las diversas estrategias y elaboraciones conceptuales en el campo de la salud.* Los planteamientos de la estrategia de atención primaria en salud, de los SILOS, los avances en los conceptos de salud y participación social y en la estrategia de *promoción de la salud*. Todas estas orientaciones teórico-metodológicas, no existen de manera aislada ni son excluyentes, por el contrario, se enriquecen y complementan entre sí.

- ⇒ *Enfrentar adecuadamente las diferencias que presentan los Municipios dentro de un país (socio-económicas, disponibilidad de recursos, dimensiones, población, etc.) y que dificultan la acción de salud con equidad. Ello requiere no solo del establecimiento de criterios políticos generales claros, sino de la máxima capacidad y creatividad en el nivel local, del compromiso de todos los actores que intervienen en él, en especial de los equipos de salud.*

- ⇒ *Desarrollar y aplicar instrumentos metodológicos adecuados a los procesos con gestión participativa, participación social e intersectorialidad. Estos instrumentos deben ser dominio no sólo de los equipos y actores técnicos o políticos que operan en el espacio local, sino de la comunidad que vive en él, de manera que sean verdaderos facilitadores del desarrollo y participación amplia de cada actor. En especial, deben servir al fortalecimiento de la ciudadanía y sus organizaciones, y al desarrollo de las capacidades teórica, propositiva y de intervención, que requieren los equipos de salud que actúan en el espacio local. La metodología de **planificación local participativa**, contenido central de este manual constituye una herramienta de gran utilidad para estos fines como también las otras metodologías escritas.*

- ⇒ *Capacitación del recurso humano en los ámbitos político, técnico y social, en fundamentos conceptuales, metodologías y tecnologías específicas. Esta capacitación, debe ser realizada con métodos apropiados, que partan de la realidad, de las necesidades que plantea el quehacer y que considere a los participantes como sujetos capaces de transformar su realidad, de acuerdo a su historia, cultura, experiencias, aspiraciones y potencialidades.*

II. ENFOQUE ESTRATEGICO

Paralelamente a la búsqueda de estrategias operacionales para lograr mejorar los niveles de salud de los habitantes de la Región, desde fines del decenio de 1980, se comienza a incorporar el enfoque estratégico en la planificación de salud. Se promueve la utilización de herramientas innovadoras acordes a los requerimientos de una planificación local con énfasis cualitativo, que responda a las actuales necesidades de salud. Destaca como primer elemento diferencial de éste, el hecho de considerar más de una racionalidad para interpretar la realidad, es decir, reconoce la asociación de un conjunto de intereses, admitiendo la existencia de conflictos entre las distintas posiciones que buscan soluciones desde sus ópticas particulares. Por lo tanto, no hay una sola solución posible y la que se ponga en práctica tendrá que ser producto de acuerdos, negociación, concertación, consenso o de otro tipo de coordinación de voluntades.

Este enfoque reconoce en los sistemas objetos no solo capacidad reactiva sino capacidad creativa, por lo tanto, las acciones resultantes no son determinadas solamente por quien planifica sino que representan la resultante de una serie de procesos que involucran la transacción entre quienes desean maximizar sus intereses y/o minimizar sus pérdidas, según sean las condiciones coyunturales. En estas condiciones, los resultados no son simples de prever.

En la planificación estratégica el planificador no es neutro ni ajeno, es un actor social que forma parte del sistema planificado, ocupa posiciones dentro de él, y de su relación con el sistema y su historia surgirán las percepciones de los problemas y la propuesta de soluciones.

El planificador es uno de los actores y por lo tanto su verdad no es la verdad universal. El diagnóstico deja de ser único, existe

más de una explicación de la realidad social y en consecuencia, la determinación de problemas y soluciones se relativiza. Así, la actual tendencia de la planificación en salud se incorpora a la corriente de pensamiento que impulsa la participación social y la descentralización.

En la actualidad se produce una convergencia muy enriquecedora que permite la confluencia de intereses y experiencias, rescatando del *método CENDES/OPS* algunos instrumentos de programación relacionados con el concepto de instrumentalización (y la noción afín de función de producción); de las *propuestas de formulación de políticas* los análisis de coherencia, viabilidad y factibilidad; de las *propuestas de investigación* de los servicios de salud el modo de abordar las normas y la calidad de dichos servicios; de los *enfoques estratégicos*, las nociones de coyuntura y situación, el enfoque general y análisis de escenarios, el tratamiento del conflicto y la diversidad.

De esta forma se cuenta con un arsenal metodológico que permite dar respuesta a las necesidades y demandas de quienes tienen que afrontar cotidianamente la búsqueda de soluciones para lograr que los sistemas de salud estén a la altura que el desarrollo de nuestras sociedades exigen.

En resumen son tres los *principios o características básicas* que distinguen a los enfoques estratégicos:

- Existe más de una forma de interpretar la realidad, dado que la percepción de la realidad se encuentra influida por los intereses de quien la observa, se acepta la presencia de conflictos entre los participantes, obligándose a la negociación y al acuerdo para el diseño de un plan que comprenda el consenso de todos.
- El resultado de la negociación y el consenso será siempre más dinámico y motivante que los elementos que ori-

ginaron el conflicto. No es posible sostener, la pretensión de explicar la opinión de la mayoría en base a leyes.

- El planificador, a diferencia de como se considera en el sistema tradicional, es un actor incorporado al proceso como miembro activo de la comunidad; es un sujeto más del conjunto social que aporta su visión y su interpretación de lo que ocurre como cualquier otro miembro pudiese hacerlo.

La aplicación de técnicas de planificación y administración estratégica en salud exige ciertos prerequisites, como la definición de políticas claras explícitas y de adecuados diagnósticos de situación. No todo ejercicio realizado de manera participativa e incluso, de manera consensual, es planificación estratégica.

1. PLANIFICACION ESTRATÉGICA

La planificación estratégica en los sistemas de salud se entiende como una forma de relacionar los problemas y necesidades en salud que presentan los conjuntos sociales que viven en espacios geográficos delimitados; con los conocimientos y recursos institucionales y comunitarios, de tal modo que sea posible definir prioridades, considerar alternativas reales de acción, asignar recursos y conducir el proceso hasta la resolución o control del problema.

Al mismo tiempo, la planificación estratégica busca establecer la misión de organizar y asignar los recursos de manera consistente con el cumplimiento de ella. Para esto se realiza un análisis de fortalezas y debilidades al interior y se examina el entorno, identificando oportunidades y amenazas. De estos análisis se deriva un plan de acción.

La planificación estratégica es un proceso de examen de la situación actual y las tendencias futuras de una organización, o una comunidad, definiendo misión, estrategia y objetivos.

La aplicación del conocimiento y la asignación de los recursos debe estar orientada a maximizar la equidad, la eficacia y la eficiencia social. La relación entre los problemas y necesidades con los conocimientos y recursos debe ser flexible para permitir el análisis de las ventajas y limitaciones de las distintas opciones, dando los espacios necesarios a los procesos de negociación, concertación intra y extra sectorial.

Con la aplicación de la *planificación estratégica* en los sistemas de salud se intenta brindar elementos metodológicos que faciliten la sistematización del conocimiento y la óptima utilización de los recursos existentes en la sociedad local correspondiente, permitiendo de esta forma generar las mejores condiciones para la toma de decisiones hacia la solución de los problemas de salud que les afectan. La *planificación estratégica* no promete que las decisiones que se tomen sean correctas, sólo que serán tomadas con una visión al futuro. Su valor radica en su contribución a reconocer y corregir errores.

Esta visión demanda que los sistemas administrativos respondan a los requerimientos de los distintos conjuntos sociales y de las estrategias locales definidas y no se de la situación más común, en que los sistemas administrativos imponen un esquema al cual deben adaptarse los distintos actores.

El desafío mayor que intenta resolver el enfoque estratégico es aplicar los conocimientos en salud con la mayor participación social de los actores sociales e instituciones involucradas, con equidad, eficacia y eficiencia social, con un enfoque integral de las acciones (promoción, prevención, curación y rehabilitación).

2. ADMINISTRACION ESTRATÉGICA

La operacionalización de la *planificación estratégica* puede identificarse con la administración estratégica, cuyas funciones principales en los sistemas de salud son la conducción, la programación y la gerencia.

Estas funciones se desempeñan a lo largo del proceso administrativo sin secuencias predefinidas, en cualquier momento y simultáneamente y la responsabilidad puede recaer sobre una misma persona o un conjunto de ellas.

2.1 Función de conducción

La visión estratégica no trabaja sólo con problemas sino con oportunidades quedando así los espacios para introducir las innovaciones que se requieren para transformar los sistemas. La capacidad de *pensar estratégicamente* es la aptitud de tener visión de futuro y de gran alcance, de usar análisis racionales junto con métodos intuitivos, de lidiar con lo incierto y lo impredecible.

La conducción en la *administración estratégica* requiere la presencia de funciones como el liderazgo, la concertación, la negociación, la cooperación, el consenso, etc., todo esto en busca de lograr una decisión en la que se sientan comprometidos los sujetos participantes.

La negociación es un acto político para generar viabilidad por medio de acuerdos duraderos y respetados entre los actores sociales que tienen interés, poder y recursos para enfrentar situaciones que los afectan en común, demandándoles participación en igualdad de condiciones y responsabilidades.

La negociación hace viable el consenso entre los diferentes actores respecto a la dirección unitaria y el comporta-

miento coherente, como una capacidad gerencial necesaria para el desarrollo en todos los niveles de conducción.

Para el cumplimiento de las funciones de conducción dentro de la *administración estratégica* se requiere la transferencia de competencias desde los niveles superiores o centrales, permitiendo una gestión a nivel local, principalmente en lo que se refiere a administración del personal, del material, y muy especialmente el manejo de los recursos financieros.

Del grado de desarrollo político y administrativo que hayan alcanzado los actores involucrados dependerá la complejidad y formalidad de la organización que asuma las instancias de conducción y coordinación.

La función de conducción es un eje principal de la *administración estratégica* en los sistemas de salud, ésta se entiende como la capacidad de promover el consenso, concertar intereses, articular esfuerzos y recursos para alcanzar la solución de los problemas o alcanzar uno o algunos de los objetivos establecidos.

Esta función debe considerar algunos elementos que le permitirán tomar decisiones más eficaces y oportunas:

- Reconocer la existencia de varias verdades, lo cual genera más de una opción para solucionar un problema. Reconocer que la incertidumbre, el conflicto, la fragmentación, la dependencia y la complejidad son elementos propios e ineludibles de los procesos sociales y por ende de los procesos de salud. Esta caracterización obliga a desarrollar capacidades tendientes a flexibilizar la búsqueda de soluciones, el reconocimiento de las coyunturas y el balance permanente entre lo deseado y lo posible.

- Considerar permanentemente el contexto social, político, económico y cultural, no solo en el análisis de los problemas sino en la búsqueda de soluciones. Es relevante, reconocer los elementos constitutivos del uso y distribución del poder político, administrativo y técnico.
- Relacionar constantemente las acciones de corto, mediano y largo plazo.
- Crear condiciones para el consenso, concertación y negociación, que permitan generar la viabilidad de las propuestas.
- Favorecer y desarrollar las condiciones necesarias para la más amplia participación social.
- Relacionar y evaluar, en todo momento, los aspectos normativos y estratégicos, de manera de dar coherencia a las acciones, evitando que se contraponga el presente posible con el futuro deseado.

2.2 Función de programación

El *enfoque estratégico* ubica a la programación como un elemento clave de la administración para la toma de decisiones, aumento de la eficiencia en el uso de los recursos y establecimiento de un espacio propicio para la negociación, concertación y lógicamente la participación social. La programación en esta concepción facilita un eje central en torno al cual se integran todas las actividades administrativas: de personal, suministros, finanzas, equipamiento, etc. Constituye un eje central alrededor del cual se integran todas las actividades.

Forman parte de esta función las actividades que tienen como finalidad prever los cursos de acción que serán

seguidos. Estas no son de la responsabilidad de un solo actor (el Estado, por ejemplo) sino que deben incorporar a todos los actores que tienen condiciones para programar sus acciones y aportar en la toma de decisiones que afectan al conjunto.

Forman parte de la función y proceso de programación:

- Identificación de problemas y situaciones relevantes
¿Cuáles son, cómo son, por qué se producen?
- Listado de prioridades y factores condicionantes (FODA).
- Identificación de conocimientos y tecnologías disponibles.
- Estimación de recursos requeridos.
- Factibilidad (condiciones del contexto, costos, disponibilidad, eficacia, etc.).
- Asignación de responsabilidades.
- Definición de programas conjuntos.
- Presupuesto, financiamiento.
- Supervisión, control, evaluación para el mejoramiento continuo y permanente de las acciones de salud.

La guía de programación surge de un proceso flexible de participación, que permite la incorporación de todas y cada una de las experiencias que vayan surgiendo a la luz de los diferentes saberes y racionalidades, dentro de un marco común que les de la consistencia y coherencia necesaria para su generalización.

Los problemas se identifican a través de un proceso de negociación y acuerdo entre los actores, según sus intereses y conocimientos o bien por consenso que no requiere discusión, aun siendo parte de la programación, la identificación y priorización de problemas corresponde a la función de conducción, y en ella no debe estar ausente la aplicación del enfoque epidemiológico.

2.3 Función de gerencia

En la administración clásica, las posibilidades de implementar estrategias e innovar requería de tiempos determinados por las características burocráticas del sistema, sin poder muchas veces lograr sincronía con las necesidades. Hoy los conceptos modernos en administración y el enfoque estratégico navegan en aguas con corrientes cambiantes y los elementos de referencia son más fluidos e imprecisos, con las características de flexibilidad, adaptación, concertación, creatividad, calidad, mercadeo y estrategia.

La gerencia en este enfoque se refiere a las funciones de ejecución principalmente, a diferencia de la concepción clásica que le asigna las funciones de planificación, ejecución y control. En algunos países se ha adoptado la convención de usar el término administración para esta función ejecutiva, reservando el nombre de gerencia al proceso que involucra tanto la administración como la conducción.

Un punto de partida fundamental para entender la relevancia de las funciones administrativas referidas al concepto de gerencia, es aceptar que ellas constituyen un elemento esencial para el logro de los objetivos de la institución, siempre y cuando se admita salir de los esquemas tradicionales y aventurarse a través de caminos abiertos por las nuevas concepciones de gerencia.

En tanto la administración tradicional se preocupa por organizar en función de prescripciones que toman en cuenta elementos rígidos y principios que pretendían ser universales, los modernos enfoques administrativos se preocupan por temáticas más fluidas e imprecisas. Al administrador de hoy le preocupan asuntos como: comunicación, adaptación, concertación, decisión, creatividad, flexibilidad, crisis, entre otros muchos elementos.

La gerencia es entendida tradicionalmente como actividad propia de los gerentes o administradores. Vista desde el ángulo de la *administración estratégica* se refiere a la acción que hace viable y factible el mejor uso de los recursos para el logro de los objetivos sociales perseguidos, mediante un proceso continuo de toma de decisiones que se fundamenta en la definición y análisis de problemas y en la asignación de los correspondientes recursos para su solución, de manera que estas decisiones se conviertan en acciones efectivas.

Los conceptos de eficacia y eficiencia se encuentran fuertemente referidos a la función de gerencia de los sistemas administrativos estratégicos.

La función de conducción debe ofrecer a la gerencia absoluta claridad de objetivos y direccionalidad, si esto no ocurre la gerencia se encuentra limitada, se tienden a duplicar acciones, a la desmotivación de los otros actores y a la ineficiencia en la destinación y uso de los recursos.

Para lograr desarrollar su función, la gerencia estratégica se vale de instrumentos como el *liderazgo* ejercido a través de la persuasión, cooperación, imposición u otras formas de cohesionar y dirigir voluntades y *el diseño y aplicación de cierta disciplina de desempeño* (normas, reglamentos, rutinas) que orienta al accionar del sistema y de sus estructuras.

3. APOORTE INSTRUMENTAL

La planificación y administración estratégica se apoyan en variadas técnicas o instrumentos de trabajo para facilitar su desarrollo, tales como:

- Mapas políticos.
- Red de eslabonamiento estratégico.
- Mejor alternativa a un acuerdo negociado (MAAN).
- Selección de estrategias de mejoramiento continuo (análisis FODA).
- Diagrama causa efecto, flujograma.
- Priorización de problemas y situaciones relevantes.

Todas estos instrumentos han sido descritos detalladamente y en profundidad en otras publicaciones de la OPS, por lo que a continuación se presentan las características básicas de algunas de ellas.

3.1 Mapa político

Constituye un aporte para realizar el análisis de un momento específico del proceso de negociación entre los diferentes actores que quieren intervenir en la transformación o mantenimiento de una situación. Es útil, precisamente, para conocer el grado de influencia de cada uno de ellos, la capacidad de acción que poseen y la dirección en que actúan, es decir, en apoyo u oposición al actor central este término se refiere al actor más importante o que sirve de referencia en el proceso.

Se elabora y se analiza, a partir de la organización de los actores en dos dimensiones: una vertical y otra horizontal.

- En el eje vertical los actores se ubican diferenciándose en cuatro grupos, de acuerdo al papel que desempeñan, sus objetivos y tipos de estrategias que desarrollan. Así, se reconocen: actores externos, grupos sociales, partidos políticos y grupos de presión.
- En el eje horizontal se ordenan los diversos grupos de acuerdo al grado y tipo de oposición (más progresista o más conservadora) o apoyo que preste al actor central. Se diferencia entre oposición legal, cuyos planteamientos y acciones se dan dentro del marco general y normas planteadas en el contexto en que se actúa, y oposición antisistema, cuyo interés es cambiar el marco, estructura y normativa en que se da el proceso.

De esta manera, la construcción del mapa político permite el análisis de la fuerzas de los actores que apoyan o se oponen a un proyecto: su capacidad de acción, recursos, compromiso, posibilidades de alianzas e interacciones; facilitando la evaluación de la viabilidad del proyecto y de las condiciones que requiere desarrollar u optimizar, en los diferentes escenarios posibles estudiados en un proceso de planificación estratégica.

3.2 Red de eslabonamiento estratégico

Cumple una función similar y complementaria con el mapa político, ya que facilita la identificación de los diversos actores sociales relacionados con un problema o una situación que es objeto de negociación, identificando sus funciones, los recursos que poseen y la forma en que está dispuesto a utilizarlos.

Distribuye a los actores en cuatro grupos, de acuerdo a la función que desempeñan con respecto al actor protagonista:

- Los proveedores de recursos operativos.
- Los proveedores de recursos de apoyo.
- Los distribuidores e intermediarios.
- Los clientes o beneficiarios.

En esta técnica se construye y analiza una matriz de relaciones entre los actores claves de una negociación, es decir, a aquellos que quieren o pueden influir en el grado de éxito con que la organización o su dirección responde a una situación específica.

El análisis e interpretación de la red de eslabonamiento construida en base a la matriz, considera criterios de evaluación que influyen en la forma en que el negociador puede relacionarse de manera óptima con cada actor, estos criterios son:

- Las posiciones, intereses y recursos de cada actor para proponer alternativas de acuerdo.
- Los aliados potenciales y los recursos que poseen para considerar las distintas alternativas de acuerdo.
- La mejor opción alterna que tiene cada parte, si no hay acuerdo satisfactorio para todos.

Apoya el proceso de planificación estratégica en la tarea de elaboración de planes de negociación y en la construcción de alternativas de acuerdos posibles de lograr.

3.3 Mejor alternativa a un acuerdo negociado (MAAN)

La MAAN facilita la construcción de un plan alternativo para el caso de que la negociación fracase, con esta posibilidad cada uno de los actores aumenta su poder de negociación, ya que ha conocido mejor su situación dentro de la negociación y, además, no queda limitado necesariamente al logro de un acuerdo.

Para la utilización de esta técnica se consideran siete elementos: *alternativas, intereses, opciones, legitimidad, comunicación, relación y compromisos*, los que se analizan para cada una de las partes que negocia, imaginando las diferentes combinaciones que pueden darse en la relación que ellas establecen durante el proceso de negociación.

La MAAN constituye una herramienta muy útil en la planificación estratégica, por cuanto facilita, flexibiliza y enriquece las posibilidades de construcción de escenarios futuros, a la vez que facilita y optimiza las oportunidades de éxito en las negociaciones involucradas en este proceso.

3.4 Selección de estrategias de mejoramiento (análisis FODA)

Con la aplicación de este procedimiento, se facilita la selección de actividades o estrategias adecuadas para obtener los mejores resultados, optimizando el uso de los recursos.

Previo a la selección de la estrategia es necesario hacer un análisis del ambiente, valorizando las FUERZAS que van a intervenir en pro o en contra. Estas pueden ser internas o externas teniendo como referencia a la institución o grupo que planifica. Desde otro punto de vista, las fuerzas

pueden ser positivas o negativas, teniendo en cuenta si facilitan o dificultan el desarrollo de las estrategias seleccionadas.

Con estos antecedentes se elaboran propuestas de alternativas, utilizando la matriz FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas):

- *fortalezas*, fuerza interna que representa una ventaja;
- *oportunidades*, también ventaja, pero ofrecida por el medio en que se actúa;
- *debilidades*, fuerza interna que actúa negativamente;
- *amenazas*, fuerzas negativas, representadas por dificultades presentes en el entorno.

Se termina describiendo las actividades correspondientes a las alternativas escogidas de una forma sistematizada.

En el proceso de planificación estratégica, la selección de estrategias constituye un procedimiento de gran utilidad en la construcción de planes y determinación de actividades coherentes.

3.5 Diagrama causa - efecto

Este diagrama permite ir analizando colectiva o individualmente las causas y efectos de una situación o problema, reconociendo las posibles causas primarias y secundarias que lo determinan.

Se conoce como la “espinas de pescado” porque para el ordenamiento de los elementos durante el análisis se utiliza un diagrama que semeja a este esqueleto. De esta manera se facilita la definición precisa de una situación o

problema y el reconocimiento de las causas principales y secundarias que la determinan.

Al respecto, cabe relevar que varias metodologías de planificación de procesos con enfoques participativos utilizan diagramas que simplifican y facilitan el ordenamiento y relación de los diversos elementos que constituyen un análisis, es el caso del “árbol de problemas”, que se presenta con mayor profundidad al referirnos al marco lógico.

Por sus características y objetivos, resulta particularmente útil para realizar estudios de situación en el momento del diagnóstico, o en evaluaciones que se realicen durante el desarrollo de un proceso participativo realizado con enfoques estratégicos.

III. METODOLOGÍAS DE APOYO A LA GESTIÓN LOCAL

El desarrollo de procesos de carácter participativo y que den apoyo a la gestión local se enmarcan en el enfoque estratégico y su expresión en la planificación y administración. Al ser aplicado en la realidad, este enfoque puede apoyarse en diversas metodologías de trabajo, que, a pesar de contar con una base común, se diferencian fundamentalmente porque acentúan diferente énfasis, sirven a distintos objetivos y “niveles” de planificación. En este capítulo se presentan 3 de ellas:

1. **Marco lógico:** se refiere a la forma y a los instrumentos precisos para diseñar un proyecto participativo, de manera que los diversos elementos del plan sean articulados de manera lógica, reduciendo posibles vulnerabilidades y aumentando la viabilidad del proyecto.
2. **Investigación-acción participativa (IAP),** con énfasis en la investigación y producción de conocimientos sobre la realidad, a partir de los cuales se formulan proyectos participativos.
3. **Planificación local participativa (PLP):** constituye el apoyo a la planificación como tal para los equipos locales que requieren formular planes y programas de trabajo, con la participación de todos los actores que intervienen en un espacio geográfico.

Cabe mencionar que estas metodologías, son especialmente útiles y válidas para los equipos intersectoriales que actúan a nivel local en participación y *promoción de la salud*. Sin embargo dada la experiencia de capacitación en el tema, esta presentación está más orientada a los equipos de atención primaria y comunidad, situación que no debiera restringir su uso; ya que uno de los mayores desafíos del momento es crear precisamente las capacidades y competencias intersectoriales, mediante el desarrollo de habilidades y conocimientos de los diferentes actores del espacio local.

A través de las experiencias en los distintos países de la Región, se evidencia que el uso de las metodologías que se describirán, se facilitan con una capacitación adecuada de los equipos y en algunos casos, con poder trabajar con expertos en la materia.

1. EL MARCO LÓGICO

En el proceso de planificación realizado en base al marco lógico o matriz lógica se integran dos tipos de análisis:

- ⇒ *De carácter global*, realizado por la comunidad, para la profundización del análisis y la búsqueda de respuestas desde su perspectiva.
- ⇒ *De carácter específico*, efectuado por expertos, orientado a profundizar desde su perspectiva aspectos particulares.

El *marco lógico* es una herramienta metodológica que sirve de base para la formulación de proyectos sociales de desarrollo de carácter participativo. Utiliza un enfoque integral de la realidad, e integra los componentes estratégicos de la planificación, incorporando el conocimiento de las ciencias sociales y las necesidades de los actores que intervienen en el proceso.

Surge por la necesidad de dar coherencia a la formulación de los proyectos sociales, partiendo de la premisa que éstos deben diseñarse de manera que sus componentes tengan coherencia entre sí, desprendiendo los elementos más específicos de las definiciones más globales. Fue desarrollado en un principio por la AID y luego acogido por otros organismos multilaterales (ONU, BID, BM).

Ha servido de base para adaptaciones de metodologías de diseño y desarrollo de proyectos participativos, adoptando distintos nombres: en Alemania como ZOPP (Zielorientierte Projektplanung: Planificación de Proyectos según Objetivos) reconocido y difundido principalmente por la GTZ (Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit, organismo del Gobierno Alemán para la cooperación técnica); en Santafé de Bogotá, Colombia, se ha simplificado su uso, para facilitar la planificación con protagonismo de sectores populares, bajo el nombre de MAPP (Método Altadir de Planificación Popular).

En general, todas estas adaptaciones han sido realizadas con el propósito de aplicar los principios fundamentales de la planificación estratégica al diseño e implementación de proyectos sociales de carácter participativo, en diversas condiciones y con diferentes actores sociales.

A continuación, se presentan los momentos e instrumentos del marco lógico referidos a los proyectos locales de salud, y criterios para seleccionar estas metodologías.

1.1 Momentos del proceso de formulación de proyectos

Cuenta con cuatro momentos: explicativo, normativo, estratégico y táctico-operacional.

1.1.1 El momento explicativo: orientado al reconocimiento de los problemas y sus causas, se divide, a su vez en dos submomentos:

a) *Análisis situacional:*

Momento donde se seleccionan y priorizan los problemas y sus posibles soluciones, con la participación de todos los actores que tienen presencia en el municipio (o espacio en que se trabaje) y que están involucrados en el proceso:

comunitarios, gubernamentales, no gubernamentales, privados, etc. En esta actividad es relevante el punto de vista de la comunidad. Incluye las siguientes tareas:

- Identificación y consenso sobre los problemas principales.
- Jerarquización y priorización de los problemas.
- Análisis de los problemas prioritarios.
- Análisis y determinación de las diversas soluciones posibles.

La interacción de los actores sociales que intervienen en este momento y, en especial la participación de la comunidad se ven facilitadas por la aplicación de diversas técnicas e instrumentos de análisis colectivo. A continuación se presentan 3 técnicas posibles de utilizar:

EJEMPLO DE CRITERIOS Y PUNTAJES PARA JERARQUIZAR PROBLEMAS

	DOS PUNTOS	UN PUNTO	CERO PUNTO
A	Muy frecuente	Mediana frecuencia	Poco frecuente
B	Grave	Mediana gravedad	Escasa gravedad
C	Fácil solución	Difícil solución	Muy difícil solución
D	En aumento	Estable	En disminución
E	Modificable	Poco modificable	Inmodificable
F	Recursos disponibles	Agota recursos	Conseguir recursos extraordinarios

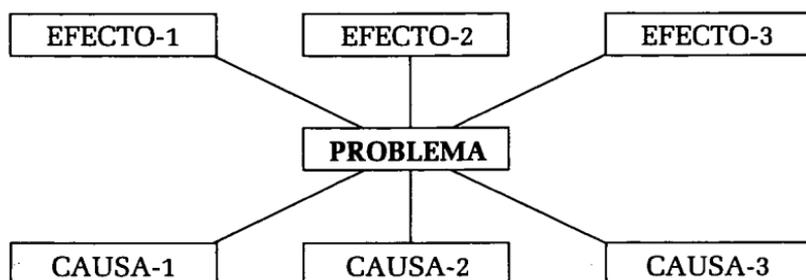
1. Se establecen criterios de jerarquización (en el ejemplo, de A a F)
2. Se le asigna un puntaje diferente a cada problema, según los criterios establecidos y de acuerdo a cómo se presenta el problema en la realidad, lo que permite seleccionar el problema con mayor puntaje para iniciar la acción.

TECNICA PARA LA DETERMINACIÓN DE POSIBLES SOLUCIONES

Criterios selección	Solución A	Solución B	Solución C	Puntaje tot. criterio
Económica	13	8	9	30
Participativa	5	20	10	35
Rápida	2	0	8	10
Efectiva	10	8	7	25
Total para cada solución	30	36	34	100

1. Se identifica la mayor cantidad de soluciones posibles para el problema que se analiza, seleccionando en discusión abierta las que parecen mejores (3 a 5).
2. Se establecen criterios de selección de la mejor solución, a cada uno de estos criterios se le asigna un puntaje total *diferente*, de acuerdo a la importancia que tenga para implementar la solución. La suma total de estos puntajes es igual a 100.
3. Se distribuye el puntaje total asignado a cada criterio entre las tres alternativas de solución seleccionados, determinando puntajes *diferentes* para cada una de ellas, de acuerdo a su diferente potencialidad o aporte.
4. Se suma el puntaje obtenido por cada alternativa de solución, lo que permite seleccionar como mejor alternativa la que obtenga mayor puntaje.

Técnica para análisis de problemas prioritarios



En el "Árbol de problemas", se trata de elaborar una red que permita explicar las principales relaciones causa-efecto en la situación-problema que se analiza:

1. Se **define el problema** en el *lugar central*, de acuerdo a los intereses y apreciaciones de las personas afectadas, de manera clara, como un estado negativo o situación no deseada que se puede verificar en la realidad. Se describe sin calificarlo, idealmente incorporando datos cuantitativos que permitan identificar la diferencia entre lo existente y lo deseado (cuantificar la carencia; ej.: embarazo del 35% de la población adolescente femenina en la comuna).
2. Las **causas esenciales y directas** del problema se ubican *debajo* del problema definido. El análisis de las causas del problema se facilita con la aplicación del modelo de "Campo casual y paradigmas de bienestar y el campo de fuerzas de salud" que permite ordenar las causas existentes en cuatro ámbitos relacionados entre sí, que determinan la situación de salud de la población: medio ambiente (físico y social), estilo de vida (riesgos, patrones de consumo), biología humana (herencia genética, etapa en el ciclo de vida, sistemas internos), carácter de los servicios de salud (restauradores, curativos, preventivos). A partir de ellos se identifican y analizan las causas, es decir las condiciones que determinan o influyen sobre la presencia del

problema (“el problema se produce porque..., se produce por...”), verificando la relación que existe entre ellas y la existencia del problema (si fuera posible suprimir el conjunto de causas identificadas: ¿quedaría resuelto el problema?).

3. Los **efectos esenciales y directos** se ubican *sobre* el problema central, que se refieren a las consecuencias e impacto que produce el problema, sobre la calidad de vida de la población afectada.

Se pueden formar varias ramificaciones, derivando otras causas y efectos a partir de los centrales.

b) *Explicación situacional:*

Realizada por un grupo de trabajo constituido por “expertos”, con representación de los diversos actores sociales que participan del proceso, quienes verifican y enriquecen el análisis situacional desde el punto de vista científico a través de dos tareas:

- Diagnóstico situacional: incorporando elementos científicos, relacionados con las oportunidades de vida (análisis sociológico de las condiciones materiales y sociales de vida de la población), factores de riesgo para la salud (análisis epidemiológico, individual y colectivo, de las condiciones que afectan la calidad de vida de la población) y los alcances del daño (análisis integrado de indicadores de morbi-mortalidad y sus causas biológicas, económicas, culturales y sociales).
- Identificación y selección de nudos críticos: causas y efectos que tienen mayor impacto en

la presentación de la situación-problema priorizado. A partir de estos nudos críticos se definirán los elementos centrales del proyecto, que determinan la dirección y formas de la acción, los que serán estructurados dentro del marco lógico en el momento normativo.

1.1.2 El momento normativo: en el que se diseña el proyecto de manera que sus contenidos guarden relación con el análisis efectuado en el momento explicativo y sus componentes sean coherentes entre sí.

Para hacer el diseño se utiliza la *matriz lógica* que facilita el ordenamiento de diferentes elementos necesarios de definir para el buen diseño del proyecto. En este ordenamiento, la matriz faculta la combinación de dos tipos de lógica: la interna, que se refiere a la coherencia del proyecto en sí, y la externa, que permite tener en cuenta los factores ajenos al proyecto que pueden incidir en su implementación. La posibilidad de combinar estas dos lógicas amplía sus posibilidades de éxito.

Los elementos del marco lógico

De acuerdo a las diversas corrientes que han enriquecido esta metodología, los elementos del *marco lógico* han recibido diferentes denominaciones. En este material se usará preferentemente una de ellas que está ampliamente difundida, indicando un nombre equivalente entre paréntesis, que también han sido utilizados en proyectos de salud en la Región¹.

¹ Como ejemplo de países que han implementado procesos participativos en salud con base en el *marco lógico* en la Región puede considerarse a Venezuela y Panamá.

LA MATRIZ LÓGICA

NOMBRE DEL PROYECTO:

RESPONSABLE:

LOCALIZACIÓN:

PERÍODO DE EJECUCIÓN:

	INDICADORES	VERIFICADORES	FACTORES EXTERNOS
OBJETIVO DE DESARROLLO:			
OBJETIVOS INMEDIATOS:			
RESULTADOS:			

ACTIVIDADES:	PRESUPUESTO:
	INSUMOS
	TOTAL

- **El objetivo de desarrollo (meta):** es el de mayor importancia al que contribuirá el proyecto. Describe la situación última a que se aspira llegar la que, habitualmente no puede ser lograda con la única acción del proyecto que se llevará a cabo, por esta misma razón su logro está fuera de la responsabilidad del equipo encargado del proyecto. Posee un carácter más filosófico, ya que define la

razón esencial que fundamenta la implementación del proyecto.

- **Objetivos inmediatos (propósito):** referidos a los logros concretos a que apunta el proyecto en su globalidad. Expresan la racionalidad programática en que se inscribe el proyecto, que aún es más amplia que éste (ej. objetivos ministeriales). Puede ocurrir que estos objetivos vayan más allá del alcance de un proyecto particular aunque describa de manera más específica los logros a que contribuye. De ahí, que es importante precisar los objetivos específicos a alcanzar por el proyecto, describiendo el cambio propuesto en forma medible y observable.
- **Productos o resultados:** que sí describen concretamente lo que se conseguirá a partir de las actividades del proyecto. De ellos sí debe hacerse responsable el equipo encargado del proyecto, quien cuenta para ello con los insumos o recursos necesarios. Se describen utilizando verbos de acción presente o pasada, tales como: “que esté funcionando...”, “que se haya elaborado...”, etc. Habitualmente se expresan en términos cuantitativos. Se recomienda definir de cuatro a seis productos por cada proyecto.
- **Actividades:** es un conjunto orgánico de tareas simples, orientado a la obtención de un producto. Definen cómo se va a llevar a cabo el proyecto, estableciendo de manera detallada y secuencial qué se va a hacer para la producción de cada resultado. Sirven para determinar el presupuesto y recursos que se requiere. Se sugiere que para cada producto se determinen tres a siete actividades que den cuenta general de lo necesario

para lograr el producto. En ellas se deben incluir las acciones de carácter administrativo, necesarias para el desarrollo del proyecto.

- **Factores externos (suposiciones, premisas y riesgos):** son condiciones que están fuera del proyecto y que no es posible controlar mediante sus acciones, sin embargo pueden influir decisivamente sobre el logro de sus resultados y objetivos. Para limitar la incertidumbre sobre la viabilidad de un proyecto, se hace necesario identificar el máximo de condiciones necesarias para su desarrollo, expresándolas con la mayor especificidad en el diseño del proyecto y agregando indicadores para hacerles un seguimiento adecuado en la práctica.
- **Indicadores:** son características o dimensiones presentes en la situación que se desea transformar, que sufren variaciones explicables por la acción del proyecto. Estas variaciones pueden ser *medidas* o *controladas*; de esta manera, es posible reconocer los resultados y evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos. Es recomendable elaborar la menor cantidad posible de indicadores para cada objetivo, los que deben expresarse en términos de cantidad, calidad y tiempo (a veces incluyen costo y lugar). Los indicadores deben ser *verificables*.

Ejemplo de construcción de un indicador:

A partir del objetivo: "Disminuir fuentes de contaminación ambiental y focos de infecciones gastrointestinales en la comuna, con participación de la comunidad".

1. *Se crea el indicador básico:* "que hayan disminuido los vertederos no autorizados de basuras existentes en la comuna".
2. *Se agrega la cantidad:* "que hayan disminuido en un 90% los vertederos no autorizados de basuras existentes en la comuna".
3. *Se agrega la referencia y la calidad:* "que hayan disminuido en un 90%, en relación al año anterior, los vertederos no autorizados de basuras existentes en la comuna, creando áreas verdes en su lugar, con la participación de los vecinos".
4. *Se agrega el tiempo:* "que hayan disminuido en un 90%, en relación al año anterior, los vertederos no autorizados de basuras existentes en la comuna, creando áreas verdes en su lugar, con la participación de los vecinos, en un plazo de doce meses".

- **Verificadores:** se refieren a las fuentes o registros, en que se puede confirmar la información acerca de los cambios sufridos por los indicadores. Los indicadores, sólo poseen valor cuando se pueden verificar, si esto no ocurre es necesario cambiarlos.

En el caso del ejemplo presentado en el recuadro, los *verificadores* podrían ser:

- Planes de la comuna, destacando la localización de vertederos no autorizados de basuras y de áreas verdes.
- Actas de constitución (y de funcionamiento) de las comisiones de trabajo para el diseño e implementación de programas de erradicación de vertederos de basuras no autorizados: composición, atribuciones y funciones de los distintos actores sociales que participaron.

Una vez definidos los elementos de la *matriz lógica*, se facilita la comprobación de la solidez del proyecto que se ha diseñado, a partir de la coherencia entre sus elementos. En este momento se hace necesario establecer la relación que existe entre ellos; aplicando la lógica desde abajo hacia arriba (“si, luego, por lo tanto, entonces...”).

1.1.3 El momento estratégico: en el que se analiza la viabilidad del proyecto y se establecen las mejores condiciones para su desarrollo. Para ello se busca lograr un compromiso coherente entre los distintos actores sociales involucrados en el proyecto y con los organismos o instituciones que pueden prestar apoyo (financieros, legales, políticos, etc.). De esta manera, un paso inicial es el estudio de las diferentes opciones y posibilidades que permiten la implementación, operación del proyecto y la coherencia de su desarrollo con las definiciones elaboradas por la comunidad.

La negociación en este momento, constituye una herramienta central para llevar a cabo las distintas tareas. Cuenta con tres submomentos:

- a) *Presentación de los proyectos a la comunidad:* expuestos por los diferentes encargados y grupos de trabajo, con el fin de discutirlos, analizarlos, lograr acuerdos y compromisos.
- b) *Identificación y sensibilización a organismos financiadores:* públicos y privados, de carácter local, regional, nacional o internacional, a quienes se les exponen los proyectos, buscando su apoyo. Con este fin, es necesario presentarlos con claridad, de manera atractiva y coherente, de modo de conseguir el compromiso de aporte que se requiere.
- c) *Organización de una instancia u organismo técnico-coordinador para la ejecución del proyecto:* conformado por representantes de los distintos sectores y actores sociales involucrados, elegidos democráticamente entre las personas que constituyeron los diversos grupos de trabajo durante el diseño en el momento normativo.

Debe constituir un grupo con suficiente capacidad de gestión y técnica, para asumir tareas de coordinación, asesoría y convocatoria durante la implementación del proyecto o en la formulación de otros que puedan surgir de acuerdo a nuevas situaciones que se presenten.

1.1.4 El momento táctico-operacional: durante el que se lleva a cabo la acción planificada, poniendo en práctica las estrategias elegidas para obtener los resultados que se esperan.

En él se presentan dos submomentos:

- a) *Gerencia de las operaciones*: sistema que permite la descentralización de las actividades y facilita una mayor participación. En él se determinan una dirección y responsables para cada uno de los objetivos del proyecto, estructurando una gerencia modular que facilita el trabajo de acuerdo a las funciones, entendidas de manera más global que las tareas.
- b) *Control y análisis de la gestión*: que se realiza durante el desarrollo del proyecto y luego de su finalización. Para llevarla a cabo es necesario contar con mecanismos e instrumentos adecuados para recabar información que permita el monitoreo, la supervisión y la evaluación, elementos que constituyen el sistema de control².

1.2 Instrumentos de aplicación del marco lógico

La PES, el ZOPP y el MAPP, son tres metodologías que conforman un sistema de planificación coherentes entre sí, por cuanto están basados en una misma concepción metodológica. Si bien la planificación estratégica situacional no puede considerarse basada en el *marco lógico*, porque no se utiliza para el diseño y desarrollo de un proyecto específico sino que presenta enfoques más globales y complejos para la propuesta de planes de desarrollo, estas tres metodologías se fundamentan en los principios definidos para la planificación estratégica, presentando diferencias que deben buscarse más bien en el nivel de análisis que se realiza y en la complejidad que diferencia a cada uno de los métodos.

² Ver detalles de estos elementos en el capítulo de *Planificación local participativa*, momentos de ejecución y evaluación.

1.2.1 Planificación estratégica situacional (PES)

La PES, se comienza a elaborar en la segunda mitad del decenio de 1970. Presenta un mayor grado de complejidad. Es una herramienta especialmente útil para la planificación estratégica pública, especialmente aplicable por niveles directivos que enfrentan redes de problemas multicausales e interdependientes entre sí, de alta complejidad.

En su momento explicativo, se realiza un análisis situacional para cada uno de los problemas detectados, los que no sólo son descritos con gran rigurosidad, sino son articulados en un *flujograma situacional* en el que se identifican, explican y relacionan sus causas en base a la propuesta de un *modelo explicativo*. Este paso, permite un análisis más profundo, pero a la vez constituye en gran medida el nivel de complejidad de la PES que dificulta su aplicación por parte de actores sociales que no tengan una formación con cierto grado de especialización.

En el momento normativo, o de diseño del proyecto, la PES hace un *análisis de control o gobernabilidad*, determina con claridad las causas que están bajo el control de los distintos actores, permitiendo establecer con claridad un *plan de acción* (de responsabilidad de los actores que planifican) y un *plan de demandas y denuncias* (que debe ser negociado con otros actores sociales, instituciones o autoridades). Además, se hace un estudio de *escenarios diversos*, a partir del que pueden elaborarse planes para distintas circunstancias que se puedan presentar (*planes de contingencia*).

Durante el momento estratégico, en la PES se realiza una *propuesta de dirección estratégica*, que implica definir acotadamente un sistema de dirección para la operacionalización del plan y de los diversos proyectos que lo integren, decidiendo las líneas y principios básicos que sustentarán procesos de gestión (dirección, administración, negociación, etc.).

El momento táctico-operacional no presenta gran diferencia entre las tres metodologías que se analizan, salvo en el grado de complejidad que representa la implementación de un plan conformado por varios proyectos, orientado a dar respuesta a una multiplicidad de problemas en el caso de la PES. Sin embargo, elementos fundamentales de este momento son también, al igual que en el ZOPP y el MAPP, el monitoreo con indicadores y el ajuste periódico del plan.

1.2.2 Planificación de proyectos según objetivos (ZOPP)

El ZOPP, basado en el *marco lógico*, es una metodología de mediana complejidad, que sirve para el diseño e implementación de proyectos que requieren respuestas o procesos técnico-políticos relativamente elaborados. Es utilizado habitualmente por niveles intermedios o por niveles de dirección de ONG e instituciones orientadas a la resolución de problemas de determinada área o con eje en temáticas particulares, que requieren de planificación sistematizada con cierto grado de adaptaciones y desarrollo sobre las situaciones específicas que se enfrentan.

Su momento explicativo no requiere de un modelo explicativo, en lugar del análisis y situacional se realiza un *diagnóstico participativo* a partir del que

se prioriza y selecciona una situación a enfrentar, sobre la que se construye un “*árbol de problema*”, identificando sus causas y consecuencias. Esto permite su análisis, explicación en mayor profundidad y su definición como problema central a resolver por el proyecto.

En su momento normativo no se hace un análisis de gobernabilidad, no trabaja con varios escenarios y, por lo tanto no se generan planes de contingencia. A cambio de ello, cobra gran importancia la identificación de supuestos, premisas y riesgos para el cumplimiento del plan, es decir, los factores externos que podrían incidir de manera determinante sobre su implementación.

Tampoco se determina un sistema de dirección en su momento estratégico, limitándose al establecimiento de una orgánica apropiada para el desarrollo del plan, en la que se consideran principalmente una estructura de coordinación con las características necesarias (ya mencionadas) y la creación de grupos participativos de trabajo en torno a funciones.

El momento táctico-operacional, presenta menos diferencias desde el punto de vista metodológico, relevando solo aquellas derivadas de la menor complejidad del proceso, lo que facilita tareas de control y adaptación del plan durante su implementación.

1.2.3 Método Altadir de Planificación Popular (MAPP)

EL MAPP, se podría definir como un ZOPP simplificado, especialmente adaptado para su utilización en el nivel de base, en proyectos muy específicos, altamente descentralizados y con gran protagonismo de sectores populares (organizaciones sociales,

vecinales, etc.). Se ha propuesto como una herramienta de uso fundamental de las organizaciones de base para apoyar la realización sistemática de sus tareas de identificación, definición, jerarquización de problemas, a través de un trabajo colectivo que aporte a la vez, la identificación de soluciones creativas y viables. Es un método que no permite enfrentar varios problemas a la vez, ni analizar las relaciones que existen entre ellos.

Su momento explicativo se inicia con el reconocimiento de situaciones que producen incomodidad o insatisfacción, para luego describir los problemas identificando los hechos que demuestran, de manera concreta su existencia (o descriptores del problema). Esta situación se explica a través de un *árbol de problema* que incluye las causas (se debe a...), la descripción (se verifica por...) y las consecuencias (impacta en...).

En el momento normativo se define una *situación-objetivo*, de la que se construye un “*árbol*” similar y con los mismos elementos, para facilitar su análisis. Este incluye la modificación que se espera hacer sobre las causas y los efectos o cambios positivos que traería esta modificación. En este procedimiento es fundamental identificar los “nudos críticos”, es decir, las causas principales que permiten la superación del estado de cosas, ya que están determinando la presencia de otras dentro de una cadena causal. Para producir los cambios que requiere alcanzar la *situación-objetivo*, es necesario diseñar las operaciones del plan, actuando sobre los nudos críticos. Se definen entonces los responsables de cada operación, de su seguimiento y el presupuesto necesario para llevarlas a cabo.

En el momento estratégico, se da gran importancia al análisis sobre la posición y potencialidades que ofrecen los diversos actores sociales involucrados en la solución del problema, identificando quiénes son (grupos e instituciones presentes), su posible motivación frente al plan (positiva –de colaboración– o negativa –de resistencia), capacidad o fuerzas con que cuentan para su acción. Luego se determina la trayectoria u orden en que deben realizarse las operaciones que se han definido, para terminar haciendo un análisis de las vulnerabilidades del plan, frente a las que se proponen acciones alternativas.

Para el momento táctico-operacional se establecen mecanismos simples de control y seguimiento, que consiste más que nada en un sistema de petición y rendición de cuentas a los diferentes responsables, diseñado con anterioridad a este momento, considerando los indicadores que darán cuenta de los resultados de la gestión. Habitualmente se crean instrumentos muy simples, que permitan registrar el grado de cumplimiento, resultados esperados y resultados obtenidos y las causas que pueden explicar las diferencias que se den entre ambos.

Los momentos definidos de manera general para el *marco lógico*, no pueden ser reconocidos de manera tan definitiva en los procesos de la práctica. Frecuentemente se mezclan, se adelantan o retoman elementos de otra etapa, aunque el orden de análisis y trabajo que propone el método facilita el mejor diseño y coherencia para el desarrollo del plan.

De manera coincidente con la metodología del *marco lógico*, se han determinado otras formas de programación, que ponen énfasis en determinadas etapas del proceso. Es el caso de la *metodología de resolución de*

problemas, cuya preocupación se concentra en el procedimiento para la propuesta, análisis y selección de las soluciones, utilizando para ello una matriz similar a la que se ha presentado al exponer la metodología del *marco lógico*.

Por último, se hace necesario destacar el hecho de que las diferencias entre las diversas metodologías presentadas, significa una mayor gama de alternativas de selección para los actores sociales que impulsan proyectos de desarrollo en el nivel local. Ellas no se oponen ni excluyen entre sí, sino que deben ser seleccionadas de acuerdo a las condiciones en que se llevará a cabo el plan. Entre los principales criterios para seleccionar la metodología más adecuada, se pueden mencionar:

- Objetivo y énfasis que se propone el trabajo.
- El nivel jerárquico que planifica.
- La naturaleza del trabajo que se realiza: político, técnico, práctico-operacional, etc.
- La complejidad de los problemas que se abordan.
- Las características, cantidad y relación entre los actores que intervienen.
- La capacidad de gobierno o de control de los actores protagónicos del plan.

MARCO LOGICO

“El Profesor”

Muchos de los Municipios de Venezuela han desarrollado proyectos de promoción de salud basados en la metodología del marco lógico. Uno de ellos es el del Municipio Maturín, Estado Monagas, que constituye un buen ejemplo de la continuidad de este proceso.

A partir de estudios realizados por las instancias del municipio y de la Dirección Regional de Salud, en el que se describen condiciones del municipio: geográficas, de comunicación, accesos y epidemiológicas, se decide iniciar un proceso como municipio por la salud, optándose por llevar a cabo proyectos con la metodología del marco lógico. Como primer paso se seleccionan 5 comunidades de extrema pobreza con que se trabajará.

El momento explicativo

En primer lugar se identifican y priorizan problemas en conjunto con la comunidad, en un proceso de diagnóstico participativo que contó con el apoyo del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, OPS e HIDROVEN. En esta oportunidad se definieron proyectos orientados a mejorar las condiciones de vida de la población, especialmente de saneamiento básico: instalación de alcantarillado, canalización de aguas, pavimentación, suministro de agua potable, disposición adecuada de basuras, construcción de viviendas, construcción de un módulo de servicio salud-policía-educativa y un programa para promover estilos de vida saludable entre adolescentes.

El momento estratégico

Una vez planteados estos proyectos se convocó a una importante reunión con el fin de buscar compromisos de apoyo de otros actores para su concreción, aumentando de esta manera su viabilidad. Concurrieron organismos públicos y privados de los niveles nacional, regional y local, organismos internacionales (OPS), autoridades de gobierno, universidades, iglesias y el Embajador de la República de China, quien actuó como padrino del evento.

Todos los actores asistentes asumieron diferentes compromisos, lo que permitió movilizar diversos recursos para concretar los proyectos diseñados.

El momento táctico-operacional

A continuación, comenzó la ejecución de los diversos proyectos: construcción de viviendas en la comunidad de Sabana Grande, farmacias sociales y huertos familiares. Se hicieron mejoras sustanciales en la vialidad y sistema de transporte, se habilitaron y construyeron canchas y estadios para fomentar la actividad deportiva. Finalmente, cabe destacar la concreción de un convenio para el tratamiento y distribución de agua potable.

Ejemplo basado en el proceso de municipios hacia la salud, Municipio de Maturín - Estado Monagas, Venezuela, 1995.

2. LA INVESTIGACION ACCION PARTICIPATIVA (IAP)

La investigación acción participativa (IAP) es una metodología que permite investigar la realidad, con los distintos problemas que en ella se presentan, planificar y ejecutar las acciones necesarias para mejorarla, en forma participativa.

Se caracteriza por facilitar a los actores sociales un mayor conocimiento de su propia situación, para que en base a sus necesidades y expectativas puedan participar activamente en la planificación de intervenciones, bajo el precepto que para conocer la realidad hay que actuar sobre ella, porque no existe conocimiento válido que no se origine y compruebe en la práctica. Bajo estas consideraciones, constituye una metodología de acción comunitaria, de carácter participativo que integra dos dimensiones:

- **La investigación:** de la realidad en que se vive, las causas de las situaciones que se presentan, los factores que inciden en un determinado estado de la población, identificando aquellos que pueden ser intervenidos para obtener una mejoría.
- **La acción:** sobre la situación investigada, determinando programas o proyectos concretos que puedan ser llevados a cabo a través de un trabajo colaborativo entre la comunidad y los equipos de carácter técnico.

Ambas dimensiones son inseparables, abordan tareas similares y/o complementarias, orientadas a un único fin: el mejoramiento de las condiciones de vida y de salud de la población protagonista. Por esta misma razón, cada una de las dos dimensiones carece de sentido sin la existencia de la otra.

La IAP posee muchos elementos en común con las metodologías de carácter estratégico que se presentan en este capítulo, tales como: el reconocimiento, identificación, análisis y prio-

rización de problemas, el planteamiento de soluciones y su ejecución, en forma participativa.

La investigación acción participativa es una herramienta metodológica, que se plantea avanzar en forma simultánea en la investigación de situaciones que vive la población, la sistematización y producción de conocimiento en torno a ellas –integrando elementos del saber popular–, la ciencia y la tecnología. El producto del nuevo conocimiento elaborado constituye la base de una acción organizada, que moviliza diversos recursos de la comunidad y técnicos para mejorar las condiciones de vida.

Con estas características, esta metodología reviste gran valor para el desarrollo de un trabajo orientado a la promoción de la salud³. La IAP se articula a los procesos de salud y enfermedad en el marco de la nueva manera de concebir la salud, planteándose la necesidad de la participación de la población en su conjunto en la determinación de sus demandas, en el cambio de los factores condicionantes de su salud, así como en la evaluación de la eficacia y eficiencia de los servicios que recibe.

Metodológicamente la IAP va de lo particular a lo general y viceversa, un problema de salud, como podría ser una enfermedad infecciosa, tiene un agente causal específico (viral o bacteriano) pero la explicación de su presencia es más completa y verdadera si consideramos una serie de otros factores como lo económico, social y cultural en el área de análisis, que determinan aspectos importantes del proceso salud enfermedad ya que integran elementos que dan cuenta de las condiciones y calidad de vida, tales como: vivienda, nutrición, empleo, entre otros muchos.

3 Como ejemplo de países que han desarrollado procesos de participación y promoción de salud, con base en la IAP, cabe mencionar el Proyecto de Tupiza en Bolivia.

Si bien, como ya se ha señalado, contiene elementos comunes con otras metodologías de carácter estratégico, plantea matices diferentes con ellas, referidos más bien al énfasis. La IAP se plantea de manera esencial la recuperación y sistematización de los conocimientos, historia y cultura de la comunidad, además de la reflexión y análisis sobre sus problemas.

Desarrolla con especial énfasis en tareas de investigación, sistematización y educación de la comunidad participante, de manera que su utilización facilita procesos de desarrollo de las capacidades de análisis, orientados siempre a la definición de las acciones necesarias y posibles para mejorar su realidad.

La complejidad de su proceso requiere de la articulación constante de diversas estrategias y acciones que se llevan a cabo, en distinta medida, en cada una de las dos dimensiones de esta metodología. A continuación, y sólo con fines pedagógicos, se presentan separadamente la *investigación* y la *acción*, señalando las tareas que comprende de manera prioritaria cada una de ellas. Se presentará de manera mucho más extensa la dimensión de investigación, que constituye el énfasis particular que caracteriza a esta metodología.

2.1 La dimensión de la investigación

A diferencia de la investigación académica, conlleva en esencia la concepción de unidad y totalidad entre teoría y práctica, el objetivo de la investigación es el desarrollo de una acción transformadora. De esta manera, la IAP no se plantea como “neutra” u “objetiva”, sino como una metodología comprometida con procesos de mejoramiento de las condiciones de grupos de la población que viven situaciones de pobreza o de carencia. En este sentido, se expresa también como una intervención educativa que supera la dicotomía entre el “conocer” y el “hacer”: los

encargados de “conocer” son los mismos responsables de “hacer”.

En este marco de referencia se concibe a los actores sociales como a los protagonistas fundamentales de su bienestar social, ellos deben conocer, analizar y explicarse sus necesidades, ubicarlas dentro del contexto general y priorizarlas.

Las principales actividades de la IAP que están más estrechamente ligadas a esta dimensión, son las siguientes:

2.1.1 La investigación, considerada en su carácter de acción implica, en primer lugar, la discusión y determinación de un marco de referencia, es decir, de las teorías o cuerpos conceptuales que servirán de parámetro con los cuales se compararán las definiciones propias del proceso.

El propósito de la investigación es el conocimiento de los diversos elementos que constituyen el contexto en que vive la comunidad, considerando aquellos que son relevantes en la determinación de sus condiciones de vida. En el caso de programas orientados a la promoción de la salud, es fundamental conocer no sólo las características sociales, económicas y demográficas de la población, sino los factores condicionantes de su situación de salud, sus causas y consecuencias.

Las principales tareas de investigación que se llevan a cabo en las diversas fases de la IAP, están relacionadas con:

- la *enunciación de un objeto de investigación*;
- la *definición de un problema* que sirva de base a la elaboración de un plan de acción;
- el *establecimiento de objetivos*, rectores del plan de acción;

- la *determinación de dimensiones, variables y categorías* que serán estudiadas o utilizadas en el proceso de análisis;
- el *análisis y procesamiento de la información* que permita sacar conclusiones y elaborar conocimientos a partir del proceso;
- la *elaboración de explicaciones y conocimiento sistematizado* a partir de la situación investigada.

La investigación requiere de técnicas específicas, que sean coherentes con el enfoque y objetivos del proceso propuesto. Así, la aplicación de aquellas que promuevan y faciliten la participación más amplia de la comunidad involucrada, es fundamental para este proceso. Pero considerando la complejidad de la IAP, deben emplearse también técnicas y procedimientos tradicionales de la investigación, que facilitan especialmente el procesamiento y análisis de información.

A continuación se mencionan una serie de técnicas que han sido utilizadas en diversas experiencias de investigación acción participativa, que no serán definidas, ya que pueden ser consultadas en la numerosa bibliografía existente sobre el tema:

De investigación tradicional:

- Observación.
- Creación de sistemas de clasificación de información.
- Análisis de documentos y datos estadísticos.
- Entrevistas semi-estructuradas.
- Entrevistas a familias, líderes o personas claves de la comunidad.
- Grupos focales y grupos de discusión.

Para promover la participación de la comunidad:

- Asambleas (de análisis, de trabajo, de evaluación, etc.).
- Sesiones, cabildos o congresos públicos.
- Confección de mapas comunitarios.
- Recolección o reconstitución de historias locales.
- Teatro popular.
- Exposiciones de dibujos, fotografías, películas, etc., promoviendo la discusión sobre ellas.
- Elaboración colectiva de material audiovisual.
- Arbol de problemas.
- Organización de equipos de trabajo y de investigación.
- Viajes, visitas o encuentros, para conocer otras experiencias de acción de comunidad organizada (o procedimientos específicos).
- Campamentos educativos, de análisis o reflexión.

Estas técnicas deben usarse complementariamente, de acuerdo a las necesidades que plantee el proceso en los diversos momentos y en sus diferentes actividades. Lo importante es considerar que su aplicación debe ser del dominio del equipo investigador en su conjunto, lo que plantea una vez más la necesidad básica de la capacitación de los distintos actores participantes.

2.1.2 La capacitación, que permite la socialización (compartir) u obtención de herramientas teóricas, metodológicas y técnicas, con el fin de desarrollar los diversos conocimientos y habilidades que requiere el proceso de investigación: para realizar análisis, aplicar la metodología de investigación, definir de alternativas de solución, sistematizar conocimientos, etc.

La capacitación constituye el primer paso metodológico de la IAP, ya que frecuentemente la mayoría del grupo que participa en la investigación carece de los conocimientos que se requieren para llevarla a cabo. Sin embargo, es una de las actividades que se realizan permanentemente durante el proceso de la IAP y aunque puede relacionarse más estrechamente con la dimensión de investigación, también se desarrolla en torno a contenidos que facilitan la acción.

Las principales tareas de capacitación que se desarrollan en un proceso de IAP son las siguientes:

- *diagnóstico de las necesidades de capacitación*, considerando los requerimientos que plantea la realización del proceso que se ha consensuado;
- *establecimiento de los contenidos* que deben desarrollarse para responder a las necesidades identificadas;
- *definición de la opción metodológica* en la que se basará el desarrollo del proceso de capacitación;
- *elaboración de un programa de capacitación*, definiendo los recursos que serán necesarios y el cronograma de las actividades del programa;
- *organización del proceso*: de los grupos que serán capacitados, determinación de recurso capacitador, obtención de infraestructura y preparación de insumos necesarios;
- *ejecución de talleres y cursos definidos*;
- *evaluación de la capacitación*, orientada a establecer los avances conseguidos y las nuevas necesidades planteadas.

Consecuentemente con la concepción general de la IAP, para la implementación de las tareas de capacitación se privilegian metodologías participativas, aunque en determinadas situaciones puede ser reco-

mendable la combinación de diversos métodos, según las características del grupo en capacitación.

Entre las técnicas educativas más adecuadas para facilitar procesos de capacitación participativa, se pueden mencionar:

- Las técnicas vivenciales, que permiten “vivir una situación”, a través de la creación ficticia de ella, lo que las hace especialmente adecuadas para el análisis o la animación de un grupo: estudio de casos, análisis de situaciones planteadas a través de tarjetas.
- *Técnicas de actuación*: socio-dramas, dramatizaciones, juego de roles.
- *Técnicas auditivas y audiovisuales*, a través de las que se entregan preferentemente, elementos para la reflexión y el análisis: diaporamas, videos.
- *Técnicas visuales*, que pueden ser escritas (papelógrafos, esquemas) o gráficas (afiches, fotos).
- *Técnicas proyectivas*, que facilitan el ordenamiento y exteriorización de percepciones, sentimiento o expectativas de los participantes: dibujos, collage, identificación con fotos, trabajo con arcilla.

Cualquiera de estas técnicas no posee un carácter formativo en sí misma, sino que es utilizada para alcanzar objetivos de formación previamente establecidos. Desde ese punto de vista, es necesario utilizar las técnicas que posean mayor potencialidad para el logro de ese objetivo, de acuerdo a las características del grupo, del educador, de los recursos y tiempo disponible.

La finalidad que se persigue con el uso de estas

técnicas es favorecer la expresión e intercambio de los participantes en el marco de un proceso formativo, de manera que también son aplicables algunas de las que se han descrito para la dimensión de investigación.

Cabe señalar que las técnicas mencionadas en ambas dimensiones pueden ser utilizadas en procesos que se lleven a cabo con otras metodologías que reconozcan enfoques participativos.

Finalmente, cabe destacar la gran importancia que reviste la dimensión de investigación para los procesos participativos en salud, ya que permite probar su validez, crear relevancia sobre problemas prevalentes y apoyar la presentación de nuevas propuestas con estos enfoques.

2.2 La dimensión de la acción

Esta dimensión se presentará de manera mucho más resumida, señalando solamente las tareas de la IAP que están más estrechamente vinculadas a ella. Esta opción no se relaciona con una diferencia en la importancia de las dos dimensiones, sino obedece a que la *acción*, orientada al establecimiento de planes de intervención de la realidad derivados de los resultados de la investigación, corresponde a un proceso de planificación local participativa, cuya metodología es ampliamente tratada en el capítulo pertinente.

Cabe destacar entre las actividades que se llevan a cabo preferentemente en el marco de la dimensión de la acción:

- *La comunicación* en los niveles interpersonal, al interior de cada uno de los actores y sectores sociales y

con el conjunto de la población. Esta tarea permite ampliar la convocatoria y adhesión al proceso participativo, a la vez que facilita la socialización o intercambio, y la realización de las diversas tareas de la IAP.

- *La planificación del proceso de intervención de la realidad*, considerando los diversos momentos de la planificación: diagnóstico, programación, ejecución y evaluación. Tratándose de procesos participativos (e intersectoriales) que convocan la intervención de diversos actores, debe subrayarse la necesidad de decisiones tomadas a través del consenso y de procesos democráticos.
- *La organización interna de los diferentes actores y del equipo local en su totalidad (comunitario e intersectorial)*, que facilite el desarrollo de las tareas planificadas.

A través de la ejecución de estas tareas, la IAP articula elementos como la educación, planificación participativa y comunicación social. Considerando que las actividades que se han descrito para las dos dimensiones se dan de manera continua, sin una separación rígida entre ellas, es posible resumir que la IAP se basa en la interrelación de cuatro procesos simultáneos:

- ◆ **Investigación científica colectiva** sobre los problemas concretos de una comunidad con participación de los propios afectados y los que están comprometidos por la solución de los mismos.
- ◆ **Reflexión conjunta** sobre las posibles causas y consecuencias de los problemas detectados e investigados y la consideración del potencial de la comunidad para superarlos.

- ◆ **Acción organizada** para ir en busca de soluciones y de factores condicionantes de su existencia.
- ◆ **Capacitación y educación popular**, el nuevo conocimiento se busca, se sistematiza y se intercambia .

De esta manera la IAP como proceso involucra también elementos como, la investigación, la sistematización de experiencias, la educación y la movilización.

2.3 Principios

Los siguientes son los principios básicos de la IAP:

- Considera el conocimiento como un producto social que, si bien es elaborado por individuos, resulta de la cooperación, intercambio y comunicación entre los diversos grupos y actores de la sociedad; por lo tanto metodológicamente es absolutamente necesario involucrar a las personas en la investigación de su propia realidad, como único camino para lograr la comprensión más clara acerca de las formas en que ellos son afectados, internalizan e interpretan los fenómenos naturales y sociales.
- Admite la necesidad del intercambio, integración y complementación del saber popular y del conocimiento técnico-científico, elaborados a partir de las vivencias y de aportes de las ciencias naturales y sociales. Esto pasa por la aceptación y reconocimiento de las concepciones populares que existen sobre la salud y la enfermedad en la comunidad expresadas en sus costumbres y creencias.

La integración del saber popular con el conocimiento académico permite horizontalidad en la interacción

evitando la sobrevaloración excluyente de uno sobre el otro. Ambos se asumen en forma crítica reconociéndose sus alcances y limitaciones.

- Sus métodos de investigación no son neutros, hay compromisos claros hacia las transformaciones sociales en beneficio de los sectores más vulnerables. En contrapunto la metodología científica declara la investigación académica clásica como “objetiva y políticamente neutra”.
- Pretende llevar los procesos de participación a la toma de decisiones en las políticas y programas que sobre salud se diseñen en lo nacional y local, como también en la ejecución y evaluación.
- Existe una clásica situación en la que un grupo de científicos generan conocimiento sobre la comunidad, otro grupo utiliza estos conocimientos para elaborar políticas y programas, otro grupo ejecuta las acciones derivadas de esa programación y por último, están las comunidades que reciben directamente las acciones. La IAP pretende superar esta desarticulación promoviendo la integración de todos los sujetos en un proceso conjunto: el investigador se despoja de su aureola de científico y aprende de la comunidad comprometiéndose con sus procesos de transformación y la comunidad a su vez adquiere mayor comprensión sobre los determinantes de sus condiciones de vida.

2.4 Fases

La investigación académica tradicional tiene etapas de desarrollo secuencialmente preestablecidas previo al trabajo de campo. El resultado de la investigación es utilizado por quienes decidirán qué hacer con la información obtenida.

La IAP no responde a etapas preestablecidas, el tópicos de investigación y su programación son determinados por el ritmo de la vida diaria de la gente, sus intereses concretos y la importancia que ellos le atribuyen a tomar la iniciativa para cambiar sus condiciones de vida.

El diseño se caracteriza por ser:

- ✓ **Participativo** porque las decisiones de **qué, cómo y cuándo** en relación a la investigación se toman en forma colectiva por las personas interesadas.
- ✓ **Emergente** porque los planes y procedimientos de investigación deben surgir de las investigaciones específicas del medio e irse acomodando a las necesidades y recursos de la comunidad en la medida que estos vayan siendo identificados.

Esto no significa de ningún modo que esta metodología de investigación no requiera planificación, cada proyecto tendrá un propio y particular plan elaborado participativamente y su desarrollo dinámico deberá irse adaptando a la realidad si ésta cambia. No existen modelos para elaborar el diseño de sus proyectos, cada uno de ellos se confeccionará de manera específica, de acuerdo a las necesidades, condiciones de vida y nivel de desarrollo de cada comunidad.

De la revisión de varias experiencias en que ha sido utilizada, se ha determinado que se distinguen seis fases básicas. Estas fases no necesariamente se dan en la secuencia que se expone, comenzándose muchas veces, por la fase cinco u otra de ellas:

- ⇨ **Fase 1: Organización de experiencias y conocimientos previos en el área de estudio.**

En esta fase tiene una gran importancia la capacitación del equipo que llevará a cabo la investigación, los integrantes técnicos y de la comunidad, deben compartir información, metodologías y conocimientos existentes, en torno a la temática de investigación.

Es necesario también considerar en este momento, las diversas fuentes de información comunitaria que serán consultadas y tomar contacto con organizaciones y personas claves que entregarán antecedentes, invitándolas a incorporarse al proceso de investigación participativa.

Como resultado de esta fase, se obtienen las definiciones básicas, acerca del contexto y de los conceptos que guiarán la investigación.

⇒ ***Fase 2: Definición de la problemática general de investigación.***

Lo que requiere no sólo de la identificación de problemas, sino de su descripción integrando las percepciones y explicaciones que la comunidad tiene sobre ellos.

Debe obtenerse una definición conjunta de los problemas, con elementos técnicos y conceptos de la comunidad, la que de esta manera se motiva con mayor facilidad para participar en todo el proceso de investigación participativa.

⇒ ***Fase 3: Objetivación y problematización.***

Esta fase es comparable a la tarea de priorización que se realiza en el diagnóstico participativo. En este momento, se analizan y explican los problemas, considerando como válidas las causas identificadas por los diversos actores y buscando su integración en el

análisis. Se acota el contexto, descubriendo la relación existente entre contexto y causas. De esta manera se facilita la identificación de causas sobre las que es posible actuar, facilitando la delimitación del plan de acción que se confeccionará posteriormente.

En esta fase deben quedar definidos y priorizados los problemas.

⇒ **Fase 4: Investigación de la realidad social y análisis de la información recolectada.**

La primera tarea de esta fase es definir el tema y las preguntas (o hipótesis) de investigación. Luego, de acuerdo a las necesidades metodológicas se determinan las técnicas específicas que se utilizarán para recabar información, capacitando al conjunto del equipo investigador en su aplicación. Finalmente se aborda la tarea de recolección de información, orden y procesamiento de ésta, en forma colectiva.

El producto de esta fase es el nuevo conocimiento y explicación de la realidad, que integra los distintos niveles de saber.

⇒ **Fase 5: Definición de proyectos de acción.**

A partir del conocimiento elaborado, se toman decisiones, también colectivas, acerca de la futura acción transformadora, orientada al mejoramiento de la (o las) situaciones problemas estudiadas y priorizadas para abordar.

En este momento deben elaborarse programas de trabajo, los que serán ejecutados y evaluados participativamente. El conocimiento del método de *planificación local participativa*, constituye un aporte fundamental para el desarrollo de estas tareas.

La elaboración de programas o proyectos concretos de acción, así como la movilización y compromiso de la población para llevarlos a cabo, son resultados de esta fase.

⇒ ***Fase 6: Recuperación y sistematización de la experiencia.***

Una vez que se han llevado a cabo y evaluado los programas de acción, se recogen los distintos elementos de la experiencia desarrollada: procesos, resultados, impactos. Para poder cumplir la tarea de esta fase, es necesario que desde el diseño del proceso se establezcan las formas de registro, que permitirán “conservar” los elementos relevantes del proceso.

La sistematización de la experiencia se hace a través de un proceso de reflexión colectiva, que integra elementos de la teoría que sirvió de marco y de la práctica realizada, reordenándolos y dándoles coherencia, de manera que puedan servir de marco de referencia o guía a otros procesos similares.

El producto de la sistematización es un documento que contiene la descripción y análisis de la experiencia, subrayando las conclusiones y recomendaciones que contienen elaboración de conocimientos. Este documento debe ser difundido, especialmente hacia los actores que pueden ser motores o involucrarse en procesos participativos.

Una intervención comunitaria realizada en base a la metodología de investigación acción participativa, pierde gran parte de su potencial si no se difunde ampliamente su experiencia, debidamente sistematizada.

APORTES DE LA EXPERIENCIA

INVESTIGACION ACCION PARTICIPATIVA

Una experiencia muy ilustrativa de la aplicación de la IAP en el campo de la salud, es la desarrollada en Bolivia, donde se realizó un estudio del perfil comunitario de salud. A modo de ejemplo, se enunciarán los momentos metodológicos de la IAP efectuada en la ciudad de Tupiza:

- 1. Elaboración y socialización de la metodología de la IAP, conformando grupos mixtos.*
- 2. Estudio del perfil de salud comunitario de los distritos, áreas, sectores y comunidades.*
- 3. Procesamiento de la información.*
- 4. Análisis, reflexión e interpretación de los resultados de la encuesta socioeconómica y de salud de la Secretaría General de Tupiza.*
- 5. Socialización de los resultados de la encuesta socioeconómica y de salud del auto censo, entrevista a personajes claves y organizaciones de base.*
- 6. Planificación participativa de las acciones en forma conjunta con grupos de la comunidad, organizaciones de base, municipios y otros sectores.*
- 7. Ejecución y evaluación de los procesos desarrollados en el proyecto del perfil comunitario de salud.*
- 8. Recuperación de la experiencia.*
- 9. Difusión de la experiencia desarrollada con participación de la comunidad y otros actores sociales del lugar.*

*Secretaría Regional de Tupiza
Bolivia 1991*

3. LA PLANIFICACIÓN LOCAL PARTICIPATIVA

La investigación acción participativa (IAP) es una metodología que permite investigar la realidad, con los distintos problemas.

Se ha definido a la planificación como el proceso que permite elegir racionalmente entre diferentes cursos de acción posibles, para conseguir objetivos prefijados, en un período de tiempo determinado, asignando eficientemente los recursos disponibles, que siempre resultarán escasos para responder a las múltiples necesidades de la población.

Este concepto, entregado desde el punto de vista de los planificadores, proporciona algunos elementos de gran importancia, por ejemplo, al hablar de recursos escasos, está implicando la obligación de establecer prioridades en los distintos momentos de la planificación (al seleccionar problemas, soluciones o asignar recursos). Sin embargo, al referirlo a procesos sociales, que requieren las respuestas a las necesidades de la población, se hace insuficiente y es necesario acotar o profundizar diversos aspectos.

Lo social, a diferencia de lo económico, tiene que ver mucho menos con el “rendimiento” que con el mejoramiento de los niveles de calidad de vida, es decir, con la salud, bienestar y desarrollo humano, tanto de las personas como de las comunidades.

Bajo esta consideración, no es un problema secundario la definición de *quién planifica, con qué criterios* y en el marco de *qué prioridades*, elementos fundamentales para diferenciar los enfoques y propuestas alternativas en metodologías de planificación.

Como su nombre lo indica la *planificación local participativa* constituye una de estas propuestas metodológicas, basada en el enfoque estratégico, que releva la importancia de integrar la visión, experiencia e intereses de la comunidad afectada, en

todos los momentos del proceso de planificación con el fin de abordar y solucionar sus problemas, utilizando y desarrollando sus propias capacidades.

Es un método de trabajo que facilita el desarrollo de los equipos de trabajo y de las comunidades, ya que:

- ✓ La población que vive los problemas participa en el diagnóstico de su situación, y en la definición de las soluciones, facilitando en este transcurso, un proceso de aprendizaje: sobre sí misma, otros actores, medio ambiente, formas de intervención.
- ✓ Al incorporar diversos puntos de vista y recursos facilita la implementación de acciones *integrales*, que tienen impacto sobre un conjunto de necesidades presentes en la población.
- ✓ La efectividad de las acciones requiere de respuestas sistémicas y coordinadas de los servicios de salud y comunidad que las protagoniza.

Es evidente que estas condiciones se ven favorecidos en espacios locales, donde se facilita el encuentro de los actores sociales, hay mayor cercanía con las autoridades y niveles de toma de decisiones, existiendo mejores posibilidades para la identificación y solución de problemas que son compartidos, más homogéneos y menos complejos que los que se dan en el ámbito nacional.

La planificación local participativa es una herramienta que permite a las personas y comunidad conocer su realidad, y explicársela en conjunto, a la vez que sentirse capaces de actuar sobre ella. Implica un proceso continuo de involucramiento en el diagnóstico, programación de acción, ejecución y evaluación.

La planificación local participativa incorpora dos conceptos que están presentes en las estrategias de atención primaria en salud y promoción de la salud:

- *Participación comunitaria*: trabajo conjunto con la gente afectada por los problemas, es decir, por las personas que concurren a los establecimientos de salud para obtener atención.
- *Intersectorialidad*: trabajo conjunto y bien coordinado con los diferentes sectores de servicios que actúan en la localidad (ej. salud, educación, economía, etc).

En el sector salud, la forma más difundida hasta hoy para planificar y programar, tanto en los equipos de salud como en organizaciones sociales u otros grupos, ha sido la no participativa. Incluso dentro de un equipo que tiene una especialidad (salud, educación, etc.), la planificación de actividades es efectuada por “expertos” en esta tarea. En los equipos de salud, esta labor habitualmente ha estado a cargo de los asesores o directivos, lo que ha contribuido a que los programas se mantengan más enmarcados en las normativas del nivel central que en las necesidades locales.

Sin embargo, toda persona que ha participado en la ejecución de planes, programas de actividades y proyectos elaborados por otros, ha podido constatar que normalmente no son los más apropiados para actuar con los recursos que se tiene. La riqueza que se obtiene al integrar las diferentes opiniones, aconseja reservar espacios de programación en los que pueda participar la totalidad de los miembros de los equipos, recogiendo también el aporte de la comunidad (puede hacerse incorporando representaciones de los diferentes actores y estamentos).

La *planificación local participativa*, permite integrar las distintas necesidades, y aportes en la definición y priorización de los problemas de salud de una comunidad, así como en el

diseño de intervenciones y soluciones, obteniéndose de esta manera mayores grados de satisfacción de la población, de las personas y servicios que allí trabajan entre los que se cuentan los equipos de salud. A través de ella se pueden impulsar procesos de mejoramiento de la salud y de desarrollo local que responden mejor a las expectativas, y potencialidades de la población⁴.

Planificar, actuar y evaluar las acciones de salud con el conjunto del equipo de salud y con la comunidad, es beneficioso en varios aspectos:

- *Ético*: ya que las personas tienen derecho a intervenir en las decisiones que las afectan.
- *Del conocimiento*: porque con los diferentes puntos de vista y experiencias se puede comprender mejor la realidad y enriquecer las posibilidades para transformarla.
- *Eficiencia*: ya que se asegura un mayor compromiso y disposición de los equipos de salud y de la gente junto a una mayor disponibilidad de recursos. Se distribuyen mejor las tareas, evitando recargar de responsabilidad y trabajo a alguno de los sectores que actúa.

A continuación se presentan los cuatro momentos o fases de la planificación local participativa (diagnóstico, programación, ejecución y evaluación), precedidos de la fase de acercamiento e interacción con la comunidad, que se ha denominado inserción. La explicación de cada una de estas fases, se ilustra con una breve descripción de una experiencia de la Región (aportes de la experiencia); y se complementa con un anexo que contiene guías de capacitación.

⁴ Entre los países que han desarrollado experiencias de participación y promoción de la salud, utilizando la planificación local participativa, cabe mencionar a Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Guatemala, México y Uruguay.

3.1 La inserción en la comunidad

Un requisito primordial para que los equipos técnicos de los diversos sectores lleven a cabo procesos de planificación local participativa, es ubicarse dentro de la comunidad y ser reconocidos por la población como un recurso propio, como un integrante fundamental para el desarrollo de esa comunidad y parte reconocida de ella. A este requisito se denomina *inserción en la comunidad*.

Una *comunidad* es un conjunto de personas, familias, organizaciones sociales e instituciones que comparten problemas y percepciones sobre una realidad o situación común, pudiendo habitar o no en un sector geográfico determinado.

Aún cuando el elemento de territorio geográfico enriquece las posibilidades de identificación y de una comunidad, esta definición facilita el reconocimiento de “su comunidad” o “área de influencia” a los centros de salud que no trabajan con criterios geográficos (como por ejemplo los hospitales). De esta manera, podrán intentar una programación innovadora y participativa para sus acciones de salud.

La comunidad es un sujeto dinámico y diverso, puede ganar o perder grados de organización y lo más frecuente es que se presenta de distintas maneras en los diferentes lugares o períodos de tiempo. Para los equipos que trabajan en promoción de la salud a nivel local, lo más fácil es pensar que la comunidad está compuesta por las personas usuarias o adscritas a sus servicios, independiente de su grado de organización.

Este mismo carácter cambiante, plantea como objetivos de este momento de la programación local participativa:

- Favorecer el reconocimiento y construcción de la identidad de la comunidad con que se trabaja.
- Apoyar sus procesos de fortalecimiento y organización.

La inserción en la comunidad requiere de dos fases: el conocimiento y la convocatoria.

3.1.1 Conocimiento

Antes de establecer una relación de trabajo con la comunidad es necesario saber algunas cosas sobre ella. De esta manera se ganará tiempo al crear los contactos adecuados; se adaptarán las formas de trabajo y el lenguaje y se podrán plantear objetivos apropiados para esos primeros contactos, considerando las tareas necesarias para apoyar su creación o consolidación. Es decir, la identificación de las personas y su sentido de pertenencia a un grupo, con el que comparte el espacio en que viven, problemas, necesidades, intereses y aspiraciones.

El primer contacto del equipo local con la comunidad se realiza con las personas usuarias del centro de salud. En los casos en que existe una mínima presencia y expresión de la población, es recomendable estimular a las personas más sensibles para iniciar este proceso de “creación de comunidad”. Generalmente hay algunos usuarios de los servicios que se manifiestan más cercanos, que expresan mayor interés por conocer los problemas de salud o que responden mejor a las invitaciones para participar en un grupo de autocuidado (por ejemplo, las mujeres, quienes tradicionalmente han asumido la función de cuidado de la familia, incluyendo la preocupación por su situación de salud).

En esta etapa se produce un primer acercamiento a la realidad de la comunidad, buscando reunir o comprobar la información que posee el equipo de salud.

¿QUÉ CONOCER?

- Características del territorio y la población.
- La historia de la población.
- Cultura de la comunidad y sus líderes naturales.
- Las organizaciones existentes y otras experiencias de organización.
- Los intereses y aspiraciones de la población, expectativas frente a salud y a los servicios municipales.
- Los recursos naturales que dispone.
- Otros recursos con que cuenta: servicios, instituciones, organizaciones no gubernamentales.
- Trabajo, principales actividades, empresas y fuentes laborales.
- Situación, necesidades o problemas de salud.

¿DÓNDE CONSEGUIR INFORMACION?

- En documentos escritos: por ejemplo, libros, documentos, estadísticas, registros de servicios públicos o solidarios. Estos datos pueden encontrarse en diferentes centros de documentación o bibliotecas de servicios y reparticiones públicas, centros estadísticos de los municipios o del gobierno local, organismos no gubernamentales, establecimientos educacionales, organizaciones sociales, etc.
- A través de entrevistas a informantes claves: que son las personas que, por su ubicación o funciones dentro de la comunidad, concentran

información de interés, por ejemplo, líderes naturales o dirigentes sociales, autoridades comunales, profesores, carabineros, religiosos, residentes antiguos y/o reconocidos por la comunidad, comerciantes del sector, etc.

- De la observación directa: que puede entregar datos insustituibles sobre el aspecto físico del sector, ubicación de recursos, etc. Se recomienda hacer una pauta de observación para ser llenada por los distintos integrantes del equipo.

El equipo local estudia, ordena, discute y completa la información recogida, obteniendo una primera visión de la comunidad: de sus características, necesidades, problemas, grado de desarrollo e identidad como comunidad.

3.1.2 Convocatoria

Esto es llamar o reunir a la población. Para que un llamado tenga respuesta positiva debe hacerse en torno a temas que resulten del interés de los convocados. Antes de hacer la invitación a la comunidad es conveniente tener claridad del objetivo que se persigue –¿a qué la estamos invitando?– y traducir este objetivo en proposiciones concretas para realizar en conjunto.

Del interés que provoquen las proposiciones dependerá la respuesta, compromiso y entusiasmo de la comunidad; de ahí la importancia de basar la convocatoria en intereses y problemas que sean realmente reconocidos y sentidos. Por ejemplo, si un interés que ha sido manifestado por diversos grupos,

es el de contar con espacios donde puedan expresar sus opiniones sobre la atención en salud, se puede convocar a la creación de instancias de participación en los servicios de salud. Si otro tipo de problemas compartidos dice relación con el medio ambiente, se podría convocar con mayores posibilidades de éxito, a campañas de recolección y reciclaje de basuras, de desratización, creación de áreas verdes, etc.

Se requiere lograr la formulación de planes de trabajo concretos y realizables, integrando en ellos las ideas, sugerencias y opiniones de la comunidad, equipo de salud y otros actores sociales, para avanzar hacia soluciones efectivas y visibles. La selección adecuada del “motivo de la convocatoria” debe considerar, entonces: que éste resulte de interés común y además, que sirva de base a la elaboración de un plan de trabajo posible de llevar a cabo con resultados positivos.

Es necesario recordar que se busca lograr una participación social amplia, es decir, que además de la comunidad organizada y usuarios se debería dar, paralela o conjuntamente, una convocatoria y acercamiento con otros actores sociales: autoridades locales, otros servicios públicos, organismos no gubernamentales (ONG), empresarios o comerciantes, personalidades relevantes de la comuna (en ámbitos artístico, cultural, político u otro). Se trata de involucrar a todas las personas, organizaciones e instituciones que tienen interés en aportar a procesos de desarrollo de la localidad.

¿CÓMO CONVOCAR?

- En visitas domiciliarias.
- En reuniones de las organizaciones sociales o vecinales.

- A través de perifoneo, o programas radiales.
- Con carteles ubicados en lugares visibles o más frecuentados por la comunidad.
- A través de líderes naturales.

Cabe destacar que un equipo local que se propone realizar un trabajo de planificación local participativa, puede convocar a la comunidad para un trabajo conjunto, pero también puede responder a la convocatoria de organizaciones sociales, sectores de la comunidad, de un sector de servicios, instituciones públicas o privadas que planteen iniciativas que contribuyan a la promoción de la salud. Ambas situaciones constituyen un avance en el acercamiento de los distintos actores de la localidad y pueden ser aprovechadas para comprometer futuros trabajos con participación conjunta.

Estas actividades de conocimiento y convocatoria no corresponden al trabajo participativo propiamente tal, sino que corresponden a una etapa previa y necesaria para consolidar un trabajo continuo conjunto, la que se ha presentado como de *inserción*.

En los puntos siguientes se presentarán los diferentes momentos del proceso de *planificación local participativa* en forma separada: diagnóstico, programación, ejecución y evaluación. Es necesario aclarar que en la práctica no se da cada momento totalmente separado de otro; por ejemplo, se sigue conociendo y reflexionando sobre la realidad mientras se actúa para transformarla.

La planificación local participativa se da sobre procesos de trabajo que realiza el equipo local con la comunidad, especialmente en relación a la promoción de la salud y calidad de vida de la población⁵.

5 En el ámbito asistencial, se reconoce que los equipos de salud tienen una dimensión de trabajo propio, que se inscribe en lo técnico, cuyas resoluciones e implementación son decididas y realizadas por los propios equipos.

CONVOCATORIA

“Diferencia entre las prioridades de la comunidad y las del equipo de salud”

Es frecuente que las necesidades de los diversos actores sociales que concurren a una situación sean distintas. Aunque no se hayan realizado actividades de diagnóstico para conocer con precisión las divergencias, éstas se reflejarán, necesariamente, en los temas que motivan respuesta a una convocatoria.

Habitualmente la diferencia entre las temáticas que convocan al equipo técnico y a la comunidad consiste en que la planteada por esta última, está mucho más relacionada con problemas u obstáculos concretos que dificultan las prestaciones asistenciales.

Las temáticas del equipo de salud, en cambio, suelen estar mucho más ligadas al desarrollo de la estrategia de promoción e implementación de los programas del sector, que a las demandas inmediatas de la comunidad usuaria.

En cualquier caso, la temática que motiva a la comunidad no puede quedar excluida ni relegada a segundo plano en la convocatoria al trabajo conjunto. El equipo de salud puede hacer una buena negociación en el primer encuentro, logrando de esta manera que su propia prioridad pueda también ser considerada.

Algunos trabajos cooperativos llevados a cabo entre los servicios de salud y comunidades de tipo rural (indígenas o campesinas) constituyen un ejemplo de este tipo de negociación. Se han basado en temáticas de convocatoria mixtas, a partir de las cuales se integran líneas de acción orientadas, por ejemplo, a:

- *mejorar el acceso a los servicios de salud, problema prioritario para las comunidades alejadas y deficientemente comunicadas con los centros de salud;*

- *avanzar en el estado del ambiente y condiciones de vida, propuesta que se inscribe en el mejoramiento de la calidad de vida, concepto orientador de las acciones de los equipos de salud.*

En base a diagnósticos integrados, es posible planificar una diversidad de acciones: educación comunitaria, capacitación de voluntarios, organización de la comunidad para mejorar las condiciones de vida y prevenir enfermedades.

Programas de este tipo se han desarrollado en México, IMSS-Solidaridad, voluntarios de las comunidades y personal de los equipos de atención primaria.

3.2 El momento del diagnóstico participativo

Al existir un acuerdo de trabajo conjunto del equipo de salud con la comunidad, se inicia el conocimiento de los problemas que se desea abordar para que las soluciones que se propongan resulten apropiadas. Este momento de conocimiento de la realidad y de la situación de salud a nivel local es llamado diagnóstico. Proceso que se ve enriquecido y que muchas veces parte, con el aporte del *diagnóstico epidemiológico* que manejan los equipos de salud.

Cuando la información se obtiene a través de un proceso organizado y compartido con la comunidad afectada por los problemas se habla de *diagnóstico participativo o auto-diagnóstico*.

El punto de partida de la planificación local participativa en salud, son los problemas de la comunidad que afectan la salud de las personas y que se desea enfrentar con la participación de la población.

Para actuar eficientemente sobre un problema es necesario conocerlo bien, saber sus causas, manifestaciones y situaciones agravantes, de este modo se puede contar con los elementos suficientes para elegir la mejor solución.

El *diagnóstico participativo o autodiagnóstico*, es el proceso mediante el cual, las personas de la comunidad y del equipo de salud, recogen y comparten información que permite conocer la situación de salud de la población, sus prioridades, las fortalezas y debilidades que poseen para enfrentar sus problemas, los recursos existentes y el problema sobre el que se quiere o se debe actuar.

3.2.1 ¿Para qué sirve?

Es necesario insistir en que el diagnóstico participativo es el primer momento de un proceso conjunto, en el que se comparten decisiones y responsabilidades entre la comunidad e integrantes del sector salud, y no una simple “detección de problemas expresados por la comunidad”. A menudo, cuando se plantea de esta última manera, la comunidad y usuarios exponen un amplio listado de demandas, esperando que sean los equipos técnicos los que ofrezcan respuestas y soluciones, quedando frustradas frecuentemente estas expectativas. Por el contrario, cuando se presenta el diagnóstico participativo como el primer momento de un proceso de aprendizaje y acción conjunta, puede aportar a:

- ✓ Conocer mejor la realidad: las condiciones de vida e intereses de la población, su situación de salud, estableciendo prioridades para la acción conjunta. En este conocimiento se integran las

percepciones y expectativas de la población, de los equipos de salud y de otros actores sociales que se comprometan con el proceso.

- ✓ Conocer los diferentes recursos y herramientas que hay en la comunidad o que puedan sumarse para enfrentar esos problemas.
- ✓ Trabajar en conjunto buscando y proponiendo soluciones posibles de poner en práctica por la misma comunidad.

3.2.2 ¿Quiénes lo hacen?

Frente a la realidad que se conoce y a cada uno de los problemas que se identifica, las diferentes personas, usuarios e integrantes de los servicios de salud, grupos u organizaciones de la comunidad tendrán diversos conocimientos, valoraciones, recursos y experiencias. En las tareas de *diagnóstico participativo*, el equipo de salud y la comunidad se complementan y enriquecen. El respeto mutuo ayuda a que se produzca esta complementación y enriquecimiento de los dos actores, facilitando la integración de sus visiones en el diagnóstico participativo.

El producto que se obtiene de esta integración, es un conocimiento nuevo, que representa mucho más que la simple suma del aporte de los dos actores, ya que en el proceso de integración habrán podido discutir, profundizar y llegar a acuerdos sobre los diversos temas tratados. La interacción provoca una comprensión, conclusiones e iniciativas desconocidas hasta entonces. Este nuevo conocimiento de la realidad es la base más apropiada para la programación de actividades.

Para tener una mayor diversidad de aportes y una visión más amplia de la realidad, es conveniente que el mayor número posible de personas, grupos y organizaciones de la comunidad participen en el diagnóstico. De la misma manera, es positivo que en el equipo de salud se integren al trabajo con la comunidad, representantes de distintas disciplinas, especialidades y estamentos (auxiliares paramédicos, matronas, nutricionistas, médicos, personal administrativo, odontólogos, auxiliares de farmacia, personal de servicio y de mantención, enfermeros, trabajadores sociales, técnicos, psicólogos, etc).

La comunidad y los equipos de salud son protagonistas centrales de los procesos de diagnóstico participativo, sin embargo, en localidades en que existen procesos más avanzados de participación social, pueden integrarse a esta tarea otros *actores sociales*.

Entendemos por *actores sociales* a las personas, organizaciones e instituciones del espacio local; que pueden aportar en la solución de los problemas que le afectan y a sus procesos de desarrollo.

3.2.3 ¿Qué se busca conocer?

Es importante reunir toda la información que ayude a elegir la mejor solución. Por ejemplo, el diagnóstico participativo debería permitir respuestas a preguntas tales como:

RELACIONADAS CON LOS PROBLEMAS DE SALUD, SUS CAUSAS Y FORMA DE PRESENTARSE:

¿Qué problemas y necesidades de salud se pueden identificar?

¿Cuáles son sus causas?

¿Son problemas locales o nacionales?

¿Cómo y cuánto afectan a la población?

¿Cuándo se agudizan y cuándo son menos graves?

¿Qué pasaría a futuro si estos problemas no se enfrentan?

RELACIONADAS CON LA POBLACIÓN AFECTADA CON LAS SITUACIONES-PROBLEMA:

¿Qué grupos son los más afectados y qué porcentaje de la población representan?

¿Hay personas o grupos que se beneficien con las situaciones problema?

¿Qué capacidad de acción tienen los grupos identificados, para facilitar u obstaculizar el desarrollo de un programa de trabajo?

RELACIONADAS CON LOS RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES PARA RESOLVER LOS PROBLEMAS:

¿Qué se ha intentado hacer para darles soluciones?

¿Qué resultados se han obtenido con estas acciones?

¿Qué podría hacerse para enfrentar estos problemas, tomando en cuenta los recursos que tiene la comunidad y el equipo de salud (materiales, humanos y financieros)?

¿Qué aportes externos se pueden conseguir para llevar a cabo las soluciones que se proponen?

3.2.4 ¿Cómo hacerlo?

A través de las siguientes tareas:

⇒ *Identificación de los problemas.* Esta primera tarea consiste en hacer un listado muy completo

de los diferentes problemas de salud reconocidos por las diversas personas, sectores o grupos de la población. En esta labor es fundamental que cada persona o grupo de su opinión por sí mismo, mencionando los problemas que a su juicio, afectan a la población. La opinión de los técnicos o profesionales que participan en el diagnóstico, permitirá conocer otra forma de percibir u ordenar los problemas de la población, aportará el diagnóstico epidemiológico para ser integrado en el diagnóstico participativo, a través de la búsqueda de acuerdos o consensos.

- ⇒ *Jerarquización de los problemas identificados*, es decir, ordenarlos de acuerdo al momento en que serán enfrentados, poniéndose de acuerdo en las razones que permitirán este ordenamiento. Estas “razones” son los criterios de jerarquización o priorización. Ejemplos de estos criterios son: gravedad, número de personas afectadas, riesgo, urgencia, consecuencias, posibilidad de abordar más de un problema, posibilidad real de solucionarlo, u otros que determine el grupo. La jerarquización ayuda a seleccionar el o los problemas que se abordarán en el momento, pero también permite dejar planteadas otras prioridades para un trabajo futuro.

- ⇒ *Análisis de ellos*. Es necesario estudiar con mayor profundidad cada uno de los problemas priorizando sus causas, condiciones en que se dan o se agravan, cómo se relacionan entre ellos y los efectos o formas en que afectan a la población. Para hacer este estudio se pueden aplicar las preguntas sugeridas en el punto anterior a cada uno de los problemas priorizados (¿Qué se busca conocer?).

- ⇒ *Recuento de los recursos* que posea la comunidad y los equipos de salud o que se puedan conseguir para la solución de los problemas identificados (con las autoridades, en servicios públicos, solidarios, empresarios u otros sectores). Deben incluirse recursos humanos (mano de obra, experiencias, especialistas, horas de integrantes de los equipos de salud, etc); materiales (elementos concretos requeridos para el trabajo, equipos, locales, etc) y financieros (dinero obtenido a través de préstamos, cuotas, fondos para el financiamiento de proyectos, etc).

- ⇒ *Propuesta de soluciones*. El primer paso es figurarse con claridad la situación a la que se desea llegar (imagen-objetivo). Es necesario pensar en el máximo de soluciones para los problemas identificados, de modo de poder elegir y elaborar con mayor detalle la que parezca mejor. Esta es una tarea que requiere de toda la imaginación, haciendo el máximo de propuestas que tengan en cuenta y aprovechen la experiencia de trabajo, la capacidad de acción, la historia, la cultura y valores de la población que trabaja en su diagnóstico. De esta manera, se ampliarán las posibilidades de soluciones y las que se propongan resultarán más apropiadas para llevar a la práctica.

La presentación de estos pasos constituye una guía para los equipos de salud que realizan diagnósticos participativos. Esta debe ser aplicada en la práctica con flexibilidad y creatividad, haciéndole todas las adaptaciones que permitan lograr el objetivo del diagnóstico participativo: *conocer suficientemente la realidad para actuar sobre ella con los mejores resultados.*

A través del diagnóstico participativo, se llega a un acuerdo entre la comunidad y el equipo de salud sobre qué problema o problemas de salud serán abordados mediante el trabajo comunitario, en qué orden y con qué soluciones.

La información recogida y ordenada en este diagnóstico, al mismo tiempo, servirá de base al equipo de salud para tomar las resoluciones técnicas de su competencia, de acuerdo a las necesidades sentidas y expresadas por la población (por ejemplo, asignar recursos para contrataciones de personal cuyo número ha sido reconocido como insuficiente; capacitar monitores en ciertas áreas temáticas o focalizar programas hacia determinados grupos de la población, según las necesidades detectadas).

Para realizar las tareas del *diagnóstico participativo* es necesario organizarse. Es probable que muchas de ellas puedan ser encargadas a grupos de trabajo, en tanto que otras deban ser enfrentadas por la totalidad o mayoría de los participantes. Sin embargo, es necesario tener presente que el carácter participativo del diagnóstico y la necesidad de involucrar a la comunidad en los distintos pasos para solucionar los problemas que vive, exige una organización democrática y estilos de trabajo que garanticen la acogida de todas las opiniones con el mismo respeto y posibilidad de influencia, a la vez que información suficiente y oportuna a todas las personas que participan.

3.2.5 ¿Con qué instrumentos se realiza?

Los instrumentos usados para hacer el diagnóstico participativo deben permitir, precisamente, la consulta

amplia a la población sobre su situación de salud. Por esta razón, sin descartar el uso de las más tradicionales, se enfatiza el uso de aquellos que permiten hacer “un trabajo de campo”, en el terreno mismo.

Estos favorecen la recopilación de información de carácter cualitativo, es decir, la forma en que se dan los procesos en la población y sus percepciones sobre ellos.

Entre los instrumentos más usados que pertenecen a este tipo, se pueden mencionar:

- ⇒ *La observación.* Con el apoyo de una pauta que oriente de antemano la labor, y ayude a mantenerse dentro de los objetivos de la observación de la situación que se investiga.
- ⇒ *La entrevista.* Consiste en una conversación basada en un cuestionario, a través de la cual se recopila información entregada directamente por las personas. Tiene la ventaja de permitir conocer las motivaciones, percepciones, y explicaciones que tiene la gente acerca de las situaciones o problemas que vive.
- ⇒ *La encuesta.* Consiste en un grupo de preguntas planteadas para conseguir la información que se busca. La encuesta tiene un mayor grado de estructuración de las preguntas que la entrevista, lo que facilita su aplicación para una muestra mayor, pero dificulta la recolección de información de valor más subjetivo (valoraciones y percepciones de personas encuestadas).

- ⇒ *Discusión grupal.* Permite el análisis acerca de un tema o problema común, facilitando el intercambio y enriquecimiento de opiniones, desde las diversas visiones y racionalidades de cada actor social. Es útil para recolectar información más profunda sobre un tema, propósito que se facilita con una guía de discusión, en la que se señale el ámbito de conclusiones que se espera obtener.

- ⇒ *Técnicas de trabajo grupal.* Existen diversas técnicas, que permiten profundizar algunos aspectos específicos de la realidad, por ejemplo, las relaciones intergrupales (a través de un sociodrama), la distribución de funciones (con un juego de papeles), etc. Muchos de ellos son utilizados en la educación participativa.

La mención de estos instrumentos tiene sólo el propósito de facilitar a los equipos de salud su selección, recordando aquellas que estén más al alcance de cualquier grupo de trabajo. Existen otras formas que pueden ser consultadas al abordar la tarea del diagnóstico, considerando que la iniciativa de los equipos será fundamental para seleccionar, adaptar y aplicar los distintos instrumentos.

3.2.6 La actividad del diagnóstico participativo

Con el fin de ordenar este momento de la PLP, se podría decir que tienen dos partes de naturaleza distinta:

- ⇒ Una que se refiere a la recolección de información, en la que se usan, algunos instrumentos del tipo de la observación, entrevista o encuesta, junto a la revisión de información recopilada pre-

viamente como es por ejemplo el diagnóstico epidemiológico, otros estudios o diagnósticos sociales realizados en el nivel local.

- ⇒ Otra, se refiere a un ordenamiento, síntesis y conclusiones elaboradas en conjunto por los equipos de salud, la comunidad, usuarios y otros sectores que se hayan integrado a esta actividad, mediante instrumentos y técnicas de trabajo grupal que faciliten el análisis.

Esta última actividad tiene gran importancia, porque permite llegar a un resultado concreto del diagnóstico participativo que facultará la continuación del proceso de planificación local participativa. También, porque es habitual que en la jornada, taller o evento en que se realiza la síntesis del diagnóstico, la comunidad y usuarios perciban con mayor claridad y formalidad (con carácter “más oficial”) su capacidad de aporte al mejoramiento de su condición de salud.

Por la relevancia de esta actividad, es aconsejable prepararla cuidadosamente, en lo metodológico y en aspectos más operativos, para que permita alcanzar el objetivo de síntesis conjunta del diagnóstico y refuerce los lazos entre los equipos de salud, comunidad y usuarios.

DIAGNÓSTICO

Diversidad de áreas problemáticas

Con la participación de un número de actores en el diagnóstico participativo, es frecuente que la diversidad de áreas problemáticas identificadas dificulte etapas o momentos posteriores, tales como la priorización de problemas o la programación de proyectos o planes específicos para superar cada una de las carencias identificadas.

Por ejemplo, puede darse una gama de problemas identificados de la siguiente amplitud:

- ◆ *Contaminación ambiental por mala disposición de desechos sólidos.*
- ◆ *Contaminación ambiental por deficiente recolección de aguas servidas.*
- ◆ *Poca conciencia ecológica y falta de información acerca de procesos de tratamiento y reciclaje de desechos.*
- ◆ *Desinformación y subutilización de la consulta preventiva.*
- ◆ *Carencia de programas de atención integral para los diversos grupos de la población.*
- ◆ *Embarazo precoz en adolescentes.*
- ◆ *Pocas oportunidades para el desarrollo integral de los niños.*
- ◆ *Deficiente calidad de la educación.*
- ◆ *Bajo consumo de productos de origen vegetal.*

Si la comunidad es capaz de movilizar múltiples recursos (locales, regionales, nacionales e internacionales, de carácter público, privado u otro) probablemente podrá elaborar una serie de proyectos destinados a responder a la diversidad y complejidad de problemas priorizados, entre los que se podrían contar:

Mejoramiento de las condiciones ecológicas:

- *Educación a la población sobre cuidado y preservación del medio ambiente (conceptos, fundamentos y procedimientos específicos -por ejemplo, reciclaje de basuras).*

- *Construcción de un vertedero de desechos sólidos*
- *Establecimiento de un sistema de recolección de aguas servidas, tratamiento y disposición final.*
- *Programa de reciclaje de basuras.*

Mejoramiento de la calidad de la atención en salud, bajo enfoques integrales:

- *Fomento de la atención preventiva a todos los grupos de edad.*
- *Asistencia integral de la embarazada en unidades psicoobstétricas.*
- *Apoyo para el desarrollo del adolescente en aspecto social, psicológico y educativo.*
- *Atención gerontológica a ancianos autoválidos en centros de atención diaria. Capacitación para el autocuidado.*
- *Promoción de la atención a nivel de familias y comunidad.*
- *Promoción de hábitos positivos y estilos de vida saludables en escuelas y otros grupos de la comunidad.*

Mejoramiento de condiciones generales de vida y desarrollo

- *Recreación dirigida a niños preescolares.*
- *Formación y capacitación a docentes y reorganización del sistema educativo.*
- *Facilitar lectura y escritura en niños de nivel preescolar y hasta 2º año de educación básica.*
- *Confeción de huertos familiares y comunitarios.*

Si esta situación no es posible, será necesario ser muy rigurosos en la jerarquización de los problemas utilizando para ello criterios adecuados, de manera que la comunidad pueda seleccionar un problema (o un grupo de ellos), que le permita elaborar uno o más proyectos para darles respuesta, de acuerdo a su capacidad de movilización de recursos.

Ejemplo basado en el proceso de Diagnóstico y programación realizado en el Municipio (Saludable) de Zamora, Estado de Falcón, Venezuela, 1994 - 1995.

3.3 El momento de la programación conjunta

Cuando ya se tiene un conocimiento suficiente sobre la realidad que se desea modificar, sobre la situación de salud que existe, los recursos con que se cuenta para hacerlo y además, se ha pensado en posibles soluciones, es necesario elaborar un *programa de trabajo* para llevar a cabo con la participación del equipo de salud, la comunidad, otros sectores de servicios, instituciones o distintos actores del espacio local.

La realización en conjunto –equipos de salud y comunidad– de una programación escrita de las actividades orientadas a dar soluciones a los problemas diagnosticados, asegura el mejor aprovechamiento de los recursos y la continuidad de un proceso de planificación local con carácter participativo, en el que se dé cabida a las aspiraciones y se comprometan claramente los aportes de los diferentes actores y sectores.

Hay que tener presente que cualquier programa o conjunto de actividades que se organice contribuye no sólo a la solución de problemas específicos y concretos de la comunidad, sino a mejorar también su calidad de vida en general. Este último objetivo se consigue mucho mejor si los programas de los distintos centros de salud están inscritos dentro de un plan de salud local o comunal (distrital o una denominación según cada realidad), elaborado conjuntamente; éste facilita la coordinación, aprovechamiento de recursos y organización de las tareas en el nivel local.

El plan de salud local (comunal, distrital u otra acepción) se ha planteado como un requerimiento de los actuales tiempos, para responder a las necesidades de desarrollo descentralizado, a partir de las características y necesidades propias de cada espacio local. A la vez, este plan

será un insumo básico en la elaboración del plan de salud de la unidad política-administrativa superior (provincia, región, etc.) y en los respectivos planes de desarrollo.

3.3.1 Confeccionando un programa de trabajo

Programar es imaginar y ordenar los diferentes pasos de una acción futura, para llegar a una nueva situación que se busca alcanzar, a través de un conjunto ordenado de actividades a realizar. Se trata de conseguir un fin –solución de un problema de salud de la comunidad–, con recursos determinados y dentro de un plazo definido.

El *programa de trabajo* se plantea para dejar claramente expresado el camino que se seguirá desde el problema de salud hasta la solución seleccionada como la más apropiada. Como se trata de resolver problemas o necesidades con la participación de la comunidad afectada, al seleccionar la solución que se pondrá en práctica es recomendable tener en cuenta que ésta debe poseer ciertas características:

- ✓ *Sea posible de llevar a cabo*, contando con los recursos que existen y dentro de los plazos fijados. Dentro de esta condición es importante considerar que los equipos de salud y personas involucradas en el programa, deben ser capaces de dirigirlo y llevar a cabo todas las actividades, consiguiendo asesorías o prestación de servicios en los casos en que sea necesario.
- ✓ *Ayude a obtener la mayor participación de la comunidad*, es decir, que resulte motivadora, movilizadora y que convoque a la incorporación de la mayor cantidad de actores y sectores con

presencia en la localidad. Para desarrollar esta condición es indispensable que la solución sea elegida con el acuerdo de los diferentes participantes.

- ✓ *Resulte más eficaz para abordar el o los problemas de salud priorizados*, no sólo porque apunte con mayor exactitud a la solución de ellos, sino porque beneficie a mayor número de personas, pueda mantenerse e incluso multiplicarse a través del tiempo y aporte además, a la solución de otros problemas. En este sentido, se priorizan aquellas soluciones, que actúan más globalmente sobre la situación existente, contando frecuentemente con impactos no esperados o que no corresponden exclusivamente a la solución de un problema determinado.
- ✓ Sea socialmente aceptada por las personas de la comunidad, porque no contraría o violenta sus valores, percepciones y explicaciones sobre el mundo sino, por el contrario, resulta coherente y puede ser integrada con su cultura y tradiciones.
- ✓ *Esté científicamente fundada*, es decir, incorpore los aportes de la tecnología, adecuándose a las condiciones y recursos que ofrece la realidad en que se actúa.

Muchas veces los equipos de salud y la comunidad llevan a cabo diagnósticos participativos que aportarían importantes elementos para la programación, sin embargo, éstos no se utilizan, perdiéndose los esfuerzos realizados y restándose recursos a un trabajo innovador.

Hacer un programa de trabajo en conjunto con la comunidad, asegurará la mejor utilización del diagnóstico participativo. De este modo las propuestas de soluciones a los problemas quedarán organizadas en tareas posibles de llevar a cabo con los recursos disponibles y quedarán claros los compromisos que adquieren los diferentes actores sociales o sectores que participan.

Poner por escrito el programa de trabajo, correctamente planteado, facilitará la organización y evaluación posterior de las acciones.

3.3.2 *Los elementos de un programa de trabajo*

Un programa de trabajo se elabora para alcanzar soluciones a los problemas de salud seleccionados en el diagnóstico participativo. Considerando que éste es el punto de partida del programa es recomendable definir o presentar previamente, también por escrito, el problema de la comunidad que da origen a la acción, aunque este paso no corresponde estrictamente al programa sino que es resultado del diagnóstico.

Existen algunos elementos básicos para la formulación de cualquier programa de trabajo, independientemente del carácter que éste tenga. Partiendo del reconocimiento del programa de trabajo que nos referimos, corresponde a un proceso participativo de desarrollo de mejores condiciones de salud de la población, cabe insistir en que la definición y determinaciones sobre cada uno de estos elementos básicos debe hacerse con metodologías de trabajo participativo, que permita recoger e incorporar las iniciativas e intereses de los diversos actores sociales y técnicos que concurren a este proceso.

Entre los elementos básicos para la formulación de un programa de trabajo, habría que mencionar los siguientes:

LOS OBJETIVOS

Dan cuenta del fin o resultado que se espera alcanzar con la acción programada. Su definición es esencial como orientadores del proceso, de tal manera que la incorporación negociada de las expectativas de los sectores y actores participantes debe estar asegurada. Tener claridad sobre el fin que se pretende lograr, expresado en una situación acotada ayuda a tomar el camino más fácil y corto: ordenando los pasos y tareas de la manera mejor y más lógica, aprovechando al máximo los recursos que se tienen y orientando conscientemente el proceso.

Los objetivos correctamente formulados deben apuntar, sin lugar a dudas, a la solución del problema priorizado, expresando con exactitud las transformaciones que se pretenden lograr sobre las situaciones existentes. Una deficiencia frecuente en la formulación de objetivos está relacionada con el carácter excesivamente amplio o vago con que se plantea, dificultando su función como orientadores del proceso concreto y la evaluación posterior. Los objetivos deben ser:

- *Claros*, redactado con sencillez en términos precisos y comprensibles. Cualquier persona que lea el programa, debe poder hacerse una idea exacta del cambio que se desea lograr, sin dejar lugar para interpretaciones subjetivas.
- *Alcanzables*, es decir, deben expresar cambios y procesos posibles de realizar. Para elaborar

objetivos alcanzables (o viables) es fundamental tener en cuenta los recursos y tiempo de que se dispone, analizando los factores externos que pueden obstaculizar su logro.

- *Observables*, significa que la modificación de la situación que se expresa en el objetivo presenta ciertas características (indicadores) cuyo cambio puede ser percibido (ejemplo: más organizaciones sociales, acciones coordinadas entre los sectores y actores, cambio del ambiente etc.).
- *Medibles*, los cambios obtenidos no sólo pueden ser observados, sino medidos de manera objetiva (cuantitativamente, en cifras o cualitativamente, porque los procesos se dan de manera diferente, más rica o más de acuerdo a las necesidades de los participantes, en este caso se deben definir al programar los criterios que indicarán cambios cualitativos).

Al hacer un programa de trabajo, es necesario definir objetivos que tienen distinto alcance: el objetivo general o terminal, que debe reflejar claramente y con precisión la situación final a la que se quiere llegar. Los objetivos específicos o intermedios que expresan los logros parciales o los pasos que se irán concretando a través del programa, para llegar al objetivo general.

LAS ACTIVIDADES

Se refiere a las tareas o acciones que se llevarán a cabo para alcanzar los distintos objetivos. Es probable que para lograr cada uno de los objetivos específicos del programa, sea necesario desarrollar varias actividades que deberán ser identificadas y descritas en el momento de la programación.

En un programa participativo se debe considerar que las actividades sean realizadas con la intervención de miembros de los distintos sectores y actores, quienes asumirán diversas funciones y responsabilidades de acuerdo a las características o competencias, teniendo en cuenta al mismo tiempo, que la distribución de actividades debe facilitar el proceso de coordinación de actores y consolidación del equipo intersectorial y comunitario.

Para un mejor ordenamiento del programa de trabajo, las actividades pueden ser agrupadas por líneas de acción determinadas por los diversos ámbitos en que se desarrollarán las tareas (ej.: capacitación, organización, comunicación u otras) o por etapas, definidas por objetivos específicos a alcanzar en distintos períodos durante la implementación del programa (ej.: *primera etapa*: consolidación de un equipo intersectorial; *segunda etapa*: diagnóstico participativo de la situación de salud, etc.).

De cualquier manera las actividades deben tener una coherencia inmediata con los objetivos establecidos, es decir, debe analizarse si con los resultados de su ejecución se logra avanzar hacia los objetivos. Esta coherencia, debe ser evaluada permanentemente durante el período en que se lleva a cabo el programa.

Relacionado con las actividades, hay un elemento que no se incluye siempre en los programas de trabajo, el *método*, es decir la forma en que se realizarán las actividades. En algunos casos, especialmente en aquellos en que la forma en que se realiza la acción ayuda o entorpece el logro de los objetivos del programa (en las de carácter educativo, por ejemplo), es fundamental describir con claridad el método que

se usará (ej.: metodología de taller, capacitación a partir de la experiencia).

LOS RECURSOS

Este tema se desarrollará con mayor detención, ya que suele representar una mayor dificultad para los equipos que desarrollan programas participativos.

Los recursos incluyen todos los elementos requeridos para llevar a cabo cada una de las actividades del Programa. Es frecuente que los programas intersectoriales y participativos pueden movilizar y potenciar diversos recursos que existen en las diversas instituciones y organizaciones que actúan en la comunidad.

Los recursos pueden ser:

- *Materiales*, las cosas concretas y palpables que serán utilizadas en la ejecución. Comprenden bienes, equipos, instrumentos e insumos, que es necesario recolectar, adquirir, arrendar o construir;
- *Humanos*, se refieren al número y características (perfil o competencias) de las personas necesarias para la ejecución de las distintas actividades. En ocasiones se cuenta con las personas dispuestas a participar en las distintas tareas, pero éstas no poseen manejo sobre técnicas específicas que se deben aplicar. En este caso deben considerarse recursos para capacitarlas, en otras ocasiones se hará necesario contratar servicios especializados que no están presentes o no pueden ser desarrollados adecuadamente en el equipo que ejecuta el programa;

- *Financieros*, es decir, recursos económicos, monetarios con los que se necesita contar. Los recursos financieros pueden ser obtenidos a través de aportes, financiamiento público o de otras fuentes que apoyan la realización de programas que contribuyen al desarrollo y bienestar de la población (internacional, fundaciones o empresas), préstamos, etc.

Al programar deben identificarse todos los recursos necesarios para la realización de las actividades del Programa, no solo de aquellas actividades directamente relacionadas con el logro de los objetivos y productos, sino también de las tareas de apoyo que permiten la implementación y desarrollo del programa (administración y gestión, difusión del programa, transporte, etc.). Una vez especificados los recursos necesarios, deben ser cuantificados expresándolos en su valor monetario (costo). Este cálculo anticipado de los costos totales constituye el presupuesto requerido por el programa, que habitualmente se anexa al documento de programación.

Al hacer el presupuesto es conveniente identificar las diversas fuentes de financiamiento con que se cuenta o a las que se pueden acceder.

Una buena programación que considere el detalle de las actividades que se realizarán a través del programa, no debiera representar mayores dificultades para la cuantificación de recursos en el presupuesto a través de la cotización de precios. Sin embargo, existen algunas medidas que ayudan a la precisión del presupuesto y al ajuste de este en la futura etapa de ejecución:

- Detallar al máximo los recursos necesarios para cada actividad, aunque para la presentación del presupuesto se clasifiquen en grupos más generales (ej. insumos, equipos, recursos humanos).
- Considerar los gastos que representarán las actividades y servicios de apoyo necesarios para la realización del Programa.
- Incluir en el presupuesto un ítem de imprevistos, que contribuirá al financiamiento de aquellas necesidades que se detecten durante la ejecución, a la vez que permitirán financiar fluctuaciones de precios. El ítem de imprevistos no debería exceder al 7% del presupuesto total.

LOS PLAZOS

Considerando la duración total del Programa, debe definirse el tiempo de desarrollo y término para la realización de cada actividad o conjunto de tareas.

Al hablar de las actividades, se mencionaba que éstas pueden ser agrupadas por etapas orientadas a la consecución sucesiva de objetivos específicos del programa. En este caso, se hace necesario fijar plazo a las diversas etapas, detallando las actividades que comprende, con sus respectivos tiempos.

Durante la programación, se ordenan secuencialmente las diferentes etapas y/o actividades, presentándolas gráficamente en un cronograma o Carta Gant que también se anexa al documento de programación. En la Carta Gant se ubican las unidades de tiempo (semanas, meses, años) en las columnas y en las líneas las etapas y/o actividades, señalando en las cuadrículas correspondientes la ubicación de la actividad en el tiempo del programa.

ETAPAS Y ACTIVIDADES	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1ª Etapa: Consolidación equipo intersectorial 1. Convocatoria 2. Negociación de trabajo conjunto 3. Organización del equipo												

LOS RESPONSABLES

Es decir las personas, equipos de trabajo, grupos, instituciones u organizaciones que estarán a cargo de coordinar, realizar y rendir cuentas de cada una de las actividades comprometidas en el programa de trabajo.

La determinación de responsables de actividades es un momento que requiere de especial apertura y disposición de los diversos sectores y actores, por cuanto la distribución de funciones de autoridad suele constituir una fuente de conflicto frecuente en el desarrollo de programas participativos e intersectoriales. Se hace necesario combinar criterios de idoneidad y establecimiento de oportunidades para el desarrollo de potencialidades de los distintos actores, creando las estructuras que permitan la mayor eficiencia, flexibilidad y oportunidad de intercambio entre los miembros del equipo ejecutor que desempeñan diferentes funciones y tareas.

La claridad con que se definan y acoten las responsabilidades de los diferentes participantes en el momento de la programación, permitirá prevenir conflictos posteriores.

Muchas veces, al definir responsables se evidencian áreas en que se requiere capacitación para los

miembros del equipo del Programa, en torno a contenidos orientados a desarrollar capacidades de gerencia: gestión, conducción y/o administración de programas o proyectos sociales. Esta capacitación puede ser ofrecida por algunos miembros o sectores del propio equipo que cuenten con formación técnica en el tema o a través de apoyo externo si no se da el caso anterior.

LA EVALUACION

Desde el momento en que se programa el trabajo debe plantearse claramente cómo se medirán los logros y qué aspectos tendrán importancia en la revisión y análisis del proceso que se ha llevado a cabo. Interesa destacar que la evaluación, especialmente cuando se refiere a un proceso participativo, no es una simple “medición de la cantidad de productos o tareas efectuadas”. La evaluación se hace en diferentes momentos para analizar la acción conjunta: cómo se percibe el trabajo realizado, qué posibilidad de aprendizaje y crecimiento ofrece a las personas y al grupo del equipo ejecutor y cómo aporta al logro de los objetivos del programa o proyecto.

Pensando en la evaluación, es importante definir al hacer el programa:

- qué aspectos interesa evaluar
- criterios de evaluación (cuantitativos y cualitativos), referencias para determinar los logros
- cómo, con qué instrumentos o técnicas, determinando los indicadores de evaluación que se utilizarán
- en qué momentos
- quiénes participarán en las diferentes evaluaciones (actores, estructuras, personas)

Determinar estos elementos de evaluación al programar es de gran importancia, ya que ello permitirá orientar con mayor precisión el programa hacia el logro de los objetivos desde el inicio. Por el contrario, cuando se determinan criterios, indicadores e instrumentos de evaluación después que ya el programa está en marcha (muchas veces cuando se llega al momento de la evaluación), se hace solo una medición de lo que pasó, dificultando mantener la referencia de lo que el equipo del programa se había planteado como necesario o deseable.

La programación es un proceso largo, que necesita ser enfrentado cuidadosamente. Hay que dejar la mayor claridad, sobre el máximo de cosas, de modo de limitar las posibilidades de fracaso por imprevistos o cosas no planeadas, en el momento de la acción.

PROGRAMA DE TRABAJO

A continuación, se ofrece el ejemplo de un programa de trabajo resumido, con algunas de sus actividades, con el fin de presentar la forma en que se integran y relacionan los elementos de programación que se han descrito. Este ejemplo ha sido adaptado de los Planes Comunas de Salud 1994 - 1999 del Servicio de Salud Osorno, República de Chile.

Nombre del Programa : "Difusión de las Medidas de Promoción de Salud"

Ubicación : Comuna de Osorno, X Región, Chile

Objetivo general : Mejorar el nivel de conocimientos relacionados con promoción de la salud en la comuna.

Objetivos específicos : Mejorar la coordinación entre el Departamento de Salud, instituciones relacionadas con salud, las de otros sectores y organizaciones sociales, para el desarrollo de acciones orientadas a difundir el concepto y medidas de promoción de salud.

Realizar diagnóstico acerca de los conocimientos de la población en torno a la promoción de salud.

Difundir masivamente contenidos conceptuales y medidas concretas de promoción de salud.

Planificación Local Participativa

ACTIVIDADES	RECURSOS	PLAZOS	RESPONSABLES	EVALUACIÓN
Reunión trimestral entre instituciones de salud y de otros sectores para programar y evaluar acciones orientadas a difundir la estrategia de promoción de salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Materiales de trabajo para reuniones. • Local • Representantes de las diversas instituciones y organizaciones. 	1ª Reunión, octubre 1996	Director de Salud Comunal	En octubre de 1997, a través de las actas de reuniones efectuadas durante el año.
Encuesta de conocimientos sobre promoción de salud, a aplicar a la población de la comuna en general.	<ul style="list-style-type: none"> • Formularios de encuesta. • Encuestadores de instituciones y organizaciones. • Comisión y equipo para procesamiento de datos. 	Marzo 1997	Comisión Interdisciplinaria	Documento-Informe de resultados de la encuesta.
Programas radiales de Promoción de la Salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Espacios radiales contratados. • Equipo para programación y realización de programas radiales. 	Inicio diciembre 1996	Comisión Interdisciplinaria	En diciembre de 1997, a través de: Guiones de los programas realizados. Documento evaluación de comisión encargada.
Educación en escuelas a alumnos y apoderados.	<ul style="list-style-type: none"> • Programas educativos para cada grupo. • Materiales de apoyo para realizar educación. • Monitores capacitados 	Inicio, abril 1997	Departamentos de Salud y Educación del municipio.	En diciembre 1997, a través de: Evaluaciones de cada Taller educativo realizado. Documento de evaluación general de la comisión encargada.

APORTES DE LA EXPERIENCIA

PROGRAMACIÓN

“Programas comunitarios y satisfacción de usuarios”

La participación de la comunidad en la programación, logra una mayor adhesividad a los programas, entre otros factores porque las aspiraciones y expectativas de la población forman parte de los criterios orientadores de los programas. De esta manera, se ofrece un servicio de mayor calidad y mejor valorado por los usuarios, para quienes constituye una respuesta más exacta y reconocida como propia, a sus necesidades.

Esta condición ha estado muy presente en programas de ampliación de cobertura o mejoramiento de viviendas para la población de bajos ingresos.

Comunidades constituidas esencialmente por emigrantes hacia grandes centros urbanos, conforman zonas periféricas de crecimiento desordenado, en los que la autoconstrucción en base a materiales recolectados en calles por los integrantes de la misma familia es una forma común de resolver el problema habitacional.

Existen diversas experiencias regionales, en las que proyectos comunitarios de residentes de barrios han sido apoyados por universidades, organismos gubernamentales o instituciones solidarias. De esta manera se ha mejorado la construcción de viviendas, centros y habilitación comunitaria, considerando las decisiones de la población a la hora de elegir terrenos, ubicación, determinar distribución y organización del territorio, trazado del barrio o para planificar la dotación de infraestructura.

El desarrollo de estos programas de carácter participativo, no sólo ha mejorado la valoración de los servicios recibidos, aumenta el compromiso de los usuarios y favorece su organización para intervenir en otros aspectos que inciden en el mejoramiento de su calidad de vida: urbanización, mejoramiento del entorno, respuesta a rentistas, capacitación en la legislación relacionada con el tema (ej. ley de alquiler u otras).

Programas de este tipo se han desarrollado, por ejemplo en Río de Janeiro —Favela do Gato— o en ciertos barrios de Buenos Aires.

3.4 El momento de la ejecución

El momento de la *ejecución*, puesta en marcha o implementación de un programa de trabajo tiene gran alcance, ya que marca el inicio del camino concreto hacia los objetivos o soluciones que se quieren lograr.

Es en este momento también cuando pueden surgir algunos problemas, derivados de la interacción más estrecha de los diferentes sectores-actores de la comunidad y de ellos con una realidad que comienzan a transformar.

Ejecutar es hacer. En el momento de ejecución, se pone en marcha el programa de trabajo elaborado. Si éste fue hecho cuidadosa y detalladamente, será más fácil su ejecución y tendrá mayores posibilidades de obtener buenos resultados.

Es evidente que para realizar las actividades propuestas es necesario contar con los recursos señalados en la programación, en muchas ocasiones los proyectos deben esperar la obtención de financiamiento u otros recursos antes de ponerse en marcha.

La ejecución exitosa de un programa llevado a cabo por un grupo numeroso y heterogéneo, caso habitual de los trabajos realizados con participación de la comunidad, demanda extremo cuidado en la organización, procedimientos y transparencia en el manejo de los recursos, con el fin de prevenir el máximo de problemas que se puedan originar de la acción conjunta de los diversos integrantes.

3.4.1 Pasos básicos

Aunque cada equipo de salud o equipo ejecutor de un programa participativo determina las formas, pro-

cedimientos y normas que les resultan más cómodos y apropiados para el desarrollo eficaz de su acción, se puede señalar de manera muy general tres pasos que se dan usualmente en el momento de la ejecución:

- ⇒ *Organización* más adecuada para desarrollar las distintas actividades. La forma de la organización que se determine (grupos de trabajo, comités, departamentos, etc.) dependerá del tipo de tareas, de características, experiencias y necesidades de las personas, grupos e instituciones que comparten la acción.

Al definir la organización es importante señalar con claridad el ámbito de trabajo de cada grupo, sus funciones y autoridad; de esta manera las personas se sentirán más cómodas y seguras para realizar sus tareas y se prevendrán conflictos posteriores derivados del roce de funciones o responsabilidades.

- ⇒ *Adaptación de los programas* a los grupos de trabajo, que suele ser necesaria para hacerlos más operativos o manejables para el grupo. Las adaptaciones que requieren los programas normalmente se orientan a acotar detalles para facilitar la ejecución de tareas específicas del grupo, adaptar a las características y compromisos de las personas que lo aplicarán, para que ellos lo sientan como propio y puedan, efectivamente, llevarlos a la práctica.
- ⇒ *Desarrollo de las tareas programadas*, paso que se refiere al inicio de la "acción". En este momento cada persona o grupo, comienza a cumplir con las tareas a que se ha comprometido, de acuerdo a lo programado. Es recomendable comparar constantemente las tareas que se desarrollan durante la

ejecución con las actividades y objetivos del programa, para que la acción se dirija siempre y en forma consciente hacia los objetivos del proyecto. En el momento de la acción, es fundamental que las personas desarrollen actitudes y estilos de trabajo que faciliten la eficacia de las tareas, buscando lograr objetivos compartidos y trabajando en equipo, para que el grupo en su conjunto salga adelante con su compromiso.

Es importante señalar una vez más que en todo proceso que se da en la realidad, los “pasos o etapas” no están claramente separados uno de otro sino que, en cada uno de ellos se encuentran características o tareas de los restantes.

3.4.2 Funciones y papeles

Se mencionaba que un primer paso para la ejecución del programa de trabajo es organizarse más apropiadamente para el cumplimiento de las tareas.

Organizarse no sólo significa estar dispuestos a actuar unidos, es ordenar, distribuir funciones y tareas de manera que cada una de las partes o personas pueda entregar su mejor aporte para el logro de los objetivos comunes, actuando en interdependencia y armonía con los demás componentes.

La organización necesita de la distribución de papeles y funciones entre los diversos integrantes del grupo. La distribución clara, transparente y democrática de funciones al interior de un grupo, asegurará que las asignaciones recaigan en las personas más idóneas y que ellos cuenten en el

futuro con la confianza y reconocimiento del resto para ejercer adecuadamente sus funciones.

El ejercicio de las funciones, supone siempre una armonía con los intereses comunes, un reconocimiento de la pertenencia al grupo y la interdependencia con los demás miembros, ninguna de las personas que cumple una función en un equipo de trabajo está liberada de rendir cuenta de ella al resto de los integrantes del grupo ejecutor.

En el sector salud, los miembros del equipo de cada establecimiento integran y complementan mutuamente sus diversas actividades, funciones y aportes específicos en los programas de salud, cuyos objetivos comparten.

Entre las funciones que se encuentran habitualmente en un equipo que lleva a cabo un programa de trabajo o proyecto común, habría que señalar:

- ⇒ *Coordinación del programa de trabajo*: incluye funciones como organizar, administrar, dirigir y supervisar el cumplimiento de las tareas. A través de la función de coordinación, se aseguran y administran los recursos necesarios para implementar el proyecto, avanzando hacia sus objetivos. Algunos equipos dividen estas funciones al ser asignadas.
- ⇒ *Manejo de los recursos financieros*: normalmente incluye participar en las gestiones que ayudarán a obtener esos recursos. Esta es una tarea delicada, que crea suspicacias y a veces conflictos y por tanto debe realizarse con mucha transparencia, tanto en el manejo de los fondos como en la rendición de cuentas sobre ellos.

- ⇒ *Tareas específicas definidas en el programa:* desarrolladas por equipos de trabajo o unidades responsables de ellas, los que muchas veces cuentan con su respectivo encargado. Quienes ejecutan un programa de trabajo determinan los equipos que consideran necesario según los grupos de actividades que se proponen realizar, por ejemplo: difusión y comunicación, mantenimiento de relaciones públicas, tareas específicas señaladas en el programa de trabajo, etc.
- ⇒ *Tareas de apoyo:* que no apuntan directamente al logro de los productos u objetivos del programa, pero son indispensables para el buen desarrollo y continuidad del trabajo. Entre ellas se pueden señalar algunas labores administrativas menores, de mantenimiento de la infraestructura y equipos en caso necesario, secretaría, abastecimiento, etc.

3.4.3 Dificultades más frecuentes

En el momento de la ejecución se dan varias condiciones que pueden interferir en el grupo de trabajo: se inicia el camino hacia los objetivos, lo que indica que ya deben comenzar a verse resultados. La acción conjunta se hace más estrecha y continua; y es en este período cuando “sale” el grupo hacia una realidad que siempre presentará aspectos desconocidos.

Las dificultades que con mayor frecuencia se le presentan al equipo que realiza un programa participativo en el momento de la ejecución, se originan generalmente por:

- ⇒ *La interacción de los miembros del grupo ejecutor,* entre los que se pueden dar conflictos de poder, por diferencias de estilos y ritmos de

trabajo o por confrontación de conocimientos, valores y expectativas. Este tipo de problemas se da con frecuencia al comenzar un trabajo conjunto entre el equipo de salud y la comunidad, cada uno de estos grupos presenta sus limitaciones⁶, sus aportes y sus puntos de vista que quiere hacer prevalecer. La organización apropiada, con una clara definición de funciones, autoridad y formas de coordinación, contribuye a prevenir estos conflictos.

- ⇨ *Desajustes entre lo programado y las posibilidades que existen en la realidad.* Estos usualmente se presentan ya que la realidad es cambiante y dinámica. Es frecuente en la implementación del trabajo comunitario en salud tener que modificar programas, por ejemplo, porque la organización y/o disposición de la comunidad que se encuentra en la realidad es mucho menor de lo que se esperaba. La realización cuidadosa del diagnóstico y de la programación ayudan a prevenir este desajuste.

- ⇨ *El desafío que significa enfrentar a un medio desconocido.* Ya que en la práctica habrá que actuar o interactuar con personas desconocidas hasta este momento, trabajar en situaciones y ambientes “nuevos”. Los equipos de salud cuyos miembros, en su mayoría, han trabajado por largos períodos estableciendo contactos más bien con personas aisladas que con la comunidad, muchas veces sienten temor de enfrentar a este actor desconocido, al que se puede suponer de

6 El equipo de salud, por ejemplo, puede llevar consigo limitaciones propias de su formación, situación institucional e historia, tales como: burocracia, rigidez institucional, condiciones laborales insuficientes, programación centralizada, poco apoyo de los directivos y autoridades u otras que se puedan detectar en los diferentes espacios locales.

antemano en una actitud confrontacional, agresiva o poco motivada.

Haber hecho un buen proceso de inserción en la comunidad (relación de confianza) y contar con un diagnóstico amplio, que entregue el máximo de información de los distintos aspectos de la comunidad, puede prevenir estas dificultades.

3.4.4 Actividades de apoyo

El monitoreo

El monitoreo constante de las actividades realizadas, permite ajustar permanentemente el programa para el logro de sus objetivos. El monitoreo ofrece una posibilidad de aprendizaje permanente del equipo de trabajo, a través de su propia práctica.

El *monitoreo* es un conjunto de actividades organizadas para la detección constante de pistas sobre el desempeño o marcha de una función o programa. Esto permite guiar en forma permanente la acción, para que se desarrolle con los métodos más apropiados en función de los objetivos preestablecidos. Facilita la corrección precoz de desviaciones del programa.

Como el objetivo del monitoreo es la *detección de pistas sobre la marcha del proyecto*, las actividades de monitoreo estarán orientadas a esta pesquisa y control: observación, consulta, revisión de informes y documentos, e intercambio de opiniones; recojiendo información relacionada tanto con el programa que se monitorea, como con los cambios que se producen en el contexto –o en el medio– en que éste se desarrolla.

Tal vez, para entender con más claridad el concepto, sirva pensar en la pantalla de un monitor, la cual va entregando señales para detectar el funcionamiento de aquello que se observa (por ejemplo, la marcha del corazón).

Existe la tendencia a pensar que el monitoreo es una actividad que sólo debe ser efectuada por los técnicos, sin embargo, también puede ser participativo, cuyo propósito es que el grupo que ejecuta un programa de trabajo, en su conjunto defina y detecte la forma en que está funcionando o cómo se está desarrollando la acción, asegurando su coherencia con las definiciones iniciales y el resguardo de los intereses y aportes de los diversos actores sociales que participan.

Precisamente para lograr estos objetivos debe ser “un conjunto de actividades organizadas”, tal como se señala en la definición. Esto quiere decir que debe existir un plan de monitoreo elaborado con anterioridad, el que debe definir con precisión, a lo menos: qué información se utilizará, bajo qué métodos, con qué instrumentos y quiénes serán encargados de hacerlo.

Entre los instrumentos utilizados para realizar el monitoreo, se cuentan las pautas o matriz de monitoreo, diseñadas para el registro de la información, facilitan la observación, el análisis sobre la proyección de las acciones y su impacto en el proceso de transformación de la realidad que se intenciona con el programa. Para confeccionar estos instrumentos, el equipo a cargo del proyecto (o quienes estén designados para ello), determina los diversos aspectos que le interesa monitorear o controlar, entre los cuales se incluye habitualmente una cuantifi-

cación del avance de las tareas o actividades, utilización de los recursos, funcionamiento del grupo responsable, observaciones generales.

EJEMPLO DE UNA MATRIZ DE MONITOREO

Grado de cumplimiento según lo programado

% AVANCE ACTIVIDAD	0-25 %	26-50%	51-75%	76-100 %	PRESUPUESTO POR ACTIVIDAD	% GASTO	PLAZOS
							PROGRAMADO /REALIZADO

DIFICULTADES
ATRIBUIBLES AL EQUIPO

DIFICULTADES
ATRIBUIBLES AL ENTORNO

AVANCES
ATRIBUIBLES AL EQUIPO

AVANCES
ATRIBUIBLES AL ENTORNO

Los aspectos que al grupo de trabajo le parezcan más importantes de reconocer y analizar durante la ejecución de su programa deben quedar por escrito, de esta manera se facilitará la revisión, reflexión y sistematización del proceso que se lleva a cabo y la evaluación final del programa.

Para cada uno de los aspectos identificados, se deben seleccionar dos o tres indicadores, que serán los que a juicio del equipo del programa, expresan mejor las

formas y niveles de calidad, con que se desarrollan estos aspectos durante la ejecución del proyecto.

EJEMPLO DE INDICADOR DE MONITOREO

ASPECTO A MONITOREAR: “Oportunidad de participación de la comunidad en las instancias del sector salud”.

INDICADORES:

- % representación comunitaria en las diferentes instancias del sector salud.
- Tipo de instancias en que participan los representantes de la comunidad (carácter, funciones).
- Cargos que desempeñan en estas instancias.

Como el monitoreo es también un *facilitador para guiar el aprendizaje durante el ejercicio de una función*, debe considerar además espacios que permitan el intercambio de opiniones y el análisis de situaciones, a los integrantes del equipo ejecutor. Los aprendizajes también se darán en torno a los procesos propios del equipo que lo lleva a cabo, como en relación al medio y otros actores sociales con quienes se coordinó.

La supervisión

Comparte el mismo objetivo del monitoreo, ya que está orientada a comprobar que las actividades se realicen de manera óptima, considerando la persona responsable, momento, lugar y condiciones de acuerdo a la programación. Esta verificación permite

identificar los aciertos, errores o desviaciones en la ejecución de un programa de trabajo.

Es habitual que durante la ejecución de un programa se realicen supervisiones “ordinarias”, es decir, con una frecuencia determinada durante la programación de actividades. También, en casos que lo requieran, pueden efectuarse supervisiones de carácter extraordinario, como una forma de aportar a la solución de una situación de urgencia o al estudio de un momento crítico.

La *supervisión* es un procedimiento técnico, que posibilita comparar el grado de implementación de un programa con lo establecido en su diseño o con las normas técnicas cuando sea pertinente. Conocer estas diferencias, facilita las recomendaciones y adaptaciones necesarias para mejorar la calidad de las acciones, manteniendo la orientación hacia los objetivos propuestos.

Posee un carácter mucho más técnico que el monitoreo incluye a quienes poseen mayor experiencia en el ámbito de las tareas supervisadas, ya que el supervisor debe ser capaz de sugerir medidas factibles y de aplicación inmediata para mejorar procedimientos o resolver problemas. Generalmente la supervisión es realizada por un agente externo al equipo local o por un nivel jerárquicamente superior.

Puede hacerse directamente, supervisando a las personas encargadas de la ejecución o de manera indirecta, revisando los registros o documentos elaborados con resultados y antecedentes de las actividades. La supervisión se realiza conforme a criterios o normas técnicas y debe incluir un componente formativo.

La supervisión se constituye también en un momento de aprendizaje o de creación, a través del intercambio del “experto técnico” y la persona responsable de realizar las actividades, quien contará con una experiencia que debe ser integrada para un mejoramiento global de los procedimientos.

Durante su planificación, se utilizan pautas de programas y calendarios. Se realiza en base a guías de supervisión que definen, acotan y orientan los procedimientos y aspectos a supervisar, evitando desviación de los objetivos y facilitando el posterior proceso de sistematización y uso de la información recogida. Es posible también que para el momento de análisis y recomendaciones exista un formulario que facilite la presentación del informe con los resultados y propuestas, a partir de la supervisión.

APORTES DE LA EXPERIENCIA

EJECUCIÓN

“Dificultades en la ejecución”

Una dificultad más frecuente durante el momento de la ejecución se deriva de las relaciones entre los participantes. Esta dificultad se ve aumentada en proyectos participativos e intersectoriales que requieren del acuerdo entre intereses y racionalidades muy diversas.

Un importante elemento para disminuir esta amenaza lo constituye la negociación adecuada y oportuna y la implementación de mecanismos de coordinación, consulta y toma de decisiones, en las que los diferentes actores se sientan suficientemente representados.

La participación de todos es especialmente importante frente a situaciones nuevas, cambios en el desarrollo del proyecto o problemas. En estos casos es necesario realizar análisis compartidos, con integrantes de la comunidad, equipos técnicos, representantes políticos y otros sectores o instituciones involucradas en el proceso local.

Algunos procedimientos que han permitido resolver con facilidad este tipo de dificultades tienen que ver con:

- 1. Definir con claridad los ámbitos de competencias y funciones, a partir de lo que se analiza o evalúa periódicamente y el desempeño de los diversos actores.*
- 2. Determinación clara de los mecanismos de intercambio de información sobre la situación de salud local y las determinaciones frente a situaciones emergentes.*
- 3. Consolidación y ampliación de la legitimidad del equipo mixto y multisectorial encargado del desarrollo del proyecto, lo que se logra fundamentalmente profundizando la participación comunitaria e implementando el funcionamiento de instancias de gran representatividad, como es la asamblea comunitaria.*
- 4. Sistematización de las diversas reglas y mecanismos de funcionamiento, considerando que estos deben tener la flexibilidad suficiente como para no burocratizar o dificultar los procesos.*
- 5. Contar con adecuados sistemas de información y de evaluación de las decisiones y acciones.*

La generalidad de los procesos multisectoriales desarrollados en los distintos países de la Región, ha implementado medidas de este tipo para facilitar su desarrollo.

Ejemplos de relaciones de este tipo se encuentran en proyectos intersectoriales, realizados por el Consejo Municipal de Salud de San Fernando, Buenos Aires, 1993 o Proyecto CRISE, Ayuntamiento de Huimanguillo, Tabasco, México.

3.5 El momento de la evaluación participativa

Habitualmente se relaciona el término *evaluación* con el de calificación, pensando en que evaluar es revisar para emitir una nota o un veredicto, desde una situación de autoridad o de saber superior.

En los procesos participativos, la evaluación no se da desde un nivel más elevado, ya que en los diferentes momentos del trabajo es el equipo encargado –compuesto tanto por los integrantes de los equipos de salud como de la comunidad– la “autoridad máxima” del proyecto.

En estos casos, la evaluación es sobre todo un momento de aprendizaje compartido, en el que los distintos participantes suman sus visiones, apreciaciones y conocimientos sobre la práctica efectuada en conjunto, para sacar conclusiones que les permitan mejorar su trabajo futuro.

La evaluación es un momento de reflexión, en que el equipo de salud y comunidad, después de haber decidido y llevado a la práctica un programa de trabajo recorre y repiensa su experiencia, en función de los objetivos planteados a partir del diagnóstico participativo. Durante la evaluación se analizan los resultados de lo que se ha ejecutado, revisando cuidadosamente los procesos que se han dado, sus causas y consecuencias; determinando los impactos que tuvo el desarrollo del programa participativo, tanto en el logro de los objetivos planteados, como en la opinión de los usuarios del servicio.

La evaluación sirve para diferentes propósitos:

- ⇨ Medir el grado de cumplimiento de los objetivos señalados al diseñar el programa (general y específicos) y los frutos o productos logrados con la acción. Esta es una evaluación de resultados.

- ⇒ Revisar qué aspectos de la práctica han resultado apropiados para facilitar el trabajo y cuáles podrían mejorarse (organización, utilización de recursos, etc.). Esta es una evaluación de procesos.
- ⇒ Examinar el marco en el que se ha dado el programa, identificando los factores favorables y los obstáculos que ha ofrecido. Esta es una evaluación cualitativa.
- ⇒ En un proceso participativo la evaluación es sobre todo un momento de aprendizaje del grupo, a través de la reflexión y análisis de la acción realizada, que permitirá mejorar una práctica futura.

Ya que la evaluación sirve a tan importantes propósitos, es de vital importancia que los equipos de salud la incorporen en sus diversos programas del trabajo comunitario, realizando esta labor en conjunto con la población usuaria. Es probable que el equipo de salud sea quien cuente con las mejores condiciones para motivar, conducir y educar en métodos de evaluación a los integrantes de la comunidad, durante el desarrollo de esta tarea.

3.5.1 ¿Cuándo evaluar?

La evaluación se hace tanto del diseño como de la ejecución de un programa, denominándose de distinta manera:

- *Evaluación ex-ante*: efectuada antes de ejecutar el programa o proyecto. Aporta con el conocimiento de la realidad en que se operará y la selección de la mejor alternativa de intervención, que presente el costo mínimo. En proyectos, la evaluación ex-ante se refiere principalmente a la calidad de los proyectos, viabilidad y/o factibilidad.

- *Evaluación de proceso o formativa*: realizada durante la ejecución. Acentúa un propósito formativo, ya que analiza la práctica a través del diálogo y consulta entre los participantes. Permite además, efectuar los ajustes que requiere la ejecución del programa o proyecto.
- *Evaluación de resultados*: que tiene lugar al finalizar el programa, algunos la denominan evaluación ex-post. Su propósito es conocer los resultados obtenidos con la intervención realizada a través de la percepción y satisfacción de la población, grado de cumplimiento de los objetivos y productos obtenidos.
- *Evaluación de impacto*: que también se realiza después de concluido el programa. Su propósito es conocer el impacto sobre los indicadores de salud, requiere de un tiempo mucho mayor. El impacto de acciones de promoción de salud sobre la salud de la población es posible medirlo solo en el mediano y largo plazo. De ahí la importancia de establecer precisas evaluaciones de resultados.

Aunque la evaluación se da en los distintos momentos de la planificación local participativa, nos referiremos a la evaluación final de un programa de trabajo, que puede ser de resultados o impactó.

3.5.2 ¿Qué evaluar?

En una evaluación se contesta a diversas preguntas, cuyas respuestas permiten alcanzar los propósitos de la evaluación que ya se han mencionado. A continuación se plantean a modo de ejemplo algunas

preguntas que podrían contestarse, buscando entregar pistas a los equipos para que ellos definan el marco de sus propias evaluaciones.

Sobre el grado de cumplimiento de los objetivos:

- **Objetivos planteados.** ¿Están relacionados con el problema de salud priorizado en el diagnóstico? ¿Habría posibilidad de lograrlos? ¿Hubo que modificar o agregar objetivos?
- **Logro de estos objetivos.** ¿Qué porcentaje de los objetivos se logra? ¿Cómo influyen estos logros sobre el problema que se quería abordar?
- **Elección del problema.** ¿Fue acertada? ¿Habría sido mejor priorizar otros problemas de salud de la población?
- **Logros no esperados en el diseño del programa** ¿Qué avances u objetivos que no se habían planteado en el programa se lograron con el proceso?
- **Impactos sobre los problemas de salud.** ¿En qué mejoró la situación de salud con la implementación del programa, teniendo como referencia el diagnóstico epidemiológico y el participativo?

Sobre aspectos de la práctica del equipo:

- **Actividades que se realizaron.** ¿Qué aportaron para lograr los objetivos? ¿Se definieron al programar o después?
- **Métodos de trabajo utilizados.** ¿Facilitaron el desarrollo de las actividades, la participación de la comunidad, la relación con otros grupos?
- **Organización del equipo.** ¿Fue la más apropiada? Las personas y grupos, ¿cumplieron oportunamente sus compromisos? ¿Cómo se sintieron con sus tareas?

- Utilización de los recursos. ¿Dejó conforme a todos los participantes? ¿Hubo claridad en el manejo de los recursos? ¿Se cumplieron los compromisos de aportes?

Sobre el marco en el que se desarrolló el programa:

- Relación entre el programa y el contexto real. ¿Qué ajustes fueron necesario hacer al programa diseñado al aplicarlo a la realidad?
- Incorporación de otros sectores. ¿Hubo integración de sectores o actores locales que no se consideraban en la programación? ¿Qué efectos tuvo este hecho?
- Dificultades, ¿Cuáles fueron las mayores dificultades para desarrollar el programa, derivadas del medio en el que se actuó?
- Facilitadores. ¿Qué aspectos de la ejecución se hicieron más fáciles gracias a las condiciones encontradas en el medio en que se actuó?

Para rescatar y aprovechar el aprendizaje del equipo:

- ¿Qué fue lo positivo y lo negativo de la experiencia realizada?
- ¿Qué aprendieron los participantes en relación al diseño y ejecución de proyectos locales de salud o con respecto a procesos participativos en general? ¿Cuántas personas? ¿Con qué acciones?
- ¿Qué otra capacitación específica se realizó durante el proceso? ¿A quiénes? ¿Cuántas personas?
- ¿Qué avances o transformaciones se pudieron constatar en la acción de las diferentes personas o grupos participantes?

- ¿Qué sugerencias se harían al diseño y ejecución de otro programa similar en el futuro? ¿A quiénes se quisiera transmitir las enseñanzas de la experiencia?

En estos diferentes ámbitos, las preguntas buscan recoger antecedentes sobre el programa que se llevó a cabo en el aspecto *cuantitativo*, es decir, enfatizando la medición de los logros, actividades o recursos del programa en números o relaciones numéricas (tasas, porcentajes; ej. número de actividades realizadas, porcentaje en que se lograron los objetivos, cantidad de recursos gastados).

Sin embargo, para la evaluación de programas con enfoques participativos —que ponen el énfasis en lo que ocurre a las personas ejecutantes/beneficiarias del proyecto— es fundamental incluir una revisión de los aspectos *cualitativos*, es decir, los que se relacionan con los procesos que tuvieron lugar en las personas, grupos o equipos que participaron (por ej., los cambios que se pueden atribuir al programa desarrollado, las percepciones y opiniones de la gente involucrada, los aprendizajes que se han obtenido).

Con respecto a la diferencia entre los dos tipos de evaluación, cabe destacar que el carácter cuantitativo o cualitativo se manifiesta en dos planos:

- *En la recolección de los datos:* utilizando para ello instrumentos adecuados que permitan recabar la información requerida en cada caso y facilite su procesamiento. Por ejemplo, para el propósito de una evaluación cuantitativa, será de mucho mayor utilidad aplicar técnicas de recolección como el censo, encuestas o entrevistas estructuradas con categorías pre-establecidas,

utilizando instrumentos de registro coherentes, como formularios o planillas. Estas modalidades de recolección de información permiten despejar los datos que puedan expresarse en base a cifras y relaciones numéricas.

En el caso de evaluaciones cualitativas, debe priorizarse el uso de técnicas de recolección que favorezcan la expresión más amplia de las personas que evalúan, tales como entrevistas con preguntas abiertas, historias de vida, grupos focales, técnicas proyectivas (dibujo, teatro, etc.) y participativas en general. Los instrumentos de registro seleccionados, a la vez, permiten captar con el máximo detalle las expresiones espontáneas del grupo evaluador, pueden aplicarse formatos para cuestionarios de preguntas abiertas, pero resulta de gran utilidad contar con instrumentos como grabadoras, cámaras fotográficas y de filmación, etc.

- *En el procesamiento y análisis de la información:* también existe diferencia entre ambos enfoques y con frecuencia se presentan incoherencias entre ambos momentos de la evaluación si no existe claridad previa acerca de sus objetivos y criterios. El énfasis del análisis en la evaluación cuantitativa, está puesto en métodos estadísticos, que permiten presentar relaciones de datos numéricos, los que sirven de base a las conclusiones y comentarios.

En la evaluación cualitativa en tanto, se prioriza en análisis de elementos que resultan iluminadores del desarrollo y proyección del proceso que se ha vivido. En este caso es aún más importante determinar previamente los criterios, indicadores o categorías que servirán de refe-

rencia en el momento del procesamiento de datos, para trascender el solo relato o descripción de experiencias y lograr el propósito más amplio de la evaluación, es decir, el aprendizaje y proyección de la experiencia evaluada. Estos criterios e indicadores serán definidos en cada proceso, de acuerdo a los objetivos, condiciones y características presentes en su desarrollo.

A manera de ejemplo, se podría señalar, si un criterio de evaluación se refiere al tipo de relaciones que establecen los diversos actores sociales de un proceso y su evolución, habría que definir indicadores que contengan esa información, tales como propuestas, fundamentaciones y actitudes frente a la distribución de cargos o funciones, capacidades y dificultades para el trabajo en equipos constituidos por diversos actores, etc.

El análisis de la información debe dar clara cuenta de las dificultades, facilitadores y potencialidades presentes en el proceso, incluyendo los puntos de vista de las personas y grupos participantes en la evaluación.

3.5.3 ¿Cómo evaluar?

En el momento de una evaluación participativa es muy importante recoger las opiniones y reacciones que han tenido los diversos grupos y personas que intervinieron en el programa de salud. Las expresiones de los beneficiarios, pertenecientes al equipo ejecutor o no, permitirá determinar la legitimidad del programa e integrar las visiones de los diversos actores sociales acerca de lo que se ha hecho y de lo que está por hacer.

La recolección de la información puede hacerse desde distintas fuentes, por ejemplo:

- *Reuniones de evaluación*, programadas y organizadas con ese fin, lo que supone haber definido los aspectos y criterios de evaluación (qué preguntas se responderán). En ellas debe garantizarse que todas las opiniones de los participantes cuenten con las mismas posibilidades de ser expresadas y acogidas.
- *Informantes seleccionados en una muestra*, fuente que se usa generalmente cuando la población beneficiaria del programa es muy amplia; en este caso hay que tener cuidado que la muestra sea representativa y cubra los diferentes grupos o sectores de participantes, asegurando que la heterogeneidad no sea tan grande como para dificultar el ordenamiento de las conclusiones.
- *Registros realizados durante la ejecución*, que pueden referirse no sólo a aspectos cuantitativos (expresiones en números, estadísticas sobre resultados, actividades realizadas o recursos utilizados), sino también a aspectos cualitativos (descripción de procesos, narraciones de los diferentes participantes desde su ubicación en el proceso).

Instrumentos, técnicas y métodos utilizados en el diagnóstico participativo para conocer la realidad de la situación de salud, pueden servir durante la evaluación participativa para conocer la nueva situación creada, identificando las transformaciones que se han producido.

Al utilizar estas diversas fuentes es posible y aconsejable aplicar instrumentos que permitan combinar métodos cuantitativos y cualitativos de evaluación.

3.5.4 ¿Con qué evaluar?

Para que la evaluación cumpla realmente con su objetivo, la información recogida no puede ser vaga o general, sino concreta, específica y clara. Para lograr estas características es muy importante elegir o hacer los instrumentos más apropiados para recoger la información deseada. Estos deben contener los indicadores más adecuados para medir aquella información que se desea evaluar.

Los *indicadores* representan características, propiedades o situaciones que se pueden observar y medir durante el desarrollo de un programa o proyecto. Dan cuenta de las transformaciones (de las personas o del medio) que puedan haberse producido intencionadamente a partir del programa para avanzar hacia sus objetivos, de esta manera, permiten conocer y medir los cambios atribuibles a la intervención realizada.

Para que sirvan a su propósito, los indicadores se diseñan en relación a los objetivos que se plantearon en el programa⁷. Por ejemplo, si un objetivo del programa es el de “capacitar en técnicas que permitan ahorrar recursos a las familias”, deberán determinarse indicadores que permitan conocer cambios relacionados con:

7 Al exponer los diferentes elementos de la programación, se definieron los objetivos, mencionando el carácter medible que necesariamente deben tener. Que los objetivos sean medibles o evaluables, quiere decir que deben contener indicadores, es decir, que al plantearlos, debe quedar enunciado cómo se podrá constatar que se efectuaron los cambios propuestos

- Número y características de las personas capacitadas.
- Nuevas técnicas en que fueron capacitados los beneficiarios del programa (¿Cuáles y cuántas? ¿Con qué profundidad? ¿Durante cuánto tiempo? ¿Por cuántas sesiones?).
- Recursos que han podido ahorrar las familias con el conocimiento y manejo de estas nuevas técnicas (alimentarios, energéticos, financieros u otros).

La definición de los indicadores que demostrarán el grado en que se logran los objetivos con la implementación del programa es una tarea clave para la evaluación y es la que habitualmente obtiene la mayor dedicación de los equipos durante el diseño de un programa. Conviene usar una cantidad suficiente de indicadores para un mismo concepto que se mide, de esta manera disminuye el riesgo de obtener resultados errados, a causa de indicadores poco confiables o mal elegidos.

Cada equipo responsable de formular y ejecutar un programa o proyecto (equipo de salud y usuarios) diseña o adapta sus instrumentos de evaluación, teniendo en cuenta el carácter del programa de salud que evaluará, los aspectos de aquél que le interesa conocer (productos obtenidos, procesos de interacción o relación de las personas y grupos, financieros, administrativos u otros), las características y experiencias de las personas que participan en la evaluación, etc.

Los instrumentos que mejor sirven para hacer una evaluación de carácter cuantitativo son las esta-

dísticas y los registros que permiten expresar en números los datos que se desea obtener (productos, recursos, actividades u otros).

Los instrumentos que se usan para evaluaciones de carácter cualitativo deben facilitar la reflexión y expresión de los participantes en relación a los temas que se evalúan, como la observación, apreciación y análisis de los procesos en su totalidad. Instrumentos apropiados para este fin pueden ser entrevistas, trabajo con grupos focales, dinámicas de discusión grupal.

3.5.5 ¿Quién evalúa?

En términos generales, la evaluación de un programa puede ser hecha por diferentes personas. En esta publicación se ha hecho referencia a la *evaluación participativa*, que es realizada por el mismo equipo ejecutor del proceso de *planificación local participativa*, en la que se incluyen las personas afectadas por el problema que se enfrenta.

También puede existir una autoevaluación realizada solo por los usuarios o comunidad que participa en el programa o proyecto, la que preferentemente debe ser recogida e integrada con la evaluación general.

Otro tipo de evaluación es la evaluación externa al equipo del programa, que es realizada solo por técnicos, en alguna materia específica o general del programa. Aquí es importante considerar el aporte de las distintas disciplinas y metodologías de evaluación (área de las ciencias sociales, económicas, de la salud pública y otras).

3.5.6 ¿Qué hacer con la información?

Procesamiento de los datos

Una vez que se han aplicado los instrumentos de evaluación se ordena la información recogida para hacer un documento que permita, a cualquier persona que lo lea, hacerse una clara idea del proceso vivido por el grupo y sus principales enseñanzas. Puede ser que durante este ordenamiento surja la necesidad de completar o aumentar los datos obtenidos, en este caso hay que realizar esta tarea para integrar luego los datos en un informe final.

Difusión de la experiencia a través del informe final

Es conveniente que este informe final de evaluación sea oportuno y suficientemente difundido: que esté al alcance de todas las personas que participaron en el proceso, que sea distribuido a las autoridades locales, a los servicios públicos e instituciones que actúan en la comunidad, en especial a los que participaron en un trabajo intersectorial en el marco del programa realizado y, a todas aquellas personas o grupos que el equipo ejecutor considere que es de interés hacérselo llegar (ej. otros equipos de salud que deseen realizar trabajo comunitario de carácter participativo, instituciones solidarias del sector salud que trabajen programas similares).

Cuando se trata de proyectos apoyados con fondos solidarios o públicos, es fundamental hacer llegar al organismo financiador este informe, adecuándolo si es necesario a los requisitos o formas que él demande.

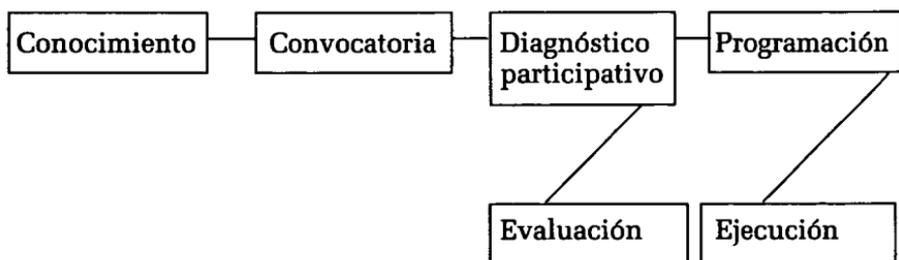
Análisis y aprendizaje, para mejorar la experiencia futura

Este informe final de la evaluación no solo sirve para difundir la experiencia. Para el grupo ejecutor del programa de salud tiene gran valor como fuente de aprendizaje y de reconocimiento de la nueva realidad local que se ha transformado por la acción del programa. Se convierte así en un nuevo diagnóstico, que permitirá dar inicio a un nuevo proceso para seguir mejorando las condiciones de vida de la comunidad.

Apoyándose en este nuevo diagnóstico, será posible plantearse objetivos que pueden estar orientados a:

- ✓ Adecuar los recursos
- ✓ Corregir los errores
- ✓ Adaptar normas, procedimientos y técnicas a la realidad local
- ✓ Impulsar nuevas experiencias
- ✓ Desarrollar capacidad institucional
- ✓ Desarrollar el equipo
- ✓ Establecer demanda

Se da un proceso permanente, que relaciona los diferentes momentos de la siguiente manera:



Es importante tener presente que todo el proceso de *planificación local participativa* es una oportunidad para aprender en conjunto sobre una realidad compartida: los que tienen más información o conocimiento lo ponen a disposición del grupo; la conducción del trabajo se hará de manera democrática; el grupo buscará en conjunto las mejores estrategias y métodos para desarrollar su acción, sin perder el sentido ni la finalidad de lo que está haciendo. Al mismo tiempo, el análisis de los resultados de la acción ejecutada y de los desafíos, entrega continuamente elementos para mejorar las condiciones y calidad de vida.

Un proceso de *planificación local participativa*, constituye un aporte significativo del sector salud y de los diferentes actores sociales que intervienen en él, al desarrollo local.

EVALUACIÓN

“Indicadores de evaluación”

Muchas de las experiencias de evaluación se han centrado en diversos aspectos de la metodología aplicada durante el proceso, precisamente, por la necesidad de avanzar en la validación y sistematización de metodologías participativas.

Algunos de estos aspectos evaluados han sido, por ejemplo, participación de la población y organismos de base (esfuerzos y limitaciones para su ampliación), incremento en la capacidad del nivel local para la resolución de problemas y movilización de recursos, con especial énfasis en la formación y desarrollo del recurso humano disponible para este tipo de proyectos.

Sin embargo, se han incorporado a las evaluaciones también aspectos muchos más concretos, relacionados con el impacto sobre la situación de salud con el desarrollo de los programas participativos, por ejemplo logros en la disminución o control de enfermedades inmunoprevenibles; mejorías en las condiciones del medio ambiente.

Las dificultades que se presentan con mayor frecuencia están relacionadas con la elaboración de indicadores y con las categorías en que se ordenan los elementos para un análisis cualitativo de los procesos.

Para uno u otro caso se han elaborado indicadores capaces de dar cuenta de los cambios producidos en las condiciones locales a partir de la implementación de un proyecto o programa (disminución número de casos de enfermedades atribuible a tareas de prevención o mejoramiento de condiciones ambientales, aumentos de coberturas, etc.).

Se ha agregado también análisis de carácter cualitativo, usando por ejemplo las categorías o variables de la Matriz FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas). De esta manera se han identificado obstáculos relacionados, por ejemplo, con indefinición de papeles y funciones, dependencia entre los agentes comunitarios y técnicos, relación vertical de agentes comunitarios, al cambiar su status luego de ser capacitados, frente a la población. Entre los facilitadores se han reconocido: experiencia previa de la comunidad en organizaciones de carácter vecinal, revaloración positiva y desarrollo de capacidad de acción, procesos educativos simultáneos y relacionados con las demandas de los procesos organizacionales y locales, apoyo de los técnicos y actores con diferentes aportes.

Entre los procesos que han aportado este tipo de elementos se pueden mencionar: Centro de Atención Primaria Villa Las Piedras, Montevideo, Uruguay; evaluaciones de la participación comunitaria e impacto en la situación de salud realizadas por el Ministerio de Salud de El Salvador.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Referencias generales

1. Arroyo H, Cerqueira MT. Ed. *La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina. Un análisis sectorial*. OPS/OMS, Depto. Ciencias Sociales Universidad de Puerto Rico, Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud, San Juan, Puerto Rico 1997.
2. Ashton J. *Ciudades Sanas*. Masson SA, Barcelona, España 1993.
3. Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1997. *El Estado en un Mundo en Transformación*. Washington, DC. EE. UU. 1997.
4. Bhatnagar B, Williams A. *Participatory Development and the World Bank*. 183 World Bank Discussion Papers, Washington DC, EE.UU. 1992.
5. Briones G. *Evaluación de Programas Sociales. Teoría y Metodología de la Investigación Evaluativa*. Programa Interdisciplinario de Investigaciones en Educación PIIIE, Santiago, Chile 1985.
6. Centro de Investigación y Desarrollo de la Educación CIDE/Centro de Estudios y Publicaciones ALFORJA. *Técnicas Participativas para la Educación Popular*. Ediciones CIDE, Santiago, Chile. Volumen I, 1987, Volumen II, 1992.
7. Centro Latinoamericano de Trabajo Social CELATS. *Curso de Educación a Distancia: Salud Comunitaria y Promoción del Desarrollo*. Módulos I, II, III, IV y V. Lima, Perú 1991 - 1992.
8. Cerqueira MT. *Promoción de la Salud: evolución y nuevos rumbos*. Boletín Oficina Sanitaria Panamericana 120(4), 1996.

9. *Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTA): ZOPP, una introducción al método.* Frankfurt, Alemania 1991.
10. Durán H. *Aspectos Conceptuales y Operativos del Proceso de Planificación de la Salud.* Cuadernos ILPES N°35, Santiago, Chile 1989.
11. Dhillon HS, Philip L. *Promoción sanitaria y acción de la comunidad en pro de la salud en los países en desarrollo.* OMS, Ginebra 1995.
12. Fondo Editorial Altadir. *Método MAPP. Método Altadir de Planificación Popular.* Santa Fé de Bogotá, Colombia 1994.
13. Kickbusch I. *New players for new era: How up to date is health promotion?* Health Promotion International, Oxford University Press, Vol II N°4, 1996.
14. Kickbusch I. *Think Health: What Makes the Difference?* Health Promotion International, Oxford University Press, Vol 12 N°4, 1997.
15. López LA, Aranda JM. *Promoción de Salud: Un enfoque en salud pública.* Doc. Técnico N°1, Junta de Andalucía/Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada 1994.
16. Ministerio de Salud, División Programas de Salud, Unidad de Participación Social. *Trabajo Comunitario en Salud. Guía Técnica Metodológica.* Santiago, Chile 1994.
17. Ministerio de Salud/OPS. *El Aporte de la Planificación Estratégica a la Gestión de Salud en Chile entre los años 1990 - 1993.* Santiago, Chile 1994.
18. Ministerio de Salud, División de Salud de las Personas, Unidad Promoción de la Salud. *Programa de Capacitación para Equipos de Salud en Programación Local Participativa.* Santiago, Chile 1997.

19. Motta R. *Manual sobre Tendencias Contemporáneas en la Gestión de Salud*. OPS, Fundación Kellogg, 1996.
20. OPS/OMS. *Evaluación para el Planeamiento de Programas de Educación para la Salud*. Serie PALTEX N°18, 1990.
21. OPS/OMS. *La participación social*. HSD/ SILOS-3, 1990.
22. OPS/OMS. *Sistemas locales de salud. Temas de discusión*. HSS/SILOS-17, 1991.
23. OPS/OMS. *La participación social en el desarrollo de la salud*, HSD/SILOS-26, 1993.
24. OPS/OMS. *La administración estratégica*. HDS/SILOS-2, 1992.
25. OPS/OMS. *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud, evaluación para el cambio*. HSS/SILOS-24,1993.
26. OPS/OMS PNUD/PEC. *Capacidad de negociación en el sector salud. Proyecto Subregional de Consolidación e Incremento de la Capacidad Gerencial de los Servicios de Salud*. PCICG-T.2, 1993.
27. OPS/OMS. *Metodología para la evaluación participativa*. HSS/HSD/HED 94.17, 1994.
28. OPS/OMS. *Evaluación para el fortalecimiento de procesos de participación social en la promoción y el desarrollo de la salud en los sistemas locales de salud*, HSS/HSD-HED 94.18,1994.
29. OPS/OMS. *Análisis de los datos cualitativos*. OPS/HSS/HED/ 94.19, 1994.
30. OPS/OMS. *La administración estratégica. Lineamientos para su desarrollo: Los contenidos educacionales*. HSS/SILOS-32, 1994.

31. OPS/OMS. *La administración estratégica. Lineamientos para su desarrollo: Módulo educacional.* HSS/SILOS-33, 1994.
32. OPS/OMS. *La participación social en el desarrollo de la salud. Experiencias latinoamericanas.* HSP/SILOS-35, 1995.
33. OPS/OMS. *Escuelas promotoras de salud: Modelo y guía para la acción.* HSP/SILOS-36, 1995.
34. OPS/OMS. *Veinte pasos para formular un proyecto de ciudades sanas.* HPP/HPL/95.3, 1995.
35. OPS/OMS. *Promoción y educación de la salud escolar. Una perspectiva integral: marco conceptual y operativo.* HPP/HPL/95.13. 1995.
36. OPS/OMS. *La experiencia en América Latina en municipios saludables.* PAHO/HPP/95.40-3, 1995.
37. OPS/OMS. *Cuestionario para el análisis de los procesos de descentralización y desarrollo local.* HSP/SILOS-29, 1996.
38. OPS/OMS. *Promoción de la salud: Una antología.* Publicación Científica N°557, Washington D.C. 1996.
39. OPS/OMS. Ministerio de Salud de la República de Indonesia. *4th International Conference on Health Promotion. Conference Working Papers and Key Documents.* Jakarta, Indonesia 21-25 July, 1997.
40. Pederson A, O'Neill M, Rootman I. *Health Promotion in Canada: Provincial, National International Perspectives.* W.B. Saunders Toronto, Ontario, Canada 1994.
41. Raeburn J. Rootman I. *People-Centred Health Promotion.* John Wiley & Sons Ltd. England 1998.

42. Restrepo H. *Promoción de la salud y equidad: Un nuevo concepto para la acción en salud pública*. Educ. Med. Salud, Vol. 29, N°1, 1995.
43. Salinas H, de la Maza ML, Guerra A. *El aporte de la planificación estratégica a la gestión de salud*. Fondo Nacional de Salud - FONASA, Santiago, Chile, Doc. de Trabajo N°1, 1996.
44. Solimano G, Salinas J. Ed. *Salud con la gente. El rol de las ONG en las políticas públicas en América Latina*. CORSAPS, Santiago, Chile 1993.

Referencias Específicas

Bolivia

45. Secretaría Nacional de Salud de Tupiza-OPS/OMS. Proyecto: *Perfil comunitario de salud a través del método de investigación - Acción participativa*, Serie de Cuadernos N° 2, 4, 6. La Paz, Bolivia 1993.

Brasil

46. Prefeitura Municipal de Campinas/OPS. *Construindo Novos Rumos para a Administração Pública Campinas. Caminhos para o Município Saudável*. Brasil 1996.
47. SESA/ISEP/Pr/OPS. *Município Saudável. Iniciativas de Implantação*. Curitiba, Brasil 1996.

Canadá

48. Health Canada. *Health Promotion in Canada. A Case Study*. Minister of Public Works and Government Services. Canada 1997.

Colombia

49. Ministerio de Salud - OPS/OMS Rev. El informador médico. *Una estrategia comunitaria: Municipios saludables por la paz.* Colombia, Año 11 N°64, 1997.
50. Ministerio de Salud. Sistemas Municipales de Salud. *Cómo elaborar el Plan Santa Fe de Bogotá.* Colombia 1995.

Costa Rica

51. Joya R, López MA, Fonseca N. *Estrategia de participación social en salud. Guía para la acción.* UNICEF/Ministerio de Salud, Costa Rica 1995.

Cuba

52. De la Torre E. *El Movimiento de comunidades saludables en Cuba.* Doc. Asamblea Nacional del Poder Popular, La Habana 1996.
53. Ministerio de Salud Pública. Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud. *Carpeta metodológica: Movimiento municipios por la salud.* Ciudad de la Habana, Cuba 1996.
54. Carta de La Habana. *II Congreso de Secretarios Municipales de Salud de las Américas.* Cuba 2 al 6 de junio 1997.
55. Ministerio de Salud Pública. Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud. *Boletín Municipios por la Salud. Un salto al bienestar.* Vol 2, N°2 y 3, 1997.

Chile

56. Marshall MT, Saez M, Salinas J. *Participación en Salud: Lecciones y Desafíos.* CORSAPS, Santiago, Chile 1991.

57. Horwitz N, Figueras M.T., eds. Foro Académico: *Participación Comunitaria en Salud*. Doc. Trabajo 62 CEAP - Universidad de Chile, Santiago, agosto 1994.
58. Calvin ME, Grandón A. *Monitoras de Salud Trayectoria de Participación*. Educación Popular en Salud - EPES, Santiago, Chile 1995.
59. Ministerio de Salud, División de Programas de Salud, Unidad de Participación Social. *Aportes para una Estrategia de Municipios y Comunidades Saludables en Chile*. Santiago, Chile 1996.
60. I Taller Internacional. *Participación Social y Municipios Saludables. Resumen Ejecutivo*. MINSAL/OPS/Asoc. Chilena de Municipalidades. Santiago, Chile 1996.
61. Salinas J. *Participación Social en el Sistema Público de Salud en Chile*. Rev Trabajo Social N° 68, Santiago, Chile 1996.
62. Ministerio de Salud, División Salud de las Personas. *Reforma Programática, Priorización y Estrategias de Promoción de la Salud en Chile*. Santiago, Chile 1998.

España

63. Red Andaluza de Ciudades Saludables. *Una estrategia para promover la salud desde las ciudades*. Diputación de Sevilla, 1994.
64. Escuela Andaluza de Salud Pública. Ayuntamiento de Huelva. *Diagnóstico de salud de la ciudad de Huelva*. España 1994.
65. Escuela Andaluza de Salud Pública. Ayuntamiento de Murcia. *Diagnóstico de salud de la ciudad de Murcia*. España 1995.
66. Red Andaluza de Ciudades Saludables. *Proyecto en acción*. Federación Andaluza de Municipios y Provincias. Sevilla 1996.

México

67. Secretaría de Salud/Dirección General de Salud Ambiental/OPS. *Nuestro planeta, nuestra salud*. Reunión de SILOS, Medio Ambiente y Municipios Saludables. México 1993.
68. Compromiso de Monterrey de los Presidentes Municipales, Nueva León, México 1993.
69. Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado de Veracruz - OPS. *Solución de problemas por equipos locales de salud: La experiencia en Veracruz*. México 1995.
70. SSA/pro Salud/OPS. *Municipios Saludables. Red Mexicana de Municipios por la Salud*. Vol 1 N°3, 1996.
71. *Municipios Saludables*. Organó Informativo de la Red Mexicana de Municipios por la Salud. Vol 1 N°3, noviembre 1996.
72. Comité Municipal de Fomento a la Salud H. Ayuntamiento Constitucional de Xalapa. *Diagnóstico de Factores de Riesgo y Daños a la Salud*. Serie Xallapam Veracruz, México Doc. de Trabajo 17, 1997.
73. Secretaría de Salud, Dirección General de Promoción de la Salud. Serie "Para promover la Salud en el Municipio", formada por 7 títulos: *Municipios Saludables en México; Lecturas básicas; Con la familia, con la escuela, con la comunidad; La participación comunitaria, para la vida; Directorio de Instituciones y organismos que apoyan el trabajo municipal*. México 1997.

Panamá

74. Presidencia de la República/Ministerio de Salud/OPS/OMS Panamá. *Programa Municipio Siglo XXI: Por un desarrollo humano sostenible*. Panamá 1995.

75. OPS/OMS Panamá. *Salud y desarrollo local: Los municipios siglo XXI*. Cuadernos de la Representación en Canadá. Vol. 6, 1996.
76. Ministerio de Salud Panamá. *Construyendo un Panamá Saludable ¡Para una vida mejor!* 1996.

Paraguay

77. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social/OPS/Comité Ejecutivo Interinstitucional de Apoyo al Movimiento de Municipios y Comunidades Saludables. *Plan Estratégico 1997-2000*. Asunción, Paraguay 1997.

Uruguay

78. Barrenechea C. y cols. Centro de Atención Primaria de Salud de Las Villas de las Piedras. *Acción y participación comunitaria en salud*. Editorial Nordan Comunidad Montevideo, Uruguay 1993.
79. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), División de Desarrollo Internacional Universidad de Calgary (DID). *Manual de salud materno-perinatal para promotores comunitarios*. Publicación Científica CLAP N°1254, Montevideo, Uruguay 1993.

Venezuela

80. Málaga H, Manzanilla LM, Toba M. (editores). *Proyecto Municipios hacia la Salud: La Experiencia Venezolana*. OPS/OMS, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Caracas, Venezuela 1996.
81. Red Vocero de *Municipios hacia la Salud*. Estado Falcón, Venezuela 1996-1997.

ANEXO I

GUÍA PARA LA CAPACITACIÓN EN PLANIFICACIÓN LOCAL PARTICIPATIVA

INTRODUCCIÓN

En este Anexo se presentan seis “Guías de capacitación” con la finalidad de apoyar la autoformación de los equipos que realizan trabajo en el nivel local. Cada una de estas guías se refiere a uno de los temas centrales del documento: promoción de la salud, planificación local participativa y los cuatro momentos que incluye este proceso diagnóstico, programación, ejecución y evaluación.

De acuerdo a la metodología propuesta para la capacitación de los equipos, a partir de las experiencias de trabajo conjunto y como un proceso que apoya su desarrollo, se han organizado las Guías en tres grupos de actividades de diferente carácter:

- ◆ **Actividades para una práctica formativa en el equipo:** orientadas a la discusión y profundización de los contenidos propuestos en el manual, como un punto de referencia al análisis de la práctica que se lleva a cabo y a las decisiones de marco que se requieren para el desarrollo del trabajo. Sería recomendable que estas actividades fueran ampliadas y apoyadas con investigación bibliográfica o acerca de otras experiencias similares que el equipo conozca.

Precisamente por su orientación al trabajo conceptual, estas actividades están definidas en las guías con mayor detalle que las otras, ya que el desarrollo de los otros grupos de tareas debe basarse mucho más en metodologías de análisis e investigación que el equipo determine de acuerdo a su realidad y propósito.

- ◆ **Actividades para una reflexión sobre la realidad en que se trabaja:** que apoya procesos de análisis crítico acerca de los enfoques y tareas realizadas o programadas, dentro del marco de la promoción de la salud. Con este tipo de actividades los equipos deben identificar los puntos positivos (o acertados) de su práctica, así como los que están poco claros, con insuficiente consenso o

desarrollados de manera incoherente de acuerdo a sus decisiones conceptuales. De la misma manera, deberían abordar los factores externos que están influyendo sobre los procesos y resultados obtenidos (oportunidades y amenazas presentes en el contexto en que se desarrolla el trabajo), determinando las potencialidades reales de cada proceso.

- ◆ ***Tareas para los participantes en el programa de capacitación:*** que se refiere al quehacer necesario para avanzar en el proceso participativo que llevan a cabo. En general se trata de propuestas de tareas concretas, para lograr progresos en el tema que se propone en esa unidad educativa (ej. tareas de diagnóstico, de evaluación, etc.). De acuerdo a los insumos obtenidos por los equipos en las actividades anteriores, pueden modificar sus prioridades o tareas del momento, lo importante es que a partir del marco conceptual y análisis de la situación del equipo, se identifiquen pasos específicos que deben llevarse a cabo para fortalecer el proceso participativo.

Finalmente, cabe insistir en que el propósito de las guías no es otro que el de ofrecer orientaciones generales y alternativas a los equipos que deciden realizar un proceso de capacitación. Las formas concretas de aplicarlas en la realidad, adaptaciones metodológicas o de contenidos, deben ser decididas en cada equipo, de acuerdo a su realidad: necesidades y posibilidades. La iniciativa en este aspecto, para determinar metodologías concretas y organización para desarrollar la capacitación es lo que, en última instancia, permitirá un apropiado diseño del programa de capacitación.

GUIA N°1: LA PROMOCION DE SALUD

1. ACTIVIDADES PARA UNA PRACTICA FORMATIVA EN EL EQUIPO

Trabajo por equipo o programa orientado al desarrollo de un municipio saludable.

- *Cada grupo identifica las tres ideas fundamentales del concepto de promoción de salud que existe en la base del equipo o programa en que participan. Elaboran en conjunto un concepto de promoción de salud, comparándolo con las definiciones entregadas en el manual.*
- *Enuncian las estrategias y acciones que en su programa han contribuido a la promoción de salud de la población de la comuna.*
- *Analizan el compromiso y papel de la comunidad en el diseño e implementación del programa.*
- *Presentan sus conclusiones al resto de los grupos, intercambiando opiniones sobre las posibles reacciones de los usuarios, sus causas y estrategias más apropiadas que podría desarrollar el equipo local para lograr respuestas positivas a sus convocatorias por parte de los diversos actores de la comuna.*

2. ACTIVIDADES PARA UNA REFLEXIÓN SOBRE LA REALIDAD EN QUE SE TRABAJA

- *Reconocer las instancias de participación de los diversos actores de la comuna en las tareas del municipio saludable. Hacer la diferencia entre estas instancias de participación, las organizaciones de salud y los actores sociales existentes.*

- *Identificar la función que juegan las organizaciones sociales o comunitarias en ellas.*
- *Reflexionar sobre la potencialidad de estas instancias de participación y cómo favorecer su desarrollo.*

3. TAREA PARA LOS PARTICIPANTES EN EL PROGRAMA DE CAPACITACION

- ✍ *Hacer un catastro o directorio de los diversos actores comunales que pueden comprometerse en el desarrollo de un municipio saludable.*
- ✍ *Difundir el catastro, aprovechando de invitar a nuevos actores detectados a participar en las tareas del municipio saludable.*

GUIA N°2: LA PLANIFICACION LOCAL PARTICIPATIVA

1. ACTIVIDADES PARA UNA PRACTICA FORMATIVA EN EL EQUIPO

Los participantes en el programa de capacitación trabajan en grupos por programa o sector en que participan en la comuna:

- *Analizan su experiencia de participación al interior del equipo local (en los distintos momentos de la programación).*
- *Proponen mecanismos que permitan una participación adecuada –de las distintas disciplinas profesionales y sectores– al interior del equipo local.*
- *Identifican las diversas experiencias en programas desarrollados en el marco del movimiento de municipio saludable,*

que se han realizado en la comuna. La participación de los distintos actores (institucionales y comunitarios) en ellos, identificando las estrategias usadas.

Señalan los facilitadores y obstáculos que se dieron en estos procesos, en torno a la interacción de los actores.

- *Se distribuyen entre los grupos estas distintas estrategias aplicadas para desarrollar experiencias participativas, analizando las mayores:*
 - ⇒ *Ventajas que representan su utilización para los equipos a cargo de las experiencias.*
 - ⇒ *Dificultades que ofrece su aplicación y los desafíos que implica.*
 - ⇒ *Contribución o aporte para el logro de mejores niveles de salud.*

Comparten en reunión plenaria las conclusiones del trabajo grupal.

2. ACTIVIDADES PARA UNA REFLEXION SOBRE LA REALIDAD EN QUE SE TRABAJA

- *¿Cuál es el concepto de planificación participativa que definiría el equipo?*
- *¿Qué sentido ve el equipo a la participación de los diversos actores locales?*
- *¿Cuáles son los espacios que existen hoy para la participación en el equipo local?*
- *¿Cuáles son los espacios que existen hoy día para la partici-*

pación de los diversos actores en la gestión y en acciones orientadas al desarrollo de un municipio saludable?

- *¿Qué aporte para este proceso ha representado el enfoque participativo?*

GUIA N°3: “EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO”

1. ACTIVIDADES PARA UNA PRÁCTICA FORMATIVA EN EL EQUIPO

- a)** *Conocer qué es un diagnóstico, su importancia y cuáles son sus características propias cuando se enfoca participativamente.*

- **Trabajo en plenario:**

- ⇒ *A partir de un paralelo con el diagnóstico médico y las herramientas que permiten su mejor formulación (exámenes de laboratorio, radiografías, interconsultas, etc.) se acuerda una definición de diagnóstico comunitario y sus herramientas.*
- ⇒ *El grupo reconoce el aporte del diagnóstico para abordar un problema, las características que debe tener y la importancia de utilizar “herramientas” apropiadas para precisarlo.*
- ⇒ *Recuerdan situaciones en que la deficiencia en el diagnóstico ha llevado a proponer soluciones que no han resultado adecuadas frente a un problema que afecta la calidad de vida de la comunidad.*

- **Trabajo de grupos:**

⇒ *La mitad de los integrantes trabaja el concepto de diagnóstico no participativo: concepto, ventajas, desventajas, experiencia en su equipo o sector en la realización de diagnósticos de este carácter y sus resultados, cómo ven la aplicación de esta práctica a futuro, en las tareas del municipio saludable.*

⇒ *La otra mitad de los integrantes trabaja los mismos puntos señalados, pero referidos al concepto de diagnóstico participativo.*

- *Comparten los resultados del trabajo de ambos grupos y acuerdan el carácter del diagnóstico que debería realizarse para programar las acciones de promoción de salud en la comuna, de acuerdo a las ventajas y desventajas identificadas, las condiciones y posibilidades del equipo de trabajo.*

b) Ejercitar las tareas del diagnóstico participativo

- **“Comisiones de trabajo”:**

Los participantes se distribuyen en 5 comisiones de trabajo, cada una de ellas estudia una de las tareas que supone el diagnóstico participativo, señaladas anteriormente: identificación de los problemas, análisis de ellos, recuento de los recursos, jerarquización de los problemas y propuesta de soluciones. Analiza la posibilidad de realizar la tarea que les corresponde en el marco del municipio saludable (con quién, con qué otros sectores o actores de la comunidad, como deberían organizarse para llevarla a cabo participativamente, qué dificultades tendrían para hacerlo).

2. ACTIVIDADES PARA UNA REFLEXION SOBRE LA REALIDAD EN QUE SE TRABAJA:

Es conveniente que los participantes del programa de capacitación reflexionen sobre estos u otros puntos:

- *Analizar un(os) problema(s) de salud de la comunidad.*
- *¿Quiénes saben sobre estos problemas?*
- *¿Quiénes participan para conseguir soluciones?*
- *Analizar los aportes posibles de cada uno.*
- *¿Qué significado tiene la realización de diagnósticos participativos de salud para un trabajo enmarcado en la estrategia de promoción de salud? (Reconocer el aporte de la visión de los diversos actores institucionales y comunitarios en este proceso).*
- *¿Qué aportes y dificultades presentaría la realización de diagnósticos participativos al desarrollo del trabajo del equipo local?*
- *¿Qué cambios demandaría al enfoque y formas en que se ha realizado el trabajo para el desarrollo de un municipio saludable y qué significarían estos cambios? (Pensar en cambios de estilos y relaciones de trabajo, pero también en los que tengan que ver con el aprovechamiento de los recursos –y la información que se tiene– o su distribución de distinta manera).*

3. TAREA PARA LOS PARTICIPANTES EN EL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN

De acuerdo a su desarrollo, experiencia y posibilidad de trabajo, el equipo en capacitación deberá escoger la tarea que llevará a cabo entre las siguientes:

- ✎ Realización de un autodiagnóstico del equipo local, para determinar las posibilidades de enfrentar o mejorar el trabajo orientado al desarrollo de un municipio saludable.*
- ✎ Planificación y organización para realizar un diagnóstico participativo de salud (con la participación del conjunto del equipo local y la comunidad).*
- ✎ Si ya se ha realizado alguna experiencia de elaboración de diagnósticos: identificar los aportes que se han recogido de él para la programación de las actividades desarrolladas por el equipo local; identificar los aportes que no se han recogido en la programación y proponer modificaciones que permitan hacerlo.*

GUIA N°4: EL MOMENTO DE LA PROGRAMACION

1. ACTIVIDADES PARA UNA PRACTICA FORMATIVA EN EL EQUIPO:

- a) Reconocer el aporte de distintos actores en la programación de las tareas de promoción de salud.*

Se acuerda un problema de salud que se estime relevante (prioritario) para la comunidad enunciándolo solamente . El

equipo en capacitación se subdivide en dos grupos para realizar un juego de roles:

- **Trabajo de grupos:**

- ⇒ *Uno de los grupos representará a integrantes de la comunidad. Los participantes de este grupo actuarán de acuerdo a las características, comportamientos, aspiraciones y riqueza de la gente de la comunidad atendida por el equipo de salud. De acuerdo a ello, definirán el problema, las causas, manifestaciones, consecuencias y necesidades de solución.*

- ⇒ *El otro grupo hace el mismo trabajo, pero representando al equipo intersectorial local.*

Ojalá, en ambos grupos, se distribuyan distintos papeles, para tratar de “apropiarse” de personajes específicos (de distintas disciplinas, funciones, profesiones u oficios o que participan en un grupo con diferentes características personales).

- ⇒ *Se reúnen ambos grupos, pensando en lograr acuerdos para poner en práctica un programa conjunto que permita solucionar el problema seleccionado.*

- **Plenario**

Luego de hecha “la reunión”, todos los integrantes conversan sobre lo que sintieron, descubrieron y plantean cómo sería (o ha sido) realizar un trabajo intersectorial y con participación de la comunidad, destacando las dificultades y los aportes que ofrece esta participación.

b) Ejercitar la programación del trabajo

Seleccionan en conjunto los objetivos determinados para algún programa o proyecto del municipio saludable.

- **Trabajo de grupos**

A partir de estos objetivos, los participantes se dividen en 4 grupos, para definir distintos elementos:

- ⇒ *El primer grupo deduce el problema que se quiere solucionar con el logro de esos objetivos.*
- ⇒ *El segundo grupo analiza si los objetivos están correctamente formulados: si todos entienden lo mismo y claramente respecto a lo que se pretende lograr, si es posible lograr esos objetivos y en qué condiciones, cómo se podría hacer una evaluación del logro de esos objetivos.*
- ⇒ *Un tercer grupo define algunas actividades que permitirían lograr los objetivos, recursos que serían necesarios y los responsables de que se lleven a cabo, pensando en que en total se cuenta con 6 meses para desarrollar ese programa de trabajo.*
- ⇒ *Por último, un cuarto grupo imagina cuál será el aporte a la promoción de salud reconocida por la comunidad en relación con esos objetivos, por qué, cómo los formularían ellos o qué otros objetivos definirían ellos como prioritarios (en el programa elegido u otro que pueda ser importante para la comunidad).*
- ⇒ *Comparan el trabajo que hicieron los diferentes grupos destacando la coherencia o incoherencias que*

se producen entre los diferentes elementos definidos y explicando el por qué de esta situación.

2. ACTIVIDADES PARA UNA REFLEXION SOBRE LA REALIDAD EN QUE SE TRABAJA

- *¿Qué dificultades o errores pueden darse con mayor frecuencia al elaborar participativamente un programa de promoción de salud? ¿Por qué? (Considerar el “escenario externo o entorno” en que se realiza el programa).*
- *¿Qué percepción tendrá la comunidad usuaria de los programas que elabora y aplica el equipo intersectorial del municipio saludable?*
- *¿En qué tipo de diagnósticos se han basado los programas de promoción de salud en su municipio?*

3. TAREA PARA LOS PARTICIPANTES

 *El equipo local se pone de acuerdo en un programa de trabajo que pueda hacerse participativamente, para contribuir a la solución de un problema identificado en el autodiagnóstico realizado en la etapa anterior (hacer un autodiagnóstico).*

 *Se organizan (crean los comités o grupos que sea necesario), distribuyen responsabilidades y **fijan** plazos para preparar y llevar a cabo el proceso de programación participativa acordado.*

El equipo en capacitación diseña un proyecto de carácter participativo que sea posible implementar a partir de programas que se desarrollan en el marco del municipio saludable (por ejemplo, capacitación de monitores para el acondicionamiento físico de adultos mayores).

GUIA N°5: "EL MOMENTO DE LA EJECUCION"

1. ACTIVIDADES PARA UNA PRACTICA FORMATIVA EN EL EQUIPO

a) *Identificar tipos de problemas que se pueden dar en el momento de ejecución, sus fuentes y formas de prevenirlos.*

- **Trabajo de grupos:**

- ⇒ *Se dividen los participantes en tres grupos, cada uno de los cuales seleccionará y analizará un problema que se hubiera producido en el desarrollo de tareas del municipio saludable:*

- *Grupo 1: problema derivado de situaciones y conflictos de interacción entre los miembros del equipo ejecutor.*
- *Grupo 2: problema derivado de un desajuste entre lo que se había programado y lo que es posible hacer en la realidad.*
- *Grupo 3: problema derivado del desconocimiento de un medio al que se llega a realizar una acción.*

- ⇒ *Dan a conocer el problema analizado al resto de los grupos (puede ser a través de una representación dramática o sociodrama de corta duración). Dan a conocer también los resultados de su análisis:*

- *qué situación facilitó la aparición del problema;*
- *cómo pudo haberse prevenido u aminorado;*
- *cuál sería la mejor solución o salida una vez que el problema se presentó.*

b) *Determinar la mejor organización para la ejecución de una tarea y practicar la elaboración de pautas o instrumentos de registro:*

- **Trabajo de grupos:**

⇒ *Los participantes se dividen en grupos (ojalá tantos grupos como actividades tengan un programa de trabajo orientado a la promoción de salud, que se lleve a cabo en el municipio). Lo ideal es que cuenten con el programa elaborado con enfoques participativos, si no se da el caso, eligen cualquiera de los programas en ejecución y:*

- *proponen la mejor organización para ejecutar esa actividad (considerar si participan personas de diferentes grupos o actores locales);*
- *elaboran los registros que estimen convenientes para hacer anotaciones mientras se ejecuta la acción.*

2. TAREA PARA LOS PARTICIPANTES EN EL PROGRAMA DE CAPACITACION

 *El equipo "monitorea" alguna de las actividades de promoción que se realizan en el marco del municipio saludable, con participación de la comunidad, reconociendo por ejemplo:*

- *Nivel de participación de la comunidad (¿es adecuado?, ¿podría ser distinto?, etc.)*
- *Idoneidad de los métodos que se emplean para llevar a cabo la actividad.*
- *Logros de la actividad, relacionados con los objetivos generales que se propone el equipo al realizar trabajo comunitario.*

- *Cambios que se producen en el contexto o medio en que se desarrolla la actividad monitoreada.*
- ✎ *Determina estas u otras áreas que le interese detectar a través del monitoreo. Elabora una pauta para realizarlo. Ojalá integre a miembros de la comunidad a esta tarea.*
- ✎ *Organiza una exposición que permita al resto del equipo de salud y al público atendido, informarse sobre los resultados del monitoreo, destacando los avances en la realización de un trabajo de carácter participativo y el grado de satisfacción del equipo de salud por haber vivido una experiencia de trabajo compartido.*

GUIA N°6: EL MOMENTO DE LA EVALUACION

1. ACTIVIDADES PARA UNA PRACTICA FORMATIVA EN EL EQUIPO

- a) *Conocer el concepto de evaluación, sus características y sentido en un proceso de programación participativa local.*
 - *Trabajo de grupos:*
 - ⇒ *Los participantes se reúnen por programas o equipos que existen en el municipio.*
 - ⇒ *Cada persona da una breve opinión sobre el aporte que entrega su trabajo y los problemas que encuentra para realizarlo.*
 - ⇒ *Cada uno cuenta qué sabe y qué opina sobre los resultados del programa o equipo en que ellos participan.*

- ⇒ *Reflexionan y se ponen de acuerdo en la influencia que puede tener para las personas que participan o trabajan en un programa, conocer los resultados generales del programa en que actúan.*
- ⇒ *Hacen una pauta que contenga los diversos aspectos que consideren de interés conocer en la evaluación de su programa.*
- ⇒ *Comparten sus conclusiones con los demás grupos.*

b) *Elaborar, adaptar y usar instrumentos para la evaluación participativa*

- ⇒ *Los mismos grupos, se proponen realizar una evaluación participativa (con participación de la comunidad usuaria de alguna(s) acción(es) que ellos realizan, utilizando instrumentos que permitan ser aplicados en grupo.*

Puede tratarse de juegos de simulación, pautas para recoger opiniones o realizar reuniones de evaluación, fotos, filmaciones u otros similares, que faciliten la expresión e intercambio de opiniones de las personas que participen en la evaluación (se sugiere conocer material utilizado como apoyo para la educación participativa).

- ⇒ *Seleccionan, toman ideas o adaptan alguno de los materiales revisados, para decidir qué instrumento utilizarán para recoger las opiniones de los usuarios del programa, en la evaluación participativa.*
- ⇒ *Prueban el instrumento seleccionado o elaborado, eligiendo a un "monitor" que lo aplique a otro de los grupos.*

2. TAREA PARA LOS PARTICIPANTES EN EL PROGRAMA DE CAPACITACION

- ✎ *Seleccionan una o varias acciones de promoción realizadas en el municipio que puedan ser evaluadas con la participación de las personas usuarias.*

- ✎ *Programan y llevan a la práctica una evaluación participativa de ellas.*

HACEN UNA EXPOSICION DEL PROCESO Y RESULTADOS DE LA EVALUACION REALIZADA, INCLUYENDO LOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA RECOGER LAS OPINIONES.

ANEXO II

GLOSARIO

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Este glosario se complementa con las definiciones destacadas en recuadros en el texto.

- Accesibilidad:** Facilidad con la que los usuarios pueden obtener asistencia sanitaria, frente a las barreras financieras, organizativas, geográficas y culturales.
- Actor social:** Individuo, grupo, organización o institución que actúa en representación de sus intereses con el propósito de realizarlos. Cada actor en un espacio local, cuenta con cierta posición, cantidad de poder y capacidad, de oportunidad para obtener sus objetivos, dentro de un contexto de relaciones y sistemas complejos de interacciones. Para realizar sus intereses deberá formular propuestas y negociarlas.
- Atención integral:** El carácter integral está indicado por la sustitución del tratamiento a la enfermedad de cada individuo por su atención continuo, dentro de un ambiente familiar y social con una orientación de salud positiva. Se incluye no sólo esfuerzos curativos sino un número importante y creciente de acciones de promoción de la salud. La atención integral se sitúa en todo el ciclo vital y en la dimensión biopsica social del hombre y su relación con el entorno.
- Atención primaria:** En el marco de una estrategia y no como un nivel de atención se define como asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad

y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación.

Beneficiario: Se refiere a las personas y grupos familiares que tienen derecho de acudir y ser atendidos por determinado sistema. En los últimos años se ha ido reemplazando este término de persona beneficiada pasivamente, por el de **usuario** y para algunos casos, **cliente**, dándole un sentido de ser centro y sujeto activo de la atención, el cual debe ser potenciado en sus capacidades de ejercer sus derechos ciudadanos por obtener una atención oportuna, eficiente y libre de riesgos, practicándose el control social.

Calidad de la atención: Atención centrada en el usuario en base a sus necesidades, aspiraciones e intereses. El concepto de calidad, está vinculado a la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un óptimo nivel técnico, calidad en las relaciones interpersonales; teniendo en cuenta los recursos disponibles y orientada a lograr la adhesión y satisfacción del usuario.

Calidad de vida: Situación que engloba las diferentes dimensiones que determina el grado de bienestar integral de las personas o de una población; por esta razón la calidad de vida no se expresa sólo en parámetros económicos o materiales sino sociales, psicológicos y ambientales, los que a su vez deben estar en armonía con la historia, tradición y cultura de esa población.

Centro de salud del nivel primario (consultorio, dispensario u otros):

Se refiere a los establecimientos del sistema público de salud, en los que se produce el primer contacto con los usuarios. Cuentan con una menor capacidad resolutive frente a patologías complejas, sin embargo, su inserción en el espacio local, así como la orientación relevante de sus acciones hacia la promoción y prevención, sin excluir actividades de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, permiten una atención integral y gran potencialidad para aportar al mejoramiento de la calidad de vida de la población. Este tipo de acciones, no pueden llevarse a cabo con plenitud, sin la participación de la población usuaria en la gestión del centro de salud.

Comunidad:

Personas (usuarios), familias, organizaciones sociales e instituciones que comparten problemas y percepciones sobre una realidad o situación común, pudiendo habitar o no en un sector geográfico determinado.

Criterios:

Elementos predeterminados de la asistencia o de algún procedimiento de trabajo comunitario (ej. criterios para la priorización de problemas). Representan las características óptimas con las que se pueden comparar o hacia las que deben tender los procesos reales de un servicio o procedimiento. Los criterios son determinados habitualmente por los actores de los procesos de atención y gestión de salud. Para hacerlo, se basan en sus conocimientos, experiencias, competencias, consulta a expertos o a literatura especializada.

Desarrollo local:

Concepto que considera al desarrollo como un proceso integral de ampliación de las oportunidades para las personas, grupos sociales y comunidades que comparten un territorio específico de mediana o pequeña escala (provincia,

comuna, distrito, etc.). Se genera, en gran medida, a partir de la movilización de las distintas capacidades y recursos de la propia población local en favor del bien común, desde el punto de vista social, económico y político.

Descentralización: Proceso de traspaso de atribuciones de un organismo central a otro periférico (con criterios fundamentalmente geográficos, aunque también pudieran ser funcionales). No supone sólo desconcentración, sino autoridad y legitimidad del nuevo organismo descentralizado para tomar decisiones de carácter estratégico, con atribuciones políticas, legales y recursos propios para ello.

Disponibilidad: Circunstancias de tiempo, recursos y organización de trabajo bajo las cuales se ofrecen los servicios sanitarios al público.

Eficiencia: La categoría eficiencia expresa una relación de producción obtenida de recursos utilizados, donde se busca optimizar la productividad de un sistema, sea maximizando productos por unidad de insumo o minimizando los insumos por unidad de producto. Aunque siempre en cualquier sistema se debe buscar una productividad óptima, en relación a las acciones en salud se debe trabajar con una categoría más amplia como la de eficiencia social, es decir, una relación de resultado social entre la producción y el costo social de los recursos utilizados.

Eficacia: Igual que en eficiencia, el concepto económico rígido de eficacia, o sea, la relación entre la cantidad de recursos, actividades o resultados programados y la cantidad efectivamente obtenida (grado de cumplimiento de las metas) es limitada para la fijación de objetivos en un sistema de salud.

Se propone introducir más bien el concepto de eficacia social y epidemiológica en que se asocian indicadores de cantidad y calidad sobre los procesos de impacto.

Efectividad: Se utiliza a menudo en la bibliografía en relación a la eficacia, pues se centra en los resultados. En forma simple podría señalarse que un sistema es efectivo cuando las cosas se hacen bien, con la menor cantidad de recursos sin descuidar la calidad, logrando los resultados propuestos.

Empowerment: Consecución de la autonomía personal y capacidad de tomar decisiones mediante el desarrollo y utilización de las habilidades necesarias para decidir tomar respecto a la propia salud, la de su familia y su comunidad. En términos amplios se refiere a un concepto político con características de revolución cultural, con cambio de mentalidad, de autoimagen, actitudes, modo de actuar, haciéndose cargo de sus capacidades, saberes y derechos.

Enfoque

biosicosocial: Ver paradigma biosicosocial.

Enfoque sistémico:

Modelo de análisis que implica una mirada distinta de la realidad, donde el énfasis de este análisis no está puesto en los elementos aislados sino en sus relaciones e interacciones. Cualquier cambio al interior del sistema va a repercutir transformándolo en su totalidad e incluso al entorno con que interactúa. El enfoque sistémico supone considerar de manera relevante la capacidad de un sistema para generar las transformaciones que le permiten adaptarse a las exigencias del contexto, reconociendo a las necesidades al mismo tiempo como carencia y potencialidad.

- Equidad:** Se expresa como la distribución racional de los beneficios, que permite focalizarlos a quienes tienen mayores necesidades, cuentan con menores recursos, se encuentran en condiciones socioeconómicas desfavorables y están expuestos a mayores riesgos de enfermedad. Está orientada a disminuir las desigualdades entre los distintos grupos de la población.
- Estructura:** Se refiere a los recursos (materiales y humanos) y a su organización para otorgar la atención de salud o desarrollar determinadas estrategias. Los indicadores de estructura permiten medir aspectos de la planta física, insumos, recursos humanos y organización del sistema.
- Impacto:** Se refiere a los efectos del desarrollo de programas, sobre la población. Son los resultados que se proyectan a más largo plazo y en forma indirecta y pueden ser considerados o no, desde el momento en que se diseña una intervención.
- Misión:** Es la razón de ser, el campo de acción de la institución. Representa el carácter distintivo de la organización, lo que la diferencia de otras organizaciones y comprende los propósitos, independientes del marco temporal. Debe ser conocida y compartida por todos los integrantes de la organización, de manera que promueva la solidaridad con ella, la cohesión del grupo y el sentido de superación.
- Paradigma:** Marco de referencia que permite compartir análisis y propuestas sustentadas en ciertas "leyes" o principios aceptados como básicos de un modelo interpretativo.

Paradigmas en salud:

Para definir los enfoques y prioridades de la atención de salud de la población, existen, en la actualidad, dos paradigmas fundamentales y opuestos:

El paradigma biomédico releva aspectos relacionados con responder frente a la enfermedad, con el apoyo de recursos de ciencias y profesionales del área médica. En este caso, la organización y énfasis de los sistemas de salud deben estar centrados en el desarrollo de factores biológicos, de “capacidad orgánica” para resolver procesos patológicos.

El paradigma biopsicosocial reconoce nuevos y diversos condicionantes de la situación de salud de las personas, además de los factores biológicos, los psicológicos, sociales, económicos, ecológicos, etc., considerando la necesidad del desarrollo de todos ellos para el logro de mejores niveles de salud de la población.

Plan:

Se elaboran a partir de las prioridades generales establecidas en las políticas sociales, lo que permite plasmar en modelos determinados estas prioridades, en los que se relacionan recursos y fines en un plazo y secuencia temporal definidos. Es la suma de programas establecidos para la consecución de objetivos comunes. Ordena los objetivos centrales en términos intersectoriales e intrasectoriales, de acuerdo a las estrategias que se derivan de las políticas sociales, que poseen carácter general.

Plan estratégico:

Es un marco de trabajo para llevar a cabo el pensamiento estratégico, dirección y acción dirigidos a lograr resultados consistentes y planificados.

Políticas sociales:

Constituyen respuestas estructuradas del Estado para cumplir funciones de su responsabilidad, relacionadas con acciones orientadas a satisfacer necesidades de grupos sociales o individuos afectados por problemas específicos, quienes no pueden resolverlos por sus propios medios. Basadas en planteamientos políticos más generales que sostienen los gobiernos, están regidas principalmente y en todo momento, por el principio de equidad. Las políticas sociales son de carácter general, establecen prioridades con enfoques intersectoriales y globales, en un contexto *teórico*, histórico y espacial determinado.

Prevención:

Corresponde a una de las tres grandes estrategias de la salud pública (promoción, prevención y recuperación). Las acciones de prevención están referidas a evitar un posible daño de la salud, orientadas a “adelantarse” a la amenaza, tomando medidas para evitar la aparición del daño (ej. vacunación para evitar ciertas enfermedades) y tienen o pueden tener un carácter individual.

A diferencia de ellas, las acciones de **promoción** no se definen en relación a términos negativos (posible enfermedad o daño, sino positivos (más salud) y en cierto modo han reemplazado lo que se conocía como fomento de la salud. Están orientadas a actuar sobre los determinantes de la situación de salud de manera integral, buscando el desarrollo de las diferentes condiciones que influyen en la calidad de vida de las personas y comunidades (ej. mejoramiento de viviendas, de condiciones sanitarias, de niveles educativos). Por esta razón, tienen mayor impacto cuando se realizan sobre comunidades enteras, con la participación y compromiso de todos los sectores y actores sociales involucrados.

- Programa:** Se elaboran para atender en forma continua un conjunto delimitado de problemas o necesidades de grupos específicos de la población (ej. programas infantiles, del adulto mayor, etc.) estableciendo áreas de concentración (o focalización), con el fin de optimizar la utilización de recursos existentes para el logro de objetivos desagregados en ámbitos concretos. Los programas permiten la operacionalización de las respuestas del Estado, definidas de manera general en las políticas sociales y en los planes, frente a necesidades de los diversos grupos sociales. Pueden estar constituidos por un conjunto de proyectos orientados hacia los mismos objetivos, entre los que el programa establece prioridades de intervención o acción.
- Proyecto:** Unidad mínima de ejecución, o la más operativa dentro del proceso de planificación, constituyendo el eslabón final de ese proceso. Es la planificación de un conjunto de actividades interrelacionadas y coordinadas con el fin de alcanzar objetivos específicos, dentro de los límites de un presupuesto y un período de tiempo dado. Está orientado a la producción de determinados bienes o a prestar servicios específicos y acotados.
- Satisfacción usuario:** Un estado de satisfacción entendido como la valoración de lo recibido como técnicamente bueno, humanamente agradable y una contribución a resolver un problema físico o psicosocial. El concepto tiene relación con **Calidad de la atención** que pudiera definirse como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, con los recursos disponibles, logrando la adhesión y satisfacción del usuario. Por último vale la pena citar en esta relación, el resultado buscado por el sistema que refleja el éxito por cubrir las expectativas de los usuarios, es decir,

el grado de satisfacción que es la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumple con las expectativas del usuario.

Trabajo en equipo:

Método que facilita a un grupo organizado de personas enfrentar programas, proyectos o actividades tras un fin común, lo que permite que a pesar de las diferencias que puedan existir y ser discutidos al interior del equipo, el trabajo se realice en armonía y con entusiasmo, se caracteriza por supeditar los intereses particulares a los objetivos compartidos. De esta manera, los integrantes del equipo trabajan unidos, sin competitividad, asignando tareas de manera democrática, de acuerdo a las competencias, potencialidades e intereses de cada uno.

Trabajo o equipo interdisciplinario:

Un equipo interdisciplinario está compuesto por personas formadas en diferentes disciplinas profesionales y técnicas, desde distintas vertientes de las ciencias (sociales, naturales, de la salud u otras), cuyos conocimientos específicos, capacidades, habilidades y experiencias se complementan facilitando un trabajo integral acorde a la realidad y, por lo tanto, más efectivo.

Trabajo o equipo transdisciplinario:

También se refiere a un equipo de trabajo con integrantes de diversas disciplinas, sin embargo, en este caso, los límites de las funciones específicas son muchos más flexibles, de manera que las diversas personas asumen tareas de carácter más general, aportando sin rigidez sus competencias propias.

Visión:

Es una declaración permanente de una institución o servicio, cuya finalidad es comunicar la naturaleza de la existencia de la organización en términos de propósito, ámbito de acción, principios orientadores y objetivos de desempeño. Comprende la misión, las políticas y la filosofía.

ANEXO III

DECLARACIÓN DE JAKARTA SOBRE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL SIGLO XXI

Julio 1997

ANTECEDENTES

La 4ª. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud — Nuevos actores para una nueva era: llevar la promoción de la salud al siglo XXI— se celebra en un momento crítico para la formulación de estrategias internacionales de salud. Han transcurrido casi 20 años desde que los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud contrajeron el ambicioso compromiso de adoptar una estrategia mundial de salud para todos y observar los principios de atención primaria de salud establecidos en la Declaración de Alma-Ata. Han pasado 10 años desde que se celebró la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud en Ottawa (Canadá). Como resultado de esa conferencia se publicó la Carta de Ottawa para la promoción de la salud, que ha sido fuente de orientación e inspiración en ese campo desde entonces. En varias conferencias y reuniones internacionales subsiguientes se han aclarado la importancia y el significado de las estrategias clave de promoción de la salud, incluso de las referentes a una política pública sana (Adelaide, 1988) y a un ambiente favorable a la salud (Sundsvall, 1991).

La 4ª. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, organizada en Jakarta, es la primera en celebrarse en un país en desarrollo y en dar participación al sector privado en el apoyo a la promoción de la salud. Ofrece una oportunidad de reflexionar sobre lo aprendido con respecto a la promoción eficaz de la salud, reconsiderar los factores determinantes de la salud y señalar los derroteros y estrategias necesarios para resolver las dificultades de promoción de la salud en el siglo XXI.

La promoción de la salud es una valiosa inversión

La salud es un derecho humano básico e indispensable para el desarrollo social y económico.

Con frecuencia cada vez mayor, se reconoce que la promoción de la salud es un elemento indispensable del desarrollo de la misma. Se trata

de un proceso de capacitación de la gente para ejercer mayor control de su salud y mejorarla. Por medio de inversiones y de acción, la promoción de la salud obra sobre los factores determinantes de la salud para derivar el máximo beneficio posible para la población, hacer un aporte de importancia a la reducción de la inequidad en salud, garantizar el respeto de los derechos humanos y acumular capital social. La meta final es prolongar la esperanza de salud y reducir las diferencias en ese sentido entre países y grupos.

La Declaración de Jakarta sobre la Promoción de la Salud ofrece una visión y un punto de enfoque de la promoción de la salud en el siglo venidero. Refleja el firme compromiso de los participantes en la 4ª. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud de hacer uso de la más amplia gama de recursos para abordar los factores determinantes de la salud en el siglo XXI.

Factores determinantes de la salud: nuevos desafíos

Los requisitos para la salud comprenden la paz, la vivienda, la educación, la seguridad social, las relaciones sociales, la alimentación, el ingreso, el empoderamiento de la mujer, un ecosistema estable, el uso sostenible de recursos, la justicia social, el respeto de los derechos humanos y la equidad. Sobre todo, la pobreza es la mayor amenaza para la salud.

Las tendencias demográficas, como la urbanización, el aumento del número de ancianos y la prevalencia de enfermedades crónicas, los hábitos de vida sedentaria cada vez más arraigados, la resistencia a los antibióticos y otros medicamentos comunes, la propagación del abuso de drogas y de la violencia civil y doméstica, amenazan la salud y el bienestar de centenares de millones de personas.

Las enfermedades infecciosas nuevas y reemergentes y el mayor reconocimiento de los problemas de salud mental exigen una respuesta urgente. Es indispensable que la promoción de la salud evolucione para adaptarse a los cambios de los factores determinantes de la salud.

Varios factores transnacionales tienen también un importante efecto en la salud. Entre ellos cabe citar la integración de la economía mundial, los mercados financieros y el comercio, el acceso a los medios de información y a la tecnología de comunicación y la degradación del medio ambiente por causa del uso irresponsable de recursos.

Estos cambios determinan los valores, los modos de vida durante el ciclo de vida y las condiciones de vida en todo el mundo. Algunos, como el desarrollo de la tecnología de comunicaciones, tienen mucho potencial para la salud; otros, como el comercio internacional de tabaco, acarrearán un importante efecto desfavorable.

La promoción de la salud crea una situación diferente

Las investigaciones y los estudios de casos de todo el mundo ofrecen pruebas convincentes de que la promoción de la salud surte efecto. Las estrategias de promoción de la salud pueden crear y modificar los modos de vida y las condiciones sociales, económicas y ambientales determinantes de la salud.

La promoción de la salud es un enfoque práctico para lograr mayor equidad en salud.

Las cinco estrategias de la Carta de Ottawa son indispensables para el éxito:

- la elaboración de una política pública favorable a la salud,
- la creación de entornos propicios,
- el reforzamiento de la acción comunitaria,
- el desarrollo de las aptitudes personales,
- la reorientación de los servicios sanitarios.

Actualmente se ha comprobado con claridad lo siguiente:

- Los métodos integrales de desarrollo sanitario son los más eficaces. Los basados en el empleo de combinaciones de las cinco estrategias son más eficaces que los centrados en un solo campo.

- Diversos entornos ofrecen oportunidades prácticas para la ejecución de estrategias integrales. Entre ellos cabe citar megalópolis, islas, ciudades, municipios y comunidades locales, junto con sus mercados, escuelas, lugares de trabajo y establecimientos asistenciales.
- La participación es indispensable para mantener el esfuerzo desplegado. Para lograr el efecto deseado, la población debe estar en el centro de la actividad de promoción de la salud y los procesos de adopción de decisiones.
- El aprendizaje sobre la salud fomenta la participación. El acceso a la educación y la información es esencial para lograr una participación efectiva y la habilitación de la gente y las comunidades.

Estas estrategias son elementos básicos de la promoción de la salud y son de importancia para todos los países.

Se necesitan nuevas respuestas

Para combatir las amenazas nacientes para la salud, se necesitan nuevas formas de acción. En los años venideros, la dificultad estará en liberar el potencial de promoción de la salud inherente a muchos sectores de la sociedad en las comunidades locales y dentro de las familias.

Existe una obvia necesidad de cruzar los límites tradicionales dentro del sector público, entre las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales y entre los sectores público y privado. La cooperación es fundamental. En particular, esto exige la creación de nuevas asociaciones para la salud en pie de igualdad entre los diferentes sectores de todos los niveles de gobierno en las sociedades.

Prioridades para la promoción de la salud en el siglo XXI

1. Promover la responsabilidad social por la salud

Las instancias decisorias deben comprometerse firmemente a cumplir con su responsabilidad social. Es preciso que los sectores público y privado promuevan la salud siguiendo políticas y prácticas que:

- eviten perjudicar la salud de otras personas,
- protejan el medio ambiente y aseguren el uso sostenible de los recursos,
- restrinjan la producción y el comercio de bienes y sustancias intrínsecamente nocivos, como el tabaco y las armas, así como las prácticas de comercialización perjudiciales para la salud,
- protejan al ciudadano en el mercado y al individuo en el lugar de trabajo,
- incluyan evaluaciones del efecto sanitario concentradas en la equidad como parte integrante de la formulación de políticas.

2. Aumentar las inversiones en el desarrollo sanitario

En muchos países, la inversión actual en salud es insuficiente y a menudo ineficaz. El aumento de la inversión en el desarrollo sanitario exige un enfoque verdaderamente multisectorial, que comprenda más recursos para los sectores de educación, vivienda y salud. Una mayor inversión en salud y la reorientación de la inversión existente en las esferas nacional e internacional puede fomentar mucho el desarrollo humano, la salud y la calidad de la vida.

Las inversiones en salud deben reflejar las necesidades de ciertos grupos, como las mujeres, los niños, los ancianos, los indígenas y las poblaciones pobres y marginadas.

3. Consolidar y ampliar las asociaciones en pro de la salud

La promoción de la salud exige asociaciones en pro de la salud y el desarrollo social entre los diferentes sectores en todos los niveles

del gobierno y de la sociedad. Es preciso fortalecer las asociaciones establecidas y explorar el potencial de formación de otras.

Las asociaciones son de mutuo beneficio en lo que respecta a la salud por el hecho de compartir conocimientos especializados, aptitudes y recursos. Cada una debe ser transparente y responsable y basarse en principios de ética acordados y de entendimiento y respeto mutuos. Es preciso observar las directrices de la OMS.

4. Ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo

La promoción de la salud es realizada por la gente y junto con ella, sin que se le imponga ni entregue. Amplía la capacidad de la persona para obrar y la de los grupos, organizaciones o comunidades para influir en los factores determinantes de la salud.

La ampliación de la capacidad de las comunidades para la promoción de la salud exige educación práctica, adiestramiento para el liderazgo y acceso a recursos. El empoderamiento de cada persona requiere acceso seguro y más constante al proceso decisorio y los conocimientos y aptitudes indispensables para efectuar cambios.

Tanto la comunicación tradicional como los nuevos medios de información apoyan este proceso. Se deben aprovechar los recursos sociales, culturales y espirituales de una forma innovadora.

5. Consolidar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud

Para consolidar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud es preciso buscar nuevos mecanismos de financiamiento en las esferas local, nacional y mundial. Hay que crear incentivos para influir en las medidas tomadas por los gobiernos, organizaciones no gubernamentales, instituciones educativas y el sector

privado para asegurarse de maximizar la movilización de recursos para la promoción de la salud.

Los “entornos para la salud” son la base orgánica de la infraestructura necesaria para la promoción de la salud. Los nuevos desafíos que presenta la salud significan que se necesita crear nuevas y diversas redes para lograr colaboración intersectorial. Esas redes deben proporcionarse asistencia en los ámbitos nacional e internacional y facilitar el intercambio de información sobre qué estrategias surten efecto en qué entornos.

Conviene alentar el adiestramiento y la práctica de los conocimientos de liderazgo en cada localidad para apoyar las actividades de promoción de la salud. Se necesita ampliar la documentación de experiencias de promoción de la salud por medio de investigaciones y preparación de informes de proyectos para mejorar el trabajo de planificación, ejecución y evaluación.

Todos los países deben crear el entorno político, jurídico, educativo, social y económico apropiado para apoyar la promoción de la salud.

Llamamiento a la acción

Los participantes se han comprometido a compartir los mensajes claves de la Declaración con sus respectivos gobiernos, instituciones y comunidades, poner en práctica las medidas propuestas y rendir el informe correspondiente a la 5ª. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud.

Con el fin de acelerar el progreso hacia la promoción de la salud mundial, los participantes respaldan la formación de una alianza mundial para la promoción de la salud, cuya meta será fomentar las prioridades de acción para la promoción de la salud expresadas en la presente declaración.

Las prioridades para la alianza comprenden:

- crear más conciencia de la variabilidad de los factores determinantes de la salud,
- apoyar el establecimiento de actividades de colaboración y de redes de desarrollo sanitario,
- movilizar recursos para la promoción de la salud,
- acumular conocimientos sobre prácticas adecuadas,
- permitir el aprendizaje compartido,
- promover la solidaridad en la acción,
- fomentar la transparencia y la responsabilidad ante el público en la promoción de la salud.

Se hace un llamamiento a los gobiernos nacionales a que tomen la iniciativa de alentar y patrocinar el establecimiento de redes de promoción de la salud dentro de sus países y entre unos y otros.

Los participantes en la Reunión de Jakarta 97 pidieron a la OMS que encabezara la creación de una alianza mundial para la promoción de la salud y facultara a los Estados Miembros para poner en práctica los resultados de la Conferencia. Como parte clave de esa función, la OMS debe conseguir la participación de los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales, los bancos de desarrollo, los organismos de las Naciones Unidas, los órganos interregionales, las entidades bilaterales, el movimiento laboral, las cooperativas y sector privado en la propuesta de medidas prioritarias para la promoción de la salud.



Organización Panamericana de la Salud

ISBN: 92 75 32259 7

Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud No.41

PXE41