

**TRABAJO PARA SER PRESENTADO EN EL 5to CONGRESO URUGUAYO DE CIENCIA POLITICA- QUE CIENCIA POLITICA para que DEMOCRACIA?. 7 al 10 de Octubre –Montevideo Uruguay**

**Mirian Ruth Maldonado**  
maldonado.mirian1@gmail.com

**María Emilia Ocampo**  
emiocampo26@hotmail.com

**CENTRO UNIVERSITARIO REGIONAL ZONA ATLANTICA - UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE**

**AREA TEMATICA N° 21: POLITICAS PUBLICAS.**

**Tema:**

**“SALUD Y PARTICIPACION CIUDADANA: EL ROL DE LOS CONSEJOS LOCALES DE SALUD EN LA PROVINCIA DE RIO NEGRO”**

**Resumen:** El presente artículo presenta algunos núcleos problemáticos en torno a la nueva relación entre el Estado y la Sociedad Civil. Intenta reflexionar sobre el funcionamiento de un subsector de la en Salud Pública: los *Consejos Locales de Salud*. Para ello se recurre al análisis del marco legal, la ley 2570, denominada “Reformulación Administrativa para el subsector de salud de la Provincia de Rio Negro” Los aspectos sobre los cuales se profundiza son: el espíritu y los fundamentos de la norma, las características del nuevo modelo, la implementación de la ley, los instrumentos de participación, el rol del Estado y la relación con la ciudadanía. Por último, se ponen de manifiesto algunos aciertos y limitaciones que se de la participación ciudadana en las políticas publicas.

Este trabajo forma parte del Proyecto de Investigación que tiene como objetivo analizar la producción de Bienestar en la Provincia de Rio Negro desde el 2001 hasta la actualidad.

**Palabras claves:** ciudadanía, participación, Estado, política de salud

**1. Introducción**

Las políticas que promueven la participación social han sido introducidas en diferentes etapas del desarrollo de la salud, y la descentralización de los sistemas de salud viene acompañando este proceso. Es así que, en los ochenta fue orientada hacia la atención primaria de salud y por medio del mecanismo de descentralización se buscaba acercar los servicios de salud a la población, con el objeto de que estos fueran mas receptivos a las necesidades locales y favorecieran la colaboración de la comunidad. En la década del noventa se produce un cambio fundamental en la orientación de las reformas de los sistemas de salud, que aparece dominada por las preocupaciones económicas y en las que sin embargo, la descentralización sigue siendo una política ampliamente difundida. (Vázquez, Sequeira, Kruze, Da Silva, Leite, 2000)

Gonzales Bombal ( 2003), sostiene que las tendencias y modelos de participación social en el sector salud parecieron ser funcionales a las políticas de descentralización sanitaria promovidas por los diferentes niveles de gobierno en la década del 90; Dichas políticas impulsaron la transferencia de espacios de decisión, responsabilidades de gestión y en menor medida recursos a unidades subnacionales y provinciales; asumiendo que los ámbitos locales contaban con mayor información para la toma de decisiones y se encontraban en mejores condiciones para promover la participación de los usuarios en la gestión de los servicios.

En este contexto, la Provincia de Río Negro, sanciona la Ley 2570, denominada “*Reformulación Administrativa para el Subsector de salud de la Provincia de Río Negro*”. El espíritu de la norma contempla la definición de un marco global e ideológico, sobre la base de los principios de equidad, solidaridad y especialmente la recuperación del rol del Estado y su vinculación con la Sociedad Civil. A partir de esta normativa, se delinearán estructuras participativas con poder de decisión como son los *Consejos Locales de Salud*.

En los últimos años, organizaciones internacionales, Estados y organizaciones civiles vienen debatiendo diferentes tópicos que hacen a los desafíos de la participación social en el campo de la salud. Es decir, cuáles son las acciones que actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad para identificar problemas y necesidades y definir prioridades y formular propuestas, están llevando a cabo tendientes al desarrollo de la salud

El trabajo parte de algunos enfoques teóricos que dan sustento al presente documento considerando las exigencias que plantea el contexto actual a las organizaciones públicas en términos de capacidad de respuesta a los problemas públicos más relevantes y prioritarios en el campo de la salud. En este sentido, se revisan algunos modelos e instrumentos de participación ciudadana, que nuevas relaciones se plantean entre el Estado y la ciudadanía a partir del surgimiento de los mismos y puntualmente que características y transformaciones tuvo este proceso en la Provincia de Río Negro.

## **2. Participación ciudadana: tendencias y modalidades predominantes como formas de apropiación política de las problemáticas de salud.**

Durante la década del 90, se advierte una proliferación y diversificación de los mecanismos de participación ciudadana en la gestión pública en Latinoamérica, especialmente en los países del Cono Sur. Chiara y Di Virgilio (2005), señalan que esta situación tuvo que ver con las demandas planteadas por organismos multilaterales de crédito –Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo- de aumentar la participación de las organizaciones no gubernamentales y Organizaciones de la Sociedad Civil en la ejecución de programas y proyectos.

La participación en salud puede tener una vertiente comunitaria, pero también una dimensión individual; desde esta perspectiva varios autores han tratado de elaborar una definición de participación que abarque diferentes formas de interacción con los servicios de salud. Bronfman y Gleizer (1994) entienden a la participación como “la incorporación de la población o de sectores de ella, en grados y formas variables, a alguna actividad específica relacionada con la salud”.

Estos nuevos mecanismos de participación en el sector salud amplían la concepción de los derechos de ciudadanía en salud. Hasta el momento los ciudadanos eran considerados usuarios, es decir simples destinatarios de los servicios, con poca injerencia en las decisiones sobre la calidad y la cantidad de prestaciones. Esta nueva mirada, según sostiene Javier Pereira (2009), reconoce en los usuarios la potestad de participar activamente en la definición de prioridades, asignación de recursos, toma de decisiones y en el control social de las autoridades hospitalarias, equipos de salud y autoridades sanitarias.

Según el autor mencionado, se pueden distinguir distintos *factores* que estimulan el desarrollo de mecanismos de participación en salud:

<b>Factores</b>	<b>Incidencia</b>
Reformas de equidad	La búsqueda de equidad requiere de espacios de

	participación para adaptar la oferta de servicios a las necesidades específicas de los grupos de riesgos
Enfoque de promoción en salud	El enfoque de promoción requiere del involucramiento comunitario y ciudadano para la incorporación de hábitos y practicas saludables y el auto-cuidado
Políticas de descentralización	La transferencia de servicios a niveles municipales y regionales suele abrir nuevos espacios para la consulta ciudadana y la participación en la toma de decisiones en nivel de implementación local de los servicios
Ampliación de la noción de derechos	La ampliación de derechos de ciudadanía reconoce en el ciudadano la capacidad y la necesidad de comprometerse con la gestión pública como herramienta de democratización del aparato estatal.

Cabe destacar que, los factores identificados han estimulado el desarrollo de mecanismos de participación en el campo de la salud, como parte de las tendencias de cambio en las políticas públicas de la región. Ahora bien, si nos planteamos como interrogantes cuales son los mecanismos o instrumentos de participación social posibles de ser implementados observamos que existen diferentes formas de lograrlo. En este sentido, Pereyra (2009) afirma que, los mecanismos o instrumentos pueden variar según el objetivo central de la política. Se pueden desarrollar estrategias para informar a la población sobre la prevención de enfermedades, promover buenas prácticas en el cuidado de la salud, difundir nuevos servicios o lugares de atención, entre otras cuestiones. Esta práctica es pasible de ser plasmadas en campañas de difusión y sensibilización, dirigida especialmente a los sectores alejados de los centros de atención en salud. Así, es muy útil la formación de agentes comunitarios, sanitarios y/o promotores en salud, que cumplen el rol de modificar hábitos.

Otro mecanismo puede estar vinculado a la necesidad de las autoridades de evaluar los servicios ofrecidos, este medio permite identificar demandas no satisfechas. Es posible aplicar encuestas mediante entrevistas telefónicas o cuestionarios a usuarios con la finalidad de relevar la calidad del servicio. Asimismo, algunos centros de salud contienen buzones donde los usuarios pueden dejar sugerencias o enviarlas por correo electrónico con la desventaja de que solo pueden contestar o sugerir los más informados y además no todos los centros están equipados para monitorear los comentarios y/o sugerencias recibidas.

El autor expresa que una estrategia que ha sido muy útil para fortalecer la relación entre los usuarios y los equipos de salud se relaciona con la conformación de los “*consejos de salud*” o “*comités de usuarios*”. Ambas figuras representan espacios de diálogo entre los administradores y los usuarios del servicio (o sus representantes) con la finalidad de diagnosticar problemas y examinar propuestas e incorporar insumos para mejorar los servicios. Los comités de usuarios, que se implementan en los hospitales, se han convertido en aliados de los equipos de salud permitiendo identificar problemas en la calidad y la pertinencia y han permitido mejorar la relación entre el equipo médico y los pacientes. Por su parte, los Consejos de Salud que suelen organizarse en municipios o comunas, han posibilitado a las autoridades locales realizar diagnósticos participativos con representantes de las organizaciones territoriales, identificando áreas problemáticas de atención y recogiendo apoyos para nuevas iniciativas y la puesta en marcha de nuevos servicios.

Otros autores, manifiestan que la participación colectiva en salud puede llevarse a cabo de forma más o menos continua mediante mecanismos establecidos. Uno de ellos puede ser la elección de representantes para los distintos órganos de gobierno. En este sentido, Klein (1984) considera que estos mecanismos de participación no tienen capacidad suficiente para influir en las políticas de salud. A veces, se forman comisiones mixtas formadas por representantes de instituciones de salud y otras fuerzas sociales; También puede ocurrir que se lleven a cabo acciones por temas específicos y se recurra a la recolección de firmas, manifestaciones o visitas a las autoridades organizadas colectivamente. Desde la *dimensión individual* la participación puede caracterizarse por el uso de mecanismos de expresión de opinión a través de libros de queja, sugerencias y reclamos; el desarrollo de actividades por parte de los usuarios como apoyo a campañas de prevención de enfermedades o promoción en salud.

Por su parte la Organización Panamericana de Salud también promueve iniciativas de participación; en la década del 80 y asociada a la estrategia de atención primaria de salud proclamada por la Organización Mundial de la Salud- OMS- surge la iniciativa de los Sistemas Locales de Salud -SILOS-, que tiene que ver con la propuesta de comunidades saludables dirigido al espacio local como centro de acciones del sistema en salud; el nivel local se refiere a municipio y/o división territorial menor donde se identifican los problemas, se priorizan, se planifican respuestas y se evalúan los resultados de intervenciones desde una perspectiva intersectorial y participativa (Jimenez, Marquez, 1995)

Los instrumentos de participación surgieron como resultado de las reformas de segunda generación que promovían una modernización de los servicios de salud, en base a eficiencia, gerencia y una visión del ciudadano como cliente. Desde esta posición Javier Pereyra (2010) interpreta que las prácticas de participación ciudadana son visualizadas como actividades de superación de las ineficiencias burocráticas, que ofrecen un espacio para la incorporación de las demandas de los ciudadanos y permiten un mayor control social sobre la gestión pública, promoviendo el aumento de los compromisos de los responsables de los servicios. Estos instrumentos fueron reforzados con la incorporación de mecanismos de mercado, con lo cual se pretende incentivar por la vía de los recursos la conformación de espacios participativos.

### **3. El Estado y la construcción de ciudadanía activa: nuevas prácticas y significados en el ámbito sociopolítico.**

La participación ciudadana propone un nuevo paradigma a partir de las reformas sociales centradas en la búsqueda de mayores niveles de inclusión y equidad social; esto permite analizar un nuevo modo de entender las relaciones entre el Estado y la ciudadanía.

Hugo Quiroga (2006) sostiene que la construcción de ciudadanía se ha apoyado históricamente en dos conceptos estrechamente conectados: la participación política y la pertenencia a la comunidad. Esta relación ha variado en el espacio histórico desde el mundo antiguo hasta la actualidad. El autor señala que lo que define a la ciudadanía es el concepto de participación política, desde esta posición manifiesta “es un derecho que le permite a los individuos tomar parte de un proceso de deliberación y decisión política, ya sea personalmente o a través de sus representantes. La participación política convierte a los hombres en ciudadanos”.

Desde otra perspectiva Javier Peña (2000), citado por Hugo Quiroga; visualiza a la ciudadanía desde la pertenencia a la comunidad y plantea: “Implica la conciencia de estar integrado en una comunidad dotada de cierta identidad propia” lo que identifica al ciudadano no es un status jurídico-político sino el arraigo a su lugar, unido por el afecto, la solidaridad y la lealtad.

Por su parte Norbert Lechner (2000), puntualiza que en general se concibe a la ciudadanía por referencia al Estado y el sistema político; ha sido el ámbito político-estatal quien otorga reconocimiento a los ciudadanos, los integra como miembros de la comunidad y les asegura un bienestar. Cuando el sistema político pierde centralidad y la acción política se desborda, cambia el papel del ciudadano; este escenario según el autor amerita una redefinición del concepto ciudadanía y distingue al menos dos tipos de ciudadanía: una que puede denominarse “*instrumental*” y otra “*ciudadanía política*”.

La ciudadanía instrumental considera a la política como algo ajeno y se dirige al sistema político en tanto solución de problemas sociales.; reclama una gestión eficiente a favor del bienestar de la gente; descrea de la política y cree en la administración.

La ciudadanía política se vincula a la acción colectiva de los propios ciudadanos; En este contexto Lechner, toma de Putnam el concepto de “capital Social” para explicar la acción colectiva; quien afirma que el buen funcionamiento de las instituciones en democracia depende del capital social existente y que este está determinado por la confianza, las normas de reciprocidad y las redes de cooperación cívica.

En nuestro país, la llegada de la democracia permite pensar en la incorporación de actores de la sociedad civil en la gestión estatal, estrategia que admite que la participación de la sociedad civil en el entramado de las políticas estatales contribuye a la ampliación de la democracia. Desde esta posición García Delgado y de Piero (2001) proponen una re significación de la articulación entre la de las Organizaciones de la Sociedad Civil con las políticas sociales, que tomen en cuenta la necesidad de aumentar la participación sociedad civil así como superar la visión gerencial por una perspectiva mas política de la intervención de las Organizaciones de la Sociedad en la Políticas Sociales.

En este escenario ,Pereyra (2006, 2009) enuncia que en la actualidad se conciben nuevos modos de relacionamiento que parecen dar lugar a nuevas expresiones institucionales que comienzan a observarse junto a las formas tradicionales de gestionar lo publico y las relaciones con la sociedad civil; estas expresiones se caracterizan por la noción de un paradigma emergente que sitúa las nuevas estrategias participativas: “ciudadanía activa”, que hace referencia a “las responsabilidades que los sujetos tienen en la comunidad política a la que pertenecen” (Lopez,1997).

La ciudadanía activa intenta generar en los ciudadanos el compromiso y la responsabilidad por los asuntos públicos, propiciando que se involucren en la deliberación y la toma de decisión sobre aspectos que tienen que ver con el bien común.

Los procesos de modernización de la gestión pública y de mejora en la calidad de servicios que impulsan los gobiernos actuales solo parecen tener éxito en la medida que logren sustentarse en un alianza Estado-Ciudadanía que permita avanzar en esta dirección (Pereyra 2009).

Desde la perspectiva Institucional en Salud, la Organización Panamericana de la Salud (1994) expresa que la participación comprende las acciones colectivas mediante las cuales la población enfrenta los retos de la realidad, identifica y analiza sus problemas, formula y negocia estrategias y satisface de una manera deliberada y democrática demandas de la población. Si bien el concepto de participación ciudadana es relativamente amplio y por lo tanto admite diferentes interpretaciones, en términos generales puede ser definido como “la intervención de la sociedad en la esfera de lo público”, dicha intervención puede darse tanto en el ámbito político como económico y social (Cunill ,1991)

Esta nueva experiencia participativa requiere de nuevos arreglos institucionales ya que se trata de nuevas articulaciones entre estructuras estatales y la sociedad civil que parecen ir más allá de meros mecanismos o instrumentos y se prefiere hablar de redes, consejos o comités.

Desde que la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone la iniciativa de trabajar en la atención primaria de la salud aparecen en los países latinoamericanos reformas sectoriales vinculadas a experiencias participativas: En Argentina el Programa Remediar, en Chile el Plan Auge, en Brasil el Sistema Único Saude y en Uruguay el Sistema integrado de Salud.

Los Sistemas Locales de Salud (SILOS) promovidos por la OMS, tienden a la atención primaria, en varios lugares de nuestro país, se los conoce como Consejo Locales de Salud, sin embargo tienen alguna diferencia en su conformación respecto a los Consejos Locales de Salud que funcionan en la Provincia de Río Negro.

#### **4. Los Consejos Locales de Salud en la Provincia de Río Negro: marco conceptual y jurídico.**

En el año 1992 se sanciona en la Provincia de Río Negro la ley 2570 mediante la cual se pone en vigencia un nuevo modelo de salud orientado a darle mayor importancia a la participación de actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad para identificar problemas y necesidades, definir prioridades y formular propuestas para el conjunto de la sociedad.

La provincia de Río Negro tuvo un rol protagónico respecto de las tendencias de configuraciones institucionales enmarcadas en procesos de descentralización y apertura a la participación ciudadana en políticas públicas. De esta manera, se puso el foco en el desarrollo de diseños institucionales con base en el fortalecimiento de espacios locales y regionales de toma de decisión, los cuales fijan procedimientos, competencias y estructuras que facilitan u obstaculizan la participación de actores sociales en la gestión pública. Como expresa Goodin (1996), las instituciones promueven formas de actuar por medio de las cuales la conducta humana es modelada y obligada a actuar de determinada forma y le concede una atención especial a los mecanismos a través de los cuales, individuos y organizaciones toman decisiones colectivas.

La Ley 2570 reformula el subsector de salud público provincial y establece la conformación y las funciones del Consejo Provincial de Salud Pública (CSP) y de los Consejos Zonales (CZS) y locales (CLS). Es decir que, la estructura del subsector salud queda constituida en tres niveles. Ahora bien, en los *fundamentos* de la ley 2570 se observa un espíritu democratizador, allí se enuncian una serie argumentos y principios que conforman el marco ideológico que rodea al surgimiento de la ley. Se priorizan mecanismos de participación y delegación con el propósito de garantizar el logro de los objetivos contenidos en la misma. Entre los argumentos<sup>1</sup> que dan sustento a esta iniciativa parlamentaria se pueden mencionar:

- *Con el retorno a la democracia el Gobierno provincial se vio en necesidad de reconstruir un sistema de salud que la dictadura militar devastó. A partir de allí se atravesaron diferentes instancias relacionadas con la crisis y reordenamiento económico y financiero de la provincia debido a un fuerte proceso de ajuste, replanteo del papel del Estado y también en la prestación de servicios públicos.*
- *El desarrollo del sistema en sus capacidades preventivas y asistenciales ha producido un impacto desparejo sobre la situación de la salud de la comunidad*

---

1

Proyecto de Ley de Reformulación Administrativa para el subsector público de salud del provincia de Río Negro, Expediente N° 472-92 del 05/08/92

*rionegrina; a pesar de la mejora en los indicadores que dan cuenta que la mortalidad infantil en la última década descendió del 37,4% al 24,8%; que el 98% de los partos en la provincia son atendidos institucionalmente; que el 79% de la población rionegrina cuenta con agua potable y el 35% tiene servicio de cloacas; que una amplia cobertura en la vacunación nos muestra un significativo descenso en la enfermedades inmunoprevenibles; que la sanción de la Ley de Salud Mental<sup>2</sup> definiendo una política para el área que sostenida a lo largo del tiempo nos torna en pioneros en toda Latinoamérica; que el 31% de los niños desnutridos de la provincia fueron recuperados durante el pasado año; que continuamos trabajando en los programas tradicionales desde la estrategia de planificación social; que se reacondicionó la estructura edilicia y el equipamiento; al tiempo que a través de formas democráticas tanto en la convivencia social como en la gestión de las instituciones públicas se fueron evidenciando necesidades que merecían una modificación estructural del funcionamiento del Sector a favor del mejoramiento de la calidad de la atención a la Salud de la población.*

- *Simultáneamente, los otros subsectores se han ido desarrollando desde el punto de vista tecnológico y de servicios de modo irregular, superponiéndose o dejando áreas de interés comunitario sin la necesaria atención a sus demandas necesidades en materia de Salud, configurando entonces un cuadro de situación que requiere la actualización y reformulación del marco legal y operativo del conjunto del sistema.*

A partir del marco social resumido anteriormente, signado por el reconocimiento de la verdadera urgencia de otorgarle mayor eficiencia al sistema de salud provincial tanto en términos de costo-beneficio como del mejoramiento de la calidad de las acciones destinadas a la comunidad, es que se hace referencia a la imperiosa necesidad de establecer desde la legislación las bases para un futuro desarrollo del sistema de Salud de la Provincia de Río Negro. Luego, señala que el reconocimiento de esta urgencia, en realidad, trasciende al sector salud y se manifiesta en otros conjuntos sociales tales como usuarios directos o no del sistema Público. La reformulación tanto de la estructura del subsector público, como de sus relaciones con la Seguridad Social y los prestadores privados deben dirigirse a la unificación de todas las modalidades prestacionales a través de un Sistema Único de Salud para la toda la Provincia, cuya implementación debe asumirse como un proceso que abarque los siguientes aspectos:

- La definición del marco global, ideológico a partir del cual se implementará el Sistema deberá definirse sobre la base de los principios de equidad, solidaridad y de la recuperación del rol regulador del Estado.
- La reformulación administrativa del subsector público debe tender a mejorar la eficiencia global del subsector salud y democratizar las estructuras de conducción integrando a las mismas representantes comunitarios, enfatizando el rol de los Municipios teniendo en cuenta: la representatividad de sus miembros y necesidad de integración con efectores del Área Social. Además, deberá comprender la modificación de la actual planta política, técnica y administrativa del actual Consejo Provincial de Salud Pública (C.P.S.P.), reestructurando su dinámica de funcionamiento según la modalidad de gestión participativa.
- El reordenamiento de la administración de los recursos humanos en salud, fundamentalmente en lo atinente al dimensionamiento de la planta de personal, su

capacitación, la carrera sanitaria, el escalafón único las condiciones de trabajo y su escala de remuneración.

- La instrumentación del Sistema de Salud Único Rionegrino debe configurarse en base a la unificación de las fuentes de financiamiento y regulación de las prestaciones de salud.
- La estrategia básica para el reordenamiento de la gestión del sistema y como definición política fundamental para el mismo, será la descentralización de las decisiones respecto de las políticas de salud y su ejecución.
- La adecuación del marco legal correspondiente para la financiación del sistema Público en base a recursos genuinos, provenientes no solo de la facturación de las prestaciones, sino también de la utilización de la capacidad ociosa o subutilizada.
- La explicitación de la necesidad de invertir en este proceso los recursos materiales, financieros y humanos correspondientes para su eficiente puesta en marcha del nuevo modelo de gestión.

Con relación al proceso de *descentralización* la norma contiene un apartado específico en cual se señalan distintos argumentos y conceptualizaciones que ponen de manifiesto la importancia que adquiere esta cuestión en el nuevo diseño institucional. En este sentido, podemos decir que la descentralización ofrece la oportunidad a éstos espacios institucionales de tener las competencias necesarias para direccionar y articular las intervenciones multisectoriales, promover el desarrollo y lograr resultados en benéfico de la comunidad. La transferencia de funciones por si misma no garantiza el fin que persigue la descentralización, sino que ello dependerá de una serie de requisitos tales como: el adecuado ejercicio de las funciones y competencias, de la utilización eficiente de los recursos y fundamentalmente del ejercicio de la ciudadanía, en términos de la generación de políticas y planes de desarrollo orientados a la mejora de la calidad de la población.

En la misma línea, en los fundamentos de la Ley se hace mención expresa a que la descentralización supone conceder capacidad de decisión a organismos locales y zonales representativos (los Consejos Locales de Salud y los Consejos Zonales de Salud), delineando un modelo donde la política de salud pueda definirse como un conjunto “a partir de” o “desde” la participación de los diferentes grupos sociales, especialmente los usuarios del sistema y “hacia” el personal político designad por Ejecutivo provincial. Agrega que el nivel central, el Conejo Provincial de Salud Pública, será el responsable de velar por el cumplimiento de los principios básicos de equidad, accesibilidad, oportunidad y calidad en la prestación de servicios preventivos, asistenciales, de rehabilitación, de salud ambiental, fiscalización y control de efectores , capacitación y formación del personal, desde la perspectiva política, legal y técnica. Se asume que, ello no será una tarea sencilla, más aún teniendo en cuenta los condicionantes sociales e históricos que definen el perfil de participación y la solidaridad en nuestras comunidades y en las organizaciones políticas y sociales, con un fuerte sesgo hacia un modelo profesional hegemónico. En este marco, destaca dos objetivos fundamentales: por un lado, la *concertación* a nivel político entre las organizaciones representativas de la comunidad rionegrina y dentro del sector tanto con los otros subsectores como hacia el interior del subsector público; y por otro, el *fortalecimiento institucional* de los niveles locales, zonales y también del nivel central.

El modelo que propone la Ley tiene como eje central la definición de estructuras participativas, de alto contenido político como son los Consejos Zonales y Locales otorgándoles carácter decisorio en los aspectos sanitarios locales, en el marco de la política provincial para el sector. También aclara que esta situación resulta ser inédita en la Provincia hasta ese momento. Se destaca la intención de preservar las instancias técnicas como son las Secretarías Técnicas de las Zonas Sanitarias y la conducción de los Hospitales cuya formación y capacitación debe ser estimulada. Se trata de asegurar



espacios en los cuales convivan tanto lo político como lo técnico respecto de las posibles soluciones a las demandas de Salud. Con relación a la representación de los gobiernos Municipales considera conveniente diferenciar el rol de coordinación de acciones que es competencia del ejecutivo y el de fijación de políticas que es competencia del legislativo municipal. Para ello, deberá preverse la participación de un representante de cada uno de dichos poderes.

Con el propósito de otorgarle un verdadero contenido democrático a los consejos la normativa también prevé la representación directa de los usuarios del sistema a través de la figura de un Consejero Local de Salud elegido por el voto directo de los ciudadanos de la localidad, en el convencimiento de que el mismo significará un acercamiento entre la necesidad del usuario y los niveles institucionales de planificación y ejecución. Es así que ese Consejero deberá constituirse en un verdadero fiscalizador de la gestión de salud dentro de cada comunidad y a la vez en un transmisor de la peculiar problemática del Sector. La cuestión de la salud debe abordarse como un conjunto de heterogéneo de intereses, requerimientos y posibilidades que desde los diferentes subsectores, definen el perfil de la equidad, la calidad y la eficiencia en la prestación de los servicios que recibe la sociedad. En este sentido, el gobierno provincial tiene la responsabilidad de considerar a todos efectores al momento de evaluar los recursos disponibles, demandas y marco jurídico, especialmente en lo que a la Obra Social Provincial (IPROSS) se refiere. En este marco la Ley establece una serie de puntos críticos a tener en cuenta:

- La efectiva ejecución del poder de policía delegado en el Consejo Provincial de Salud Pública.
- El afianzamiento del modelo a través de la elaboración de un marco legal adecuado, de los mecanismos de articulación entre los subsectores, sobre la base del acuerdo y reconocimiento de la necesidad de posponer intereses sectoriales o corporativos, asumiendo el servicio de Salud como un derecho constitucional y no como un producto sometido a las leyes del mercado.
- Los aspectos globales del sistema de financiamiento El criterio de racionalización en la ejecución del gasto y la utilización de la tecnología.
- La correcta identificación de usuarios y beneficiarios del Sistema de Seguridad Social y el control de calidad de las prestaciones.
- La integración técnico-administrativa entre la Obra social y el Consejo Provincial a fin de unificar criterios en cuanto a la prestación de servicios, con el objeto de acentuar la capacidad reguladora sobre el sistema.

Algunos de los puntos señalados, junto con la legislación existente sobre el Fondo de Obras Sociales hacen a la financiación del sistema público con recursos genuinos. Se propone además la posibilidad de arancelar las prestaciones de aquellos usuarios en condiciones de pagarlas, así como un mecanismo de redistribución de parte de lo facturado de cada Área Programa entre los trabajadores del subsector. Esto último apunta, por un lado, a mejorar la retribución salarial a los mismos, como elemento de motivación y estímulo laboral; y por otra parte, a profundizar y hacer más eficientes los instrumentos de generación de recursos genuinos del Hospital Público, con la intención de optimizar su capacidad de funcionamiento. Para ello será indispensable contar con decisión política y acompañamiento técnico. Un rol preponderante juega en este contexto el recurso humano, que aunque heterogéneo en su composición reúne dos rasgos comunes en cuanto a sus necesidades de reconocimiento y estímulo. Ambas cuestiones claramente interrelacionadas entre sí, remiten a la problemática salarial, las condiciones de trabajo, la carrera laboral y las estrategias de formación y capacitación de los profesionales de la salud. Para un desarrollo exitoso del modelo que propone esta ley resulta indispensable la profesionalización del todo el personal. Por lo expuesto

surge la imperiosa necesidad de definir una política integral de recurso humanos que posibilite la verdadera transformación del sistema.

Por último, en los fundamentos de la Ley se destaca la creación de una Comisión de seguimiento en el ámbito legislativo dentro de la comisión permanente de Asuntos Sociales, con el objeto de promover un espacio de apoyo y fortalecimiento de los principios que rigen la creación de este modelo, como así también de la necesaria integración y agilidad en el tratamiento de los temas, que los autores del proyecto consideraron de suma importancia para la sociedad rionegrina en consonancia con el espíritu democratización, participación y apertura de la problemática de salud a la opinión de todos los rionegrino.

El Ministerio de Asuntos Sociales<sup>3</sup>, a través del Consejo Provincial de Salud Pública, cumplirá la función indelegable de garantizar el derecho a la salud consagrado en el artículo 59 de la Constitución Provincial; a través de acciones de planificación, programación, fiscalización, coordinación, evaluación y apoyo técnico y administrativo a los efectores del sub sector público, a fin de asegurar la prestación de servicios de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud humana, así como las acciones sobre la salud ambiental, la capacitación y la formación de recursos humanos y la investigación, en base a los principios de accesibilidad, oportunidad, equidad y calidad de los mismos, asegurando la atención gratuita para las personas que no posean cobertura social ni otros medios para afrontar el costo de las prestaciones; cumpliendo el precepto constitucional que asegura el acceso en todo el territorio provincial al uso igualitario, solidario y oportuno de los más adecuados métodos y recursos de prevención, diagnóstico y terapéutica.<sup>4</sup>

A partir de la Sanción de la ley 2570 en 1993, el Sistema de Salud de la Provincia se organiza en tres niveles: local (Consejos locales de Salud), zonal (Consejos Zonales de Salud) y Provincial (Consejo Provincial de Salud); al respecto también se menciona la existencia de Área Programa que se entiende como la unidad mínima de organización sanitaria, delimitada geográficamente, con una estructura de conducción de todos los recursos disponibles para la atención de la salud) y Zona Sanitaria: es una delegación del Consejo Provincial de Salud que comprende un conjunto de Áreas Programa, divididas según criterios geopolíticos y sanitarios.<sup>5</sup>

➤ El Consejo Provincial de Salud es un ente autárquico, responsable de la ejecución política de la salud provincial<sup>6</sup>, depende de la figura ministerial. Será responsable de la fiscalización y control sobre los subsectores privados y de la seguridad social. Deberá desarrollar los mecanismos de concertación, complementación,

---

3

Al momento de la Sanción de la Ley el área Salud en el Organigrama del Ejecutivo Provincial estaba se denominaba Ministerio de Asuntos Sociales, en la actualidad se llama Ministerio de Salud

4

Artículo 1º-Ley 2570

5

Zona: Alto Valle- Valle Este- Valle Medio-Atlántica-Andina-Sur

6

Cap. IV- Art. 10 Ley 2570

coordinación y elaboración de los instrumentos legales necesarios que aseguren la implementación de un sistema integrador de las modalidades prestacionales existentes, garantizando la universalidad de la cobertura a toda la población de la Provincia

Esta integrado por:

- a) un presidente, designado por el Poder Ejecutivo y puede delegar funciones en un secretario Ejecutivo.
- b) un secretario ejecutivo, profesional del área de Salud,
- c) los presidentes de los Consejo Zonales de Salud,
- d) un representante de los trabajadores de salud perteneciente a una entidad legalmente reconocida.<sup>7</sup>
- e) un representante de la Obra Social de la Provincia –IPROSS- f) un representante de la CGT.

➤ Los Consejos Zonales de Salud, serán los organismos políticos responsables de la relación entre las comunidades y los hospitales de la zona con el Consejo Provincial de Salud Pública. Se constituirán en el ámbito permanente de discusión de la problemática zonal de salud<sup>8</sup>.

Están integrados por:<sup>9</sup>

- a) un presidente, designado por el Poder Ejecutivo Provincial;
- b) un secretario técnico de cada zona sanitaria, quien cumple el rol de asesor directo de la presidencia, debe acreditar capacitación y experiencia en el área a desempeñarse,
- c) un representante por cada Consejo Local de Salud de la Zona Sanitaria, elegido por los representantes del mismo y
- d) un representante de los trabajadores de la salud, de una de las áreas programadas, perteneciente a la entidad gremial legalmente reconocida.

Dentro de sus *funciones* se destacan:

a) Entender sobre las demandas, necesidades y políticas de salud humana y ambiental a implementar, en los aspectos de promoción, prevención, atención, rehabilitación, fiscalización y control, capacitación e investigación, en lo referido a los recursos humanos, equipamiento y tecnología, necesidades edilicias y asignación y manejo de partidas y recursos financieros en el ámbito de la Zona Sanitaria.

b) Implementar el asesoramiento y apoyo técnico que las Áreas Programa le requieran, en forma directa o a través de acuerdos o convenios con instituciones o prestadores respecto a complementación técnica, asistencial, educativa, de gestión administrativa o investigación.

c) Aplicar las normativas vigentes respecto a fiscalización y control de las actividades de salud de los efectores privados y de la seguridad social y de la matriculación de profesionales y técnicos de la salud; así como

---

<sup>7</sup> Hay dos entidades reconocidas en la Provincia, ATE y UPCN, en el sector Salud predomina la representación de UNPCN.

<sup>8</sup> Art. 9 – Ley 2570

<sup>9</sup> Art. 7-idem

intervenir efectivamente en la autorización de habilitaciones, y toda otra circunstancia que amerite el ejercicio del poder de policía que establezca la legislación en vigencia.

d) Solicitar al Consejo Local o a la instancia correspondiente la remoción de alguno de sus miembros, con la debida fundamentación y el voto favorable de los dos tercios (2/3) de sus integrantes.

e) Elevar al Consejo Provincial la documentación, información, programaciones y presupuestos propios y remitidos por los Consejos Locales para su análisis y gestión técnica y/o administrativa correspondiente.

f) Asumir la responsabilidad patrimonial de los bienes bajo su jurisdicción administrativa y organizar un registro patrimonial en el que constará en forma analítica y actualizada el detalle de los bienes asignados a la respectiva jurisdicción y los movimientos que se produzcan.

- Los Consejos Locales de Salud<sup>10</sup>, se encuentran en el ámbito de cada Área Programa, los que asumirán un papel decisivo en la definición e implementación de las políticas de salud locales, complementarias de las determinadas en los niveles zonal y provincial, de las que formarán parte y de cuya ejecución será responsable el Presidente del mismo. Cumplirán un rol de órgano político, sus acciones se referirán al conjunto de la problemática sanitaria de cada localidad y mantendrán interrelación permanente y concertada con los niveles técnicos de conducción en cada Área.

Están integrado por:<sup>11</sup>

- a) el director del área programa, en calidad de presidente;
- b) un representante del Consejo Asesor Técnico Administrativo del establecimiento de Salud
- c) Representantes comunitarios, a través de un miembro del Ejecutivo, preferentemente del área social y un miembro del legislativo del municipio donde se asienta el establecimiento de salud cabecera del Área. En los casos en que ambos departamentos se hallen unificados se incorporará sólo un miembro, por el Concejo Municipal. En aquellas Áreas Programa que abarquen más de un municipio, comuna y/o comisión de fomento, se incorporará un representante por cada una de ellas.
- d) Un consejero local de salud, representante de los vecinos de la localidad donde se asienta el establecimiento cabecera del Área.
- e) Un representante de los trabajadores de la salud de ese Área Programa.

Programa.

Dentro de las funciones que tienen los Presidente de los Consejos Locales de Salud son:<sup>12</sup>

- a) Ejecutar los lineamientos, políticas y acciones acordados con el Consejo Local de Salud y las determinadas por los niveles Zonal y Provincial.
- b) Ejercer la conducción directa del Área Programa a través de las instancias administrativas determinadas por el organigrama.
- c) Desarrollar las instancias técnicas de la conducción bajo su dependencia, definiendo, coordinando y supervisando las acciones correspondientes.

---

10 Capítulo II. Art. 4º-Ley 2570

11 Art. 4º -idem

12 Art. 5º idem

d) Convocar a reunión al Consejo Local de Salud con la frecuencia que determine la respectiva reglamentación, y someter a su tratamiento las cuestiones de su incumbencia según el artículo 6o. de la presente ley.

Los Consejos Locales de Salud serán los responsables de la relación entre la comunidad local y los efectores de salud, así como con el Consejo Zonal de Salud correspondiente.

Algunas *funciones* son<sup>13</sup> :

a) Supervisar y evaluar las acciones de salud desarrolladas en el Área Programa correspondiente y disponer sobre los responsables de su ejecución las modificaciones que fueran necesarias.

b) Garantizar las políticas y aplicar las normativas emanadas del Consejo Zonal de Salud y del Consejo Provincial de Salud Pública.

c) Asumir la responsabilidad patrimonial de los bienes bajo su jurisdicción administrativa y organizar un registro patrimonial en el que constará en forma analítica y actualizada el detalle de los bienes asignados a la respectiva jurisdicción y los movimientos que se produzcan.

d) Administrar los fondos destinados al Área Programa y los recaudados por el propio hospital, en función de la programación realizada y con arreglo a lo establecido en los artículos 18 y 19 de la presente, sujeto a posterior auditoría por parte del Consejo Zonal o el Consejo Provincial.

e) Establecer convenios con Obras Sociales u otras instituciones para la atención de personas con cobertura, según la modalidad prestacional que se acuerde entre las partes, ad referendum del Consejo Provincial de Salud Pública.

f) Establecer convenios con prestadores privados o de la seguridad social con el objeto de utilizar la capacidad instalada disponible en el hospital a fin de lograr su máximo aprovechamiento, recaudando los fondos y/o recibiendo las contraprestaciones que resulten más convenientes a las necesidades de la institución, ad referendum del Consejo Provincial de Salud Pública.

g) Asegurar la atención gratuita y oportuna a las personas sin cobertura de la seguridad social ni medios para afrontar el costo de las prestaciones, en forma acorde a los principios establecidos en el artículo 1o. de la presente.

h) Brindar el respaldo necesario al reforzamiento de los niveles técnicos de la conducción del Área Programa en lo atinente a la capacitación y al desarrollo de las actividades pertinentes a los mismos.

i) Determinar en forma continua las demandas y necesidades locales respecto a salud; definir los grupos comunitarios en riesgo, establecer las acciones prioritarias, sus requerimientos presupuestarios y de otros recursos y la modalidad de ejecución de las mismas.

j) Establecer su propio Reglamento Interno, el que deberá ser elevado al Consejo Zonal correspondiente para su aprobación.

k) Solicitar a la institución correspondiente la remoción de alguno de los miembros comprendidos en los incisos b), c) y e) del artículo

---

13 Art. 6º-ley 2570

4o. de la presente ley, con la debida fundamentación y el voto favorable de los dos tercios (2/3) de los integrantes

En nuestra Provincia todas las áreas programas tienen conformado el Consejo Local de Salud. En algunos tienen mayor grado de participación todos los integrantes, en otros se destaca una mayor participación de los representantes con cargos políticos (Intendentes, Concejales) y en parte de ellos tienen más protagonismo los representantes de la Sociedad Civil. Tal como lo determina el Artículo 6º de la Ley 2570, estos ámbitos de participación, deben establecer su propio reglamento interno y para su conformación debe haber una convocatoria del Presidente. Los temas prioritarios que se abordan en general están relacionados con la situación que vive cada región.

Como se indicaba en el apartado anterior los representantes políticos son los que se interiorizan e impulsan el funcionamiento de los CLS, tal es el caso de Viedma, donde el Intendente y los Concejales, solicitan al Presidente del CLS que en forma urgente se termine de conformar dicho espacio (Agencia de Noticias, 28/06/12). Por otra parte, entre sus preocupaciones está lograr un mejor funcionamiento del mismo, y en este sentido por ejemplo: mediante un Proyecto de Comunicación los Ediles F. Díaz y P. Pocai se promovieron recientemente la incorporación de un representante del IPROSS (Instituto Provincial de Seguro Salud) al Consejo Local de Salud. Se plantea así la necesidad de modificar el artículo 4to de la Ley 2570. Algunos aspectos de la propuesta consisten en *“...que las políticas integrales, coordinadas y complementarias requieren que se encuentren incluidos en el debate todos los actores que desempeñan papel relevante en el sistema de salud, considerando que entre los actores se encuentran las Obras Sociales, dado que esta localidad en calidad de centro administrativo de la Provincia, la obra social obligatoria de los empleados municipales y Provinciales es el IPROSS. Que concurren al Hospital público por distintos motivos: deficiencias de los Convenios con el Subsector privado, por el corte de prestaciones, por niveles deficientes de calidad de servicios, etc. (ADN Rio Negro, 4/09/12; diario digital Todo Política, 18/10/12). (ADN Rio Negro, 4/09/12; diario digital Todo Política, 18/10/12)*

Por su parte la Concejala Manso de Cipolletti, acompañó en su momento la decisión que se declare en estado de sesión permanente el CLS por la grave situación que afectaba al Hospital local, donde el problema más grave era la falta de medicamentos. Al respecto manifestó *“Los proveedores habituales de insumos para el laboratorio o medicación compleja no están entregando... [...] hay una diferencia de precios que va desde el 63% hasta un 300% de lo que se estaba pagando. Ante esta situación el Consejo Local de Salud decidió plantear el tema en la Dirección de Comercio Interior. (Diario Rio Negro, 9/01/2002)*

También se puede destacar que, representantes políticos sin representación en el CLS se interesaron especialmente por su funcionamiento, tal es el caso del Presidente del Bloque de la Concertación, Legislador Bautista Mendioroz, quien le solicitó a la Directora del Hospital de Cipolletti, Presidente del Consejo Local de Salud, información acerca del funcionamiento del Consejo Local de Salud, al respecto manifestó: *“Junto a la legisladora Marta Milesi hemos visitado el hospital en dos ocasiones y en ambas oportunidades he recogido por parte de los agentes de salud como de representantes de la comunidad, inquietudes en cuanto al funcionamiento del Consejo de Salud”* Agregó que *“estas inquietudes se encuentran relacionadas a la falta de funcionamiento o la falta de definiciones del órgano colegiado, reconociendo desde los diversos sectores los momentos críticos que le toca transitar a la institución”* [...] *“el mayor reclamo lo realizan los representantes de la comunidad, ya sea organizaciones no gubernamentales, juntas vecinales, preocupados por la situación del servicio de salud que brinda el hospital, al ser*

*el de mayor complejidad del subsector público en la zona del Alto Valle Oeste*".(La Mañana de Cipolletti, 12 de Junio del 2014).

Siguiendo con las funciones que les compete, se puede observar que frente a temas que comprometen la Salud de la comunidad, los Consejos Locales de Salud, cumplen un rol preponderante, ya que pueden declarar la emergencia en Salud y financiera. Un ejemplo de ello es lo ocurrido en el 2001 en San Carlos de Bariloche. El presidente del CLS y Director del Hospital, Dr. Carminatti, declaró la emergencia financiera, en virtud de la grave situación por la que atravesaba la salud en dicha localidad debido fundamentalmente al conflicto con el personal. Expresaba: "... *La medida de fuerza iniciada por el personal un par de días antes de la declaración mantiene paralizada la atención en consultorios externos y los centros periféricos, pero no afecta a los internados ni la guardia de emergencias. La saturación de los servicios de salud, producida por el aumento de la demanda se refleja con claridad en el nivel de internaciones que alcanza el 70 por ciento de las camas disponibles en el área de cuidados intermedios y trepa al 85 por ciento en terapia intensiva mientras que la ocupación de respiradores es total. "Tenemos más de 100 pacientes diarios para 150 camas, lo que desde el punto de vista operativo es mucho, alarmante" "hemos estado al límite desde el punto de vista de infraestructura y desde el punto de vista financiero" y señaló que la situación presupuestaria continúa siendo crítica*". Diario Río Negro Jueves 20 de diciembre de 2001.

Ahora bien, la experiencia provincial indica que estos espacios de participación ciudadana también acompañan en distintas oportunidades los reclamos de los trabajadores de salud, frente a resoluciones emanadas del nivel central. En este sentido, podemos mencionar que en el año 2012, el Ministerio de Salud revirtió las cesantías de varios trabajadores del Hospital de General Roca, debido a las insistentes demandas del personal con fuerte apoyo y acompañamiento de los gremios ATE, CTA y el pedido expreso del Consejo Local de Salud.

Una opinión consultada respecto del funcionamiento en general de los Consejos Locales, es la de Adriana Gutiérrez<sup>14</sup>, quien se desempeñó como Ministra de Salud y Presidenta del Consejo Provincial de Salud de la provincia en el periodo 2004 al 2007. La ex funcionaria comenta que en su gestión se incorporó a las reuniones del Consejo Provincial el Director del PROZOME (Programa Zonal de Medicamentos) dándole la categoría de un área programa. En relación a los Consejos Locales manifiesta que durante su periodo de gestión, estos ámbitos de participación si bien funcionaron lo hicieron con diferentes modalidades. En algunas ciudades se observaba un fuerte y comprometido trabajo con la comunidad particularmente por la labor que cumplían las Cooperadoras de los respectivos Hospitales, como por ejemplo Bariloche y Viedma. Por el contrario, en otras el trabajo de los CLS era poco significativo, con un trabajo distante de la sociedad local como por ejemplo, Cipolletti. Asimismo, Gutiérrez señala que donde existían fuertes liderazgos políticos locales, como por ejemplo en la ciudad de Catriel, donde la intendenta era la representante ante Consejo Local de Salud, la institución tenía un rol destacado.

La ex ministra expresa "... estos espacios son importantes si se da la participación de todos los actores y agrega, el caso de Viedma es atípico por tener una vinculación cercana a la Administración Central, en muchos casos existen peticiones y reclamos de usuarios por fuera de los Consejos Locales, ya que lo hacen en forma directa a los

---

14

Entrevista realizada a la Contadora Adriana Gutiérrez- ex ministra de Salud y ex Presidenta de IPROSS.

funcionarios del Consejo Provincial de Salud Pública”. También manifiesta que los temas más discutidos tienen que ver con los Fondos de las Obras Sociales (FOS)<sup>15</sup>, dado que se advierte que hay una fuerte demanda de atención en los hospitales, de beneficiarios de obras sociales por lo cual se debe trabajar en un sistema de "recupero", para poder facturar a las obras sociales por las prestaciones realizadas a sus afiliados. Concluye diciendo “Que si bien la ley 2570 prioriza mecanismos de participación no siempre son utilizados, que ha pasado un tiempo suficiente desde su implementación y que sería conveniente proponer una actualización de la norma”.

Con relación a esta última apreciación, es oportuno destacar que los Legisladores del Bloque de la Alianza Concertación para el desarrollo, han presentado ante la Legislatura un Proyecto para la conformar una Comisión revisora de la Ley 2570.

## 5. Consideraciones finales

El presente trabajo pretendió reflexionar acerca de las nuevas configuraciones que se observan en la relación del Estado y la sociedad civil, que nuevas modalidades se registran en torno a la participación social particularmente en el campo de la salud y cuáles son los desafíos aún pendientes para la construcción de ciudadanía activa hacia el logro de mayores niveles de equidad e inclusión social. El eje central fue puesto en la figura de los Consejos Locales de Salud como espacios de decisión y participación ciudadana, de ampliación de los derechos de ciudadanía y especialmente como herramienta democratizadora del aparato estatal. Se analizó en profundidad cual es el marco normativo vigente en la provincia de Río Negro al respecto y que experiencias se han desarrollado desde la sanción de la norma, a la luz de lo publicado en medios de prensa y la opinión de actores políticos.

Martínez Nogueira (2001) señala que, “en el campo de la sociedad se reorganizan los actores, pasando de la “confrontación a la asociación”, al compás de las propuestas de incorporación en las decisiones y en la gestión que realiza el sector estatal. De movimientos sociales organizados en torno a la identidad, a la autonomía y a las demandas al Estado, desde un lugar de exterioridad, muchos de ellos se van convirtiendo en socios “partenaires” del proceso de gestión de las políticas públicas.”

Pereyra (2009), advierte una ciudadanía activa en la región como un nuevo paradigma de participación en salud; desde el Estado supone concebir una nueva cultura desde los funcionarios públicos, más abierta a la iniciativa ciudadana y al trabajo conjunto con las organizaciones de la sociedad civil. El predominio de una cultura jerárquica, excesivamente tecnocrática o de defensa de intereses corporativos puede atentar contra el avance de estos nuevos espacios participativos. Sostiene “El sector salud parece ser vulnerable, tanto por la hegemonía del saber bio-medico en sus estructuras como por la férrea defensa de intereses gremiales o corporativos, aun a expensas del bien general”. El mismo autor observa que por el lado de la sociedad civil, la participación ciudadana también requiere de una actividad de corresponsabilidad con la gestión pública y cierta vocación por influir en una agenda más amplia, que va más allá del interés particular de la organización a la ciudad que pertenece.

---

<sup>15</sup> Esta "herramienta" posibilita el cobro a las obras sociales, cuyos fondos luego se redistribuyen en los hospitales en forma de un "plus" –no remunerativo– para los empleados y compra de equipamiento. En la práctica, esto fomenta que los mismos trabajadores estén más alertas para la detección de los afiliados a obras sociales, se critica con frecuencia y temor de que esto altere el rol de prestador universal de salud que ostentan los hospitales públicos



Si bien se puede ver en el país una proliferación de experiencias de participación en la gestión pública en el área salud, la mayoría se conforman alrededor de los gobiernos municipales, no existiendo una ley que unifique la constitución de los Consejos Locales de Salud, como es el caso de Rio Negro a partir de la ley 2570. Esta experiencia participativa revela cómo se indicó en párrafos anteriores que en algunas áreas programas hay mayor participación de la sociedad civil y en otras se destaca la participación de los representantes gubernamentales. Como sostiene Pereyra (2009), la sociedad civil se debe involucrar con responsabilidad en estos espacios de participación.

Por su parte, López (2006) investigando el caso de Viedma, observa que: “en el periodo 2002 y 2003 el representante de la sociedad civil es un integrante de las Juntas vecinales, con insignificante representación es insignificante. Además en la mayoría de los casos estos representantes son empleados de los diferentes organismos públicos lo que implica que no existe una plena independencia en su accionar”. Otra rasgo que identifica a estas instituciones es que la mayoría de las actas de reunión no son firmadas por los asistentes, lo cual se puede interpretar como una falta conocimiento de los actos administrativos. Asimismo, se observa que los horarios y los lugares físicos de funcionamiento son una limitante para el buen desempeño de estos espacios participativos.

Estas experiencias se repiten en distintas épocas y en diferentes localidades de la Provincia, lo que permite visualizar que los fundamentos enunciados en la ley no se pueden cumplir plenamente. Sin embargo, resaltamos que, a pesar de las dificultades y obstáculos que se detectan en el accionar, los CLS representan una herramienta muy válida a la hora de plantear inquietudes, definir prioridades, asignar recursos, tomar decisiones y ejercer el control social sobre las autoridades de salud.

Consideramos que, para que realmente sean visualizados como espacios de participación que apuntan a la construcción de una ciudadanía activa se debe asumir que los problemas de la salud de las personas son afectados por circunstancias de distinta índole y se debe trabajar en forma mancomunada con otras áreas como vivienda, transporte o condiciones de salubridad en el trabajo. Este escenario como destaca Pereyra (2009), implica un desafío que permita articular con otros actores conformando una red para atender de manera integral y transversal el entramado de determinantes sociales subyacentes a los problemas de Salud.

Como sostienen Cohen y Arato(2000) “...sin espacios públicos para la participación efectiva de la ciudadanía en el gobernar y el ser gobernada, sin una reducción decisiva de la brecha entre los gobernantes y los gobernados, hasta el punto de su abolición, la organización política de los Estados es democrática solo de nombre”.

Estas consideraciones son solo preliminares y pretenden contribuir al debate actual sobre la cuestión analizada.

## 6. Bibliografía

**-Bronfman M y Gleizer M (1994)** Participación comunitaria: ¿necesidad ,excusa o estrategia? de que hablamos cuando hablamos de participación comunitaria. Caderno de Saule Publica 10(1)

- **Cohen, Jean y Arato, Andrew. (2000)** *Sociedad civil y teoría política*. Fondo de Cultura Económica. México
- Codín Robert (1996)**: “Las instituciones y su diseño”, en Codín R. (Comp.), *Teoría del Diseño Institucional*, Gedisa Editorial, Barcelona, España.
- Cunill Nuria (1991)**, “Participación Ciudadana: Dilemas y Perspectivas para la Democratización de los Estados latinoamericanos” CLAD Venezuela.
- Chiara M y Di Virgilio M (2005)** *Gestión Social y Municipios*. De los escritorios del Banco Mundial a los barrios del Gran Buenos Aires. Prometeo Libros-UNGS
- García Delgado D. y De Piero, S. (2001)** *Articulación y relación Estado – organizaciones de la sociedad civil. Modelos y prácticas en la Argentina de las reformas de segunda generación*. FLACSO, mimeo
- GONZÁLEZ BOMBAL, I. y Villar, R. 2003.** *Organizaciones de la Sociedad Civil e incidencia en políticas públicas*. Buenos Aires: Libros Zorzal
- Leschner N (1996)** “¿Por qué la política ya no es lo que fue? En Revista Foro 29, Bogota
- **Lechner N (2000)** *Nuevas Ciudadanías*, Revista de Estudios Sociales, Universidad de Los Andes. Bogota
- López S, (1997)** *Ciudadanos reales o Imaginarios*. Lima
- López S, (2006)** “Los Consejos Locales de Salud ¿Un espacio de participación ciudadana? En Entre Siglos. Políticas Sociales en transición. La Provincia de Rio Negro. Compilación de Gómiz Gomiz H. Minigraf. Bs As.
- Martínez Nogueira, R. (2001)** “Los ámbitos de la participación”. En *Revista Encrucijadas* Buenos Aires
- OPS**: Evaluación para el fortalecimiento de procesos de participación social en la promoción y desarrollo de la salud en los sistemas locales de salud. Washington DC 1994.
- Pereyra Javier. (2009)**”La Participación ciudadana en las políticas de salud” en *Gestión de la Política Social: Conceptos y Herramientas* editado por Chiara M y Di Virgilio M-UNGS-Editorial Prometeo. Buenos Aires.
- Quiroga Hugo. (2006)**.”Déficit de ciudadanía y transformaciones del espacio público” en *Ciudadanía, Sociedad Civil y Participación Política*.compilador Cheresky I. Miño y Dávila Editores. Madrid-Buenos Aires.
- Rofman A (2007)** “Participación de la Sociedad Civil en Políticas Públicas: una tipología de mecanismos institucionales participativos” *Cuadernos Gestao Social*, Salvador, V1, Ed.Especial.
- Rosemberg G y MisischiaB (2002)** “Paralelos o Convergentes? Los Consejos Locales de Participación ciudadana como instrumentos de gestión de la diversidad e inclusión en el empleo público en la ciudad de San Carlos de Bariloche. XXV Concurso de CLAD sobre Reforma del Estado y Modernización de la Administración Pública.”Una Administración Pública Diversa e Inclusiva” Caracas
- Vásquez, M. L. 2002**“Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. *Gaceta Sanitaria VI6.Nº1. Barcelona.* Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112002000100005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112002000100005&lng=es).

### **Fuentes:**

Ley 2570

Ministerio de Salud de Rio Negro

Diario de Sesiones-Legislatura de Rio Negro \_ [www.legisrionegro.gov.ar](http://www.legisrionegro.gov.ar)

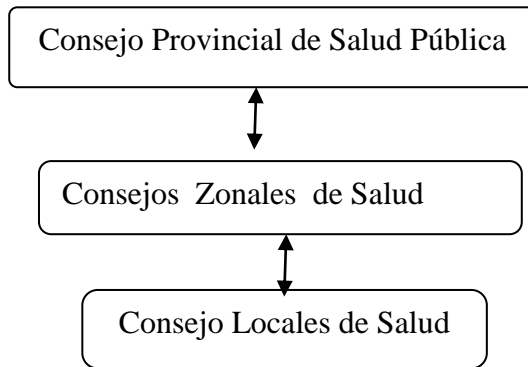
Diario Rio Negro-[www1.rionegro.com.ar](http://www1.rionegro.com.ar)

Diario Digital comarca hoy \_[www.comarcahoy.com.ar](http://www.comarcahoy.com.ar)

Diario Digital ADN

**Anexo 1.** Estructura del Ministerio de Salud de Rio Negro





**Anexo 2**  
**ZONAS Y AREAS PROGRAMAS**

