

**APS, DESCENTRALIZACION Y SILOS:
¿PROPUESTAS TECNOCRATICAS O
ALTERNATIVAS EN SALUD?**

Mesa redonda

COORDINADORA

Celia Iriart

Asociación Argentina de Medicina Social, AAMES

PANELISTAS

Susana Badino, FIOCRUZ, Brasil

Roberto Belmar, Ministerio de Salud de Chile

Adolfo Chorny, OPS/OMS Washington

Gastão W. De Souza Campos, Universidad de Campinas, Brasil

Saúl Franco, OPS/OMS Colombia

Guillermo Williams, jefe del Dpto. de SILOS, Ministerio de Salud de la Nación

Celia Iriart: Vamos a dar comienzo a la mesa de APS, Descentralización y SILOS; y esta mesa fue convocada bajo la propuesta de, por un lado, reflexionar un poco sobre el marco global sobre los conceptos que caracterizan a estas propuestas y, por el otro, tratar de ver a través de algunas experiencias nacionales, cuáles son los caminos que pueden conducir a que estas propuestas pasen de ser propuestas técnicas a procesos realmente democratizadores de la salud en nuestros países. En ese sentido, hemos pensado que el orden de presentación de los panelistas va a ser de la siguiente manera: Chorny, va a hablar primero de Sistemas Locales de Salud en lo que hace a su concepción global; Susana Badino, va a hablar del tema de reformas del Estado, y cómo se presenta el tema de la descentralización; Saúl Franco, nos va a caracterizar las posibilidades políticas que tienen los procesos de descentralización, y va a tratar de contarnos cómo los procesos de municipalización se están dando en Colombia; Carlos Belmar, nos va a hablar del largo proceso que se dio en Chile de APS, y cómo están tratando de recapturar esas experiencias que se hicieron largamente en ese país, para volver

a darle dinamismo e intentar también llevar adelante procesos de democratización, y Gastão Campos, nos va a remitir a las experiencias que se están dando en Brasil, y particularmente las que él pudo protagonizar en la Secretaría de Salud de Campinas. Así que le vamos a dar la palabra a Adolfo Chorny.

Adolfo Chorny: Voy a intentar brevemente colocar algunas de las proposiciones que fundamentan lo que se denomina "estrategia de SILOS". Los sistemas locales de salud surgen como una propuesta a nivel de la Organización Panamericana de la Salud, hace aproximadamente cinco años, e intentan capturar o armarse sobre los diversos movimientos de descentralización, y de propuestas sobre reformas estructurales que van impulsando a través de los países una corriente que comienza a delegar las funciones del Estado hacia los niveles periféricos. Esta propuesta -que puede ser entendida de diversas maneras- puede ser entendida como una más de las "equis propuestas", que la Organización ha realizado a lo largo del tiempo, intentando estructurar los servicios de salud, puede ser entendida como una continuidad de las áreas programáticas a las políticas de extensión o expansión de cobertura, o puede ser tomada a partir de alguno de sus elementos centrales como una palanca o un elemento que puede articularse de otra manera, y retomado provocar algunas modificaciones o cambios a nivel de la propuesta estructural del sector. Básicamente, entonces, la propuesta SILOS en su parte burocrática, en su parte conceptual, se asienta en la proposición de equidad y en la proposición de descentralización, como el elemento que permitiría llevar a cabo tanto las propuestas equitativas, cuanto participativas.

En cuanto a los elementos técnicos que componen la propuesta, parte de determinar la relación entre un sistema de salud y un entorno poblacional entendido no solo como una cantidad de población que está relacionada con el servicio, sino con un espacio más complejo determinado históricamente, social, culturalmente, etc. Dentro de este espacio, se postula la posibilidad de construir un sistema local, que no debe ser entendido como una propuesta de simplificación o atención primitiva -para usar los términos de Mario Testa-, sino como un sistema que articula distintos sistemas de salud, no sólo de atención médica de manera de satisfacer hasta un cierto nivel las necesidades de una población. En este sentido, un sistema local de salud, no está en referencia directa a un Municipio, que es uno de los -digamos- entendimientos habituales de la propuesta como una propuesta de municipalización. El Sistema Local de Salud puede ser un municipio, puede tener como ámbito un municipio, puede tener como ámbito más de un municipio, puede tener como ámbito menos de un municipio; desde el punto de vista organizacional se caracteriza a nivel de la propuesta teórica por demandar la existencia de un gestor único para el sistema, es decir, el sistema requiere en su concepción teórica de un único gestor.

En segundo lugar, requiere que todos los servicios de salud, todos los recursos de salud, estén bajo el comando del gestor único, entonces, desde este punto de vista, desde este abordaje teórico, no existe la posibilidad de tener SILOS parciales, es decir de tener un Sistema Local de Salud público donde no esté el privado, o de la seguridad social donde no se incorpore el sistema estatal, o el sistema privado. Es decir, el entendimiento de la propuesta final del sistema local, es la gestión unificada de todos los recursos para la salud, que existen en el área que ha sido definida como de "captación" o de "funcionamiento" de este sistema local. El segundo elemento característico de la propuesta -como decía anteriormente- es que no se trata sólo de atención básica; la propuesta SILOS postula que es necesario que para que exista un Sistema Local de Salud, que por lo menos exista hasta un segundo nivel de referencia, o sea, que exista algo más que un hospital con las cuatro especialidades básicas.

El tercer elemento, desde este punto de vista organizacional, es que la población que reside en el área, está bajo, y participa del cuidado de este Sistema Local, es un área de captación, en principio cerrado. El cuarto elemento, es que un Sistema Local de Salud no descarta ni sustituye un Sistema Nacional de Salud. Sólo puede ser concebida la existencia de un Sistema Local de Salud, en la misma medida que se conciba un Sistema Nacional o un Sistema Provincial, y en consecuencia, como un tercer nivel, el Sistema Local de Salud. Cada uno, con sus funciones diferenciadas, de manera articulada, pero sin que implique la desaparición del Sistema Nacional; lo que se rediscute son las funciones que corresponden a cada uno de estos planos del sistema.

En quinto lugar, para el Sistema Local, se coloca la necesidad de que los recursos sean administrados por el propio sistema, que exista la autonomía de gestión necesaria, para que esto se constituya como un sistema. El sexto punto -como decíamos anteriormente y no por ser el menos importante, sino para seguir algún orden-, es la necesidad que se dé la participación, si se concibe el Sistema Local como un espacio que posibilita y facilita de mejor manera la participación, no la participación entendida como participación comunitaria, sino como participación social plena. El séptimo punto que se postula es la necesidad de redefinir los modelos de administración que se corresponden con esta propuesta de Sistema Local, y para eso existe una serie bastante larga de documentos que comienzan a discutir la noción de administración estratégica aplicada al espacio local. Podría seguir enumerando puntos, pero creo que por ahí da más o menos ideas de los puntos básicos que toca un Sistema Local de Salud.

Esto -digamos- es lo que de alguna manera se puede entender como el marco teórico, el marco ideal, dentro del cual esta propuesta intenta ser desarrollada. Lo que se ve es que en la mayoría de los países de América Latina no alcanza, o no se plantea de la misma manera. En general, cuando recorre América Latina, la

propuesta se queda, en el mejor de los casos, en una organización de los servicios básicos de salud, en algunos países servicios básicos desunidos a la población no cubierta por los otros sistemas. Se queda limitada la propuesta a lo que podría ser el Sistema Estatal, o lo que es el Sistema Estatal, sin incorporar los otros sistemas.

La delegación de funciones, hacia la periferia no se da, se da en general delegación de obligaciones pero no de funciones, no se acompaña con las sesiones de competencia, poderes, y recursos necesarios para que la propuesta pueda ser establecida, se propone la realización por etapas de Sistema Local, lo cual es la propia negación de la posibilidad de implementar la propuesta, porque se cristaliza en los primeros niveles. Pero, de todas maneras, también con este conjunto de avatares que traban la propuesta, se nota también una apropiación de los Sistemas Locales que aparecen también a nivel de propuesta en diversos lugares de América Latina. Diría, en este momento, que casi la mayoría de los países están hablando de Sistemas Locales, en algunos países se han creado direcciones de SILOS, en otros países ya se denominan SILOS a los centros de salud, nuevamente remarcando lo que decía anteriormente, cómo la propuesta queda desvirtuada al aplicársela sólo en un nivel. Y ya se advierte un segundo movimiento montado sobre estos Sistemas Locales de Salud, que supongo que será la tercera onda que de aquí a poco se estará discutiendo: la propuesta de municipios saludables, que es este último movimiento que se embarca sobre distintas tensiones descentralizadas, donde se recupera una u otra dimensión, y se pierde de nuevo la noción de sistema de salud de diversos niveles de complejidad. Yo creo que es como una pequeña introducción a los elementos centrales, yo me quedaría por aquí, para respetar los tiempos. (*Aplausos*).

Susana Badino: Yo quisiera, en primer término, agradecer a los organizadores por haberme convidado a participar, y realmente, fue una semana de discusiones, contactos, intercambios, muy productiva. Estamos llegando ya al final con un tema, creo bastante importante, que de todos modos no es la primera vez que se discute en este ámbito, ya hubo en otras oportunidades debates interesantes sobre el asunto. Yo diría que, en primer término, nos encontramos en la convocatoria, o en el tema de la mesa, con algunas proposiciones entre las cuales la descentralización, la atención primaria de salud, los SILOS, todas ellas -diría yo, y esto en alguna forma para responder el interrogante de respuesta tecnocrática o alternativa de cambio-, cualquiera de estas proposiciones -en mi opinión- puede tener diversas connotaciones en función de una serie de variables, entre las cuales yo citaría, particularmente, la forma en que los países de América Latina, concretamente, han estructurado los Sistemas Nacionales de Salud -en forma bastante diferenciada como nosotros sabemos-, y por otro lado también en función de la si-

tuación concreta, o de la coyuntura por la cual los países atraviesan. Entre ese marco referencial de propuesta tecnocrática, o alternativa de cambio, podemos encontrar probablemente, si miramos con atención los países de América Latina, modelos bastante diferenciados. Yo creo que sí, en general hay una coincidencia en la mayoría de los países de nuestro continente, en relación a dos situaciones tal vez desencontradas en el sentido de que todas estas propuestas nos encuentran atravesando un momento de transición democrática, es decir el discurso democratizante, en general, es el clima que se vive en toda América Latina, y la otra situación, que es un común denominador también en la mayoría de los países, es la cuestión de la crisis económica, y de las políticas de ajuste neoliberales de la mayoría de los gobiernos del continente latinoamericano.

En función de ese común denominador, de esa situación parecida que los países están atravesando, tal vez algunos dilemas se plantean cuando enfrentamos la temática de la descentralización, o de la atención primaria de salud, o de la propuesta SILOS. Yo diría que un primer dilema está relacionado con, si las propuestas -éstas que estamos trabajando- representan alternativas desconcentradoras en la misión del Estado responsable por garantizar la prestación del servicio de salud, o realmente ellas están, o forman parte de una propuesta más pretenciosa, completa, en relación a una reforma del Estado. Ese sería un primer punto que yo quisiera colocar en esta breve exposición.

En un segundo momento, otro dilema que nosotros enfrentamos en la cuestión de la descentralización nos encuentra junto a otra proposición que es la de la unificación, o sea, la pretensión de tener un sistema único unificado de salud; y en este sentido, pueden presentarse algunas contradicciones. Un tercer tema -al cual me gustaría referir-, es el que se refiere a la atención primaria, y a la atención integral en el campo de la salud. En un cuarto punto, quisiera volver a tratar el papel del Estado, y finalmente discutir algunos puntos que tienen que ver con resultados o experiencias ya realizadas.

Cuando nosotros hablamos de reforma del Estado, en ese contexto que citaba anteriormente, la propuesta de descentralización encierra una variable fundamental: la cuestión del poder, y la cuestión del dislocamiento del poder desde el centro a la periferia. Y en ese sentido, la propuesta tiene o sirve de instrumento, para un proceso que, en última instancia, pretende lograr la participación social en un proceso democrático. Y yo diría, que sin esta participación social, el proceso de descentralización puede significar simplemente una desconcentración de tareas a los niveles locales, aliviando la carga o los encargos de los poderes centrales. Una reforma del Estado que se pretende en muchos sentidos, que es una reforma de carácter político básicamente, que es una reforma de carácter financiero, jurídico, institucional, técnica, y en última instancia es una rémora de carácter cultural, y que tiene que ver, no solamente con los niveles de organización

de los Estados, sino también con los poderes legislativo, ejecutivo, judicial, en función de la histórica concentración del poder en los órganos ejecutivos del gobierno, tiene que ver -sin ninguna duda- con los sectores económicos, y los sectores sociales, en este caso, en general, existe sí una propuesta descentralizadora en los sectores sociales. No parecería que hubiera intenciones similares en el campo económico. Exige una reforma impositiva -sin ninguna duda-, y tiene que ver en última instancia con los niveles nacional, provincial y municipal.

Pero, aun teniendo en cuenta todas estas líneas posibles, en la tarea de la reforma del Estado lo que sí parece claro es que sin una permeabilización de la organización del Estado, sin un mayor control social del poder en términos de las decisiones, y en términos de la asignación de los recursos, sería bastante difícil hablar de descentralización, en el sentido en el cual yo lo estoy queriendo colocar en términos de dislocamiento del poder, del centro a la periferia.

Un segundo aspecto que yo mencionaba, tiene que ver ya concretamente en el campo de la salud, que en alguna medida nosotros podríamos entender que puede ser un sector de vanguardia en un proceso de reforma del Estado, y esto es posible que así sea. Emprender una reforma del Estado en todos sus aspectos, podría significar un esfuerzo que se agota en corto plazo, o sea, que encontrar un sector como el campo de la salud, para iniciar un proceso, podría ser realmente una propuesta de vanguardia extensiva a otros sectores del Estado. De todos modos, el campo de la salud se encuentra con conflictos profundos que tienen una determinación histórica -si hubiera una única palabra para denominarlo- que es profundamente desigual.

Entonces, las desigualdades históricas de nuestros sectores de salud, generalmente -y esto es común a la mayor parte de los sistemas nacionales-, el sector público, con mayor o menor capacidad, siempre ha sido caracterizado por una serie de distorsiones, en función de discrecionalidad, sistema de prebendas, clientelismo, baja eficiencia, escaso aprovechamiento de los recursos, en fin, todas las características que hacen a la denominación genérica de la administración pública. Y ésta es una postura compleja para nuestro sistema de salud, que dentro de todas esas distorsiones, se ven en este momento llevados a la necesidad de eliminar desigualdades en el campo de la salud, o sea, que encuentran concretamente como principio central el principio de equidad de los servicios. En ese sentido, la descentralización -yo decía anteriormente- puede entrar en contradicción con la propuesta unificadora, porque la propuesta unificadora -como escuchamos hace un momento- es uno de los elementos centrales de la propuesta SILOS, formulada por la Organización Panamericana de la Salud. Y la contradicción que yo quería mencionar, es de que si en ese proceso de reforma del Estado no existen articulaciones en los niveles de cúpula entre los diversos sectores, y actores sociales fragmentados de nuestro marco institucional de salud, resulta-

ría bastante difícil que esas articulaciones ocurran a nivel de base, es el caso en general a nivel de municipio, que sería en síntesis la propuesta. Creo que en este campo, los conflictos en relación al comando único, tropiezan con una historia de intereses, y de grupos de interés dentro del sector salud, que se articulan no en el plano de lo local, sino a nivel de la sociedad en su conjunto.

Otra cosa que yo quería mencionar tiene que ver con la propuesta SILOS como una táctica operacional, para implementar las estrategias de atención primaria de salud. Nosotros sabemos que el ofrecer programas de atención primaria significa en general -y esto históricamente desde los antiguos programas verticales está demostrado- una promoción de la demanda en otros niveles de complejidad del sistema. Y es una situación que los Sistemas Locales deberán resolver, porque tal vez todos ellos no sean lo necesariamente autosuficientes como para dar cobertura a demandas que van a aparecer en los sectores de complejidad secundaria y complejidad terciaria en el campo de la salud. En última instancia, la propuesta de atención primaria de la salud, nos lleva, nos conduce, necesariamente a montar sistemas de atención integral de la salud.

Cuando nosotros mencionábamos la temática de la reforma del Estado como marco general, en el cual deberían estar incorporadas las propuestas de descentralización, y mencionando la situación de crisis económica por las cuales atraviesan los Estados nacionales, es obvio que otro riesgo aparece casi inmediatamente, y creo, que esto además de ser un riesgo, es un hecho ya vivido de nuestra realidad. Y es que el proceso de descentralización, nos puede conducir a los caminos de la privatización. (*Aplausos*).

Saúl Franco: Tanto conceptual como prácticamente, de descentralización, municipalización, SILOS, idealmente no es mi campo de trabajo, pero me da la suerte de facilitarme la mínima dosis de irresponsabilidad que se requiere, para hablar ante los espacios académicos, y finalmente lo que yo voy a presentar, es simplemente algunas reflexiones a partir de la experiencia regional en el continente, y en particular en Colombia; no me voy a referir a la cuestión de la atención primaria, ni a la cuestión de los SILOS -que ya trató Adolfo-, me voy a referir específicamente a la cuestión de descentralización y municipalización. La primera idea que quiero compartir con ustedes, es una idea obvia, lo que yo llamaría la historicidad de las estrategias y de las políticas en general, y en este caso particular, la historicidad de los procesos de centralización/descentralización que se han dado, o sea, las categorías centralización/descentralización no son categorías igualmente consistentes y significantes, como prácticas sociales tienen contenidos diferentes; tienen contenidos diferentes, y tienen consecuencias diferentes en distintos momentos.

Si miramos la historia de América Latina, la constitución de los Estados lati-

noamericanos exigió una lucha por la ruptura de los poderes locales hacia la constitución de un poder central, o sea, la creación de las democracias latinoamericanas, en parte, se hicieron sobre la guerra a los poderes municipales; la Revolución Mexicana, por ejemplo, en gran parte, fue la ruptura del poder agrícola regional y municipal -diríamos hoy-, hacia la posibilidad de constituir un Estado nacional democrático; el Brasil de la década del treinta, la lucha contra los coroneles significaba una ruptura también de un orden agrario/regional, hacia la constitución, configuración de una conciencia, y de un Estado nacional, y en Colombia, una de las mil guerras que hemos padecido -y no terminamos todavía-, fueron en gran parte -y ahora se intensifica en esta semana- orientadas hacia la ruptura justamente de los caciques regionales municipales, para lograr la configuración de un estado nacional, o sea, en esa fase histórica -digamos-, la municipalización, el poder municipal, y el poder regional, en cierta forma se oponía, era lo contrario a un anhelo de constitución democrática nacional, parece que ahora estamos en un momento diferente, parece que ahora a fuerza de la concentración del poder central, y a fuerza del ahogamiento de la democracia ante la imposibilidad de una participación a ese nivel, entonces se revierte el proceso, y en cierta forma la línea de tendencia es hacia una tendencia de ejercicio ciudadano desde los espacios básicos, locales, municipales, regionales, hacia la recuperación de una ciudadanía -digamos- nacional, pero con otro nivel y alimentada en esa primera base local.

Por lo tanto, entonces, podríamos decir -en cierta forma sintetizando eso- el flujo, o sea el proceso de centralización/descentralización, poder central, poder municipal, es un flujo en cuyo devenir histórico, lo que está realmente por detrás -que es el ejercicio del poder- y articulado y expresado en una forma democrática, es eso, y la posibilidad de que uno u otro proceso contribuya a eso, lo que en cierta forma puede garantizar, puede calificar, entonces -digamos- la bondad, lo correcto de ese proceso.

Hoy diríamos, que entonces parece que el flujo tiende hacia la descentralización, hacia los procesos locales, regionales, y municipales, y eso puede estar bien si se dan algunas condiciones de las cuales yo destacaría fundamentalmente dos: 1) si la descentralización implica una posibilidad mayor de ejercicio de la ciudadanía -la ciudadanía entendida en este caso, como participación democrática en el juego del poder-. Aquí me parece que es bueno ir más despacio. No hablamos esta cuestión de participación, casi siempre reducida a participación comunitaria, ha ido cayendo en un gran desprestigio, en parte porque lo comunitario -no sé si en la Argentina acontece, en mi país y en muchos otros sí acontece- se entiende como comunitario casi como lo marginal, lo pobre, lo de segunda, o sea, no se habla de participación de la sociedad o de participación social, sino de participación comunitaria, cualquier ministro de salud, o cualquier funcionario

de un organismo internacional habla de participación comunitaria, casi siempre entendiendo a la comunidad como los sectores marginales, y hacia abajo. De lo que estamos hablando aquí no es de esa participación, no es la negación de esa participación, es el retomar eso con una participación social, o sea, el ejercicio ciudadano de los distintos niveles, o tipos, o grupos de ciudadanos que se dan, desde la participación obrera, la participación campesina, la participación militar, y la participación gerencial, etc., etc., etc., pero una participación de la sociedad, no de la comunidad -insisto, sobre todo en la medida que la comunidad tenga ese carácter peyorativo, de la comunidad de los pobres, de la comunidad marginal, que no quede excluida pero no podemos hacer ese juego-. Y estaba diciendo, que este ejercicio de la ciudadanía es fundamentalmente, una posibilidad de participación en el poder, por lo tanto, entonces yo diría, esta primera condición para que la descentralización signifique un avance, es en la medida en que ella sea fundamentalmente una ampliación de la posibilidad del ejercicio ciudadano en los distintos campos -y en la medida en que ahora vamos cerrando el campo del que tratamos aquí, hablaremos de la participación social en el campo de la salud, de la vida, y por lo tanto de la confrontación y el entendimiento de los procesos de enfermedad-.

Y una segunda condición, que me parece fundamental, y que hoy pesa mucho, es en la medida en que estos procesos de descentralización signifiquen la posibilidad de una mejor gestión de lo público, supongo que también en la Argentina, pero en muchos otros países de América Latina hoy hay gravísimas acusaciones en torno no sólo a la corrupción de lo público, sino a la casi ineficiencia de lo público. Se trataría si la descentralización, o sea, la descentralización significaría hoy un avance, desde esta perspectiva, en la medida en que creará las condiciones de posibilidad de una gestión pública no sólo más eficaz, sino también más digna, más ética, porque en cierta forma hoy hay un cierto cansancio en la ética de la gestión pública, y algunos procesos latinoamericanos -podemos decir varios, puedo enunciar el caso concreto de Venezuela-, hay mucho además de crisis política, hay también una crisis de credibilidad del Estado, y una cierta fatiga de corrupción y de desengaños sumados.

Diríamos entonces, que en este caso el proceso descentralizador sería progresivo en salud, en la medida en que, además de significar una posibilidad mayor del ejercicio ciudadano -en los términos que vamos a describir más adelante-, permitiera realmente una mayor eficacia del sector público, una mejor gestión de este sector. Pero, puede pasar con la descentralización todo lo contrario, o sea, la descentralización puede convertirse en muchas cosas negativas, yo enuncio fundamentalmente dos:

1º) la descentralización puede convertirse en un instrumento, en una condición de lo que ahora se llama el "nuevo orden mundial", el nuevo orden interna-

cional, o sea, un instrumento para que haya un reacomodo del poder al servicio de lo que se quiere ahora constituir como nuevo orden mundial, en el sentido de un poder unipotencial, multifocal, neocolonial, neoliberal, y me parece que hay que estar con los ojos muy abiertos a que en esta práctica no se convierta en un instrumento de esto, por lo tanto, hay que hacer un trabajo para lograr que el proceso democratizador en lugar de aportar a una nueva democracia restringida, a una nueva democracia dependiente, constituya un proceso de conciencia regional, local, autovalorativa, hacia la constitución de nuevas dimensiones en el poder internacional.

2º) Otro riesgo que me parece alto también, es en este momento que estos procesos descentralizadores terminen reducidos a una propuesta tecnocrática -como dice el título de hoy, lo dice en forma de pregunta, lo diríamos ahora como una posibilidad real- en la que haya un cierto reduccionismo, y en la que la descentralización y la municipalización, terminen por convertirse en una forma de instrumentar, de utilizar, o de propiciar la participación de la comunidad, en los términos negativos antedichos. Sintetizaría hasta aquí diciendo, que el proceso descentralizador como proceso histórico, es un proceso que puede en la fase actual contribuir a una democratización mayor, a una participación mayor, siempre y cuando se den determinadas condiciones, y se interpreten adecuadamente en cada uno de los contextos en los cuales se den.

Un segundo punto que quiero tratar -me disculpan que ya estoy creyendo sobre el tiempo- es una pregunta muy simple, realmente en salud qué es lo que se descentraliza, o sea, qué es lo que debe democratizarse en salud -sería otra forma de plantear la pregunta-. Digamos, en primer lugar puede ser en cierta forma cualquier cosa, o sea, puede descentralizarse la pobreza, y en varios lugares uno ve que lo que se pretende es eso, es casi repartir la pobreza y dejar que la gestión de la pobreza quede en manos locales, o sea ante la imposibilidad de una gestión nacional, y el incremento de la pobreza por las medidas de ajuste, el proceso descentralizador podría devenir en una forma de reendosar a los sectores populares, y a la población en general, los cobros o los costos de esos procesos de ajuste. Puede ser también ese proceso descentralizador, puede descentralizarse la justificativa de la huida del Estado de su fundamental papel, en la garantía de condiciones sociales y entre ellas las condiciones que hacen posible la vida y la salud, y entonces contribuiría este proceso a tapar, a regar, a distribuir esta huida, esta pérdida del Estado, lo que decía anteriormente también, del riesgo de que se descentralice lo instrumental, en cierta forma, que la descentralización sea la instrumentación del centralismo, o sea que manteniendo el poder central el proceso descentralizador sea simplemente un proceso instrumental en el cual se aplique, se haga simplemente lo que está previamente decidido a nivel central.

Y un último punto respecto a esto de lo que puede negativamente descentrali-

zarse -ya lo trató Susana, no me voy a extender- es el proceso privatizador. Diría entonces, qué sería entonces lo que idealmente debería descentralizarse en el campo de la salud. Yo señalaría lo siguiente: fundamentalmente la descentralización del poder en el territorio de la salud, lo que implica descentralizar, democratizar el poder en salud, democratizar el saber en salud, democratizar el quehacer en salud, democratizar la práctica, la gestión en salud, y democratizar, hacer más participativa también la gestión financiera en este sector. De la descentralización, la democratización del poder en el sector salud, debe traducirse en una transformación fundamental de la participación en la construcción del saber, en la circulación del saber, y en la aplicación del saber, debería traducirse en un diálogo mayor de los distintos saberes y prácticas, con un profundo respeto por los saberes populares, por el saber no oficial, por el saber no tradicional, y una apertura mayor a un diálogo de saberes, y así para adelante.

Y diría también, que sería altamente conveniente que lo que se descentralizara fuera -no sé si la expresión sea correcta o no- una descentralización de la conciencia, esto si es muy riesgoso de decirlo, no estoy seguro de que esa categoría sirva, pero lo que quiero decir es que haya más respeto ciudadano por las distintas representaciones, por las diferentes pautas categoriales sobre la vida, sobre la salud, y sobre las prácticas para enfrentarlo, y por lo que pudiéramos llamar las "ideas fuerza" de la sociedad, en torno a su concepción de la vida, la muerte, la salud, etc.

Y un punto, para terminar, son algunas reflexiones en torno a la cuestión del municipio. El municipio aparece hoy a primera vista como un buen espacio para ensayar alternativas en los distintos campos, entre ellos el del territorio de la salud. Uno diría, que en cierta forma, un poco en extenso, esta corriente municipalizadora sería la concreción a este nivel del ejercicio de la gestión y de la conciencia, de lo que acontece en la sociología con la vuelta a las sociologías particulares, en la teología que, sin negar a Dios, vuelve a buscar a Dios en lo cotidiano, en la práctica, etc., etc., etc., la búsqueda de las historias de vida, la cuestión de la vida privada, o sea, esta corriente municipalizadora es una retomada de la conciencia de los niveles intermedios entre el individuo y el Estado, entre un Estado excesivamente lejano y la posibilidad de un territorio como de mayor circunscripción. El municipio, entonces, aparece como un espacio intermedio de las relaciones hombre/naturaleza, y de relaciones sociales. En cierta forma, el municipio aparece como nicho ecológico/político. Y en ese sentido, entonces, la municipalización puede ser una forma de toma de conciencia de una nueva articulación en la Nación, como un espacio, como un campo de acción del poder de un nivel local, a un nivel más próximo, como una posibilidad de concreción de las diferentes acciones, de una manera más visible, más próxima, más cogestionaria, y como un espacio de materialización, en este caso de la descentralización.

Pero, igual aquí que anteriormente, podemos decir que hay también muchos riesgos con la municipalización, enunciaría tres fundamentalmente: 1º) una mistificación del municipio, o sea, convertir ahora el municipio en la gran alternativa, en la suprema posibilidad, también tiene sus riesgos, y también desvía, también niega dialécticamente algo que debe estar integrado en otro contexto. 2º) Otro riesgo que me parece muy serio, y aquí me quiero detener un minuto, es pretender municipalizar la salud. La salud no es municipalizable, se pueden municipalizar prácticas, maneras de crear, pero la problemática de la salud está infinitamente por encima de los límites de diferentes nichos ecológicos, o de diferentes nichos políticos administrativos, en cierta forma la salud, no los servicios de salud, y la relación con la vida, que se hace posible en la relación hombre/naturaleza, del hombre consigo mismo y con los demás, esa salud no es municipalizable, por lo tanto, sería un error garrafal pretender crear una cierta cosa municipal en todo el territorio de la salud. 3º) Y finalmente señalar la materialización, que el municipio no vaya a significar la materialización de esa conceptualización negativa de descentralización anteriormente hecha.

Quiero terminar finalmente, con una breve alusión a la cuestión de Colombia en relación a la cuestión de municipalización, no a otros aspectos. En primer lugar, la Constitución colombiana -una de las más jóvenes constituciones del mundo, acaba de cumplir un año -el 4 de junio de 1991 se publicó- traduce muy bien al país en su forma actual- o sea, con toda su conflictividad, con todas las fuerzas en movimiento, no es una Constitución que les guste a los juristas -me he dado yo cuenta-, les parece muy a la carrera, muy heterodoxa esta Constitución, pero expresa la realidad política del país, en esa Constitución el municipio fue intensamente favorecido no solamente en términos administrativos, sino el municipio -más o menos en los términos que decía antes- como un espacio de gestión ciudadana, como un espacio, un cierto nicho ecológico/político en el cual se juegan estas relaciones del poder, y en las cuales el ciudadano teóricamente puede sentir más cerca al Estado, más participativo, más haciendo parte de, que sufriendo, padeciendo, o esperando desde lejos algo. Por esta fuerza que la Constitución le ha dado al municipio, y por la guía del primer mundo en las ciudades saludables, en el país hoy se habla mucho más de municipio saludable que de SILOS, y se hace toda una filosofía y se construye, se contribuye a construir una conceptualización de lo que sería un municipio saludable, que realmente -como lo dijo ya Adolfo- es algo distinto a la constitución propiamente de un SILOS, o sea en un municipio saludable -según la concepción del mismo Adolfo-, podría evidentemente haber varios SILOS, o no haber SILOS.

Realmente este proceso de municipalización está abriendo en el país una posibilidad real de acción participativa, o sea, de una mayor conciencia de la posibilidad de actuación, de la posibilidad de intervención, de la posibilidad de cons-

truir algunas formas distintas en todos los territorios, y para el caso particular en el campo de la salud. O sea, hay una posibilidad real de acción participativa, y de acción comunicativa. Ahora, obviamente, la municipalización tiene grandísimos obstáculos, ya no solamente obstáculos conceptuales, sino obstáculos de la más diversa índole, aun del estado actual de las cosas, aun en el territorio económico, la municipalización choca con grandes obstáculos -hay un municipio que en el país ha querido crear su proceso de municipalización y no ha podido, porque el Estado no le puede pasar fondos porque lo tiene intervenido un juez. El municipio tiene una deuda hasta el año 2020, porque no le ha pagado a una Caja que le atiende los servidores municipales, entonces todos los bienes del municipio están interdictados hasta el año 2020, va a ser muy difícil la municipalización en esa región. Y al mismo tiempo, en el país con este proceso de municipalización se está dando un proceso de revanchismo de los viejos micropoderes locales, de los viejos caciques locales, y esto realmente traba, hace difícil la posibilidad de esa oxigenación de esa conciencia municipal más renovada, que trata de impulsarse actualmente. Eran estas algunas de las ideas que quería plantear. Me disculpan por la premura, y me disculpan los compañeros de mesa por el tiempo mayor. Gracias. (*Aplausos*).

Roberto Belmar: Sin duda, quisiera compartir los puntos de vista anteriores, felicitar esta extraordinaria e interesante jornada, que no sólo ha sido importante en este ámbito conceptual, sino diría también más rica en la interacción que nos ha tocado participar a nivel de los talleres, y sobre todo las conversaciones y la dinámica que ha generado la relación informal en los pasillos, encontrando no amigos que conocíamos, sino también amigos que no conocíamos pero que compartían las mismos ideales, los mismos principios, y ambos deseosos de aprender mutuamente, así que quiero en mi nombre agradecer la oportunidad de estar con ustedes, y en mi vida he participado en muchos congresos y reuniones, y ésta ha sido sin duda una de las más ricas desde el punto de vista en el que creo, que he recibido mucho más de lo que modestamente pudiera yo aportar. Sin duda, que en quince minutos va a ser muy difícil compartir con ustedes todo lo que tenemos que decir, porque nosotros los chilenos, y sobre todo los chilenos que nos consideramos del ámbito del mundo socialista, queremos contar un poco qué significan estos 50 años que están culminando hoy en día, que parte de la República Socialista del comienzo de los años treinta, hasta que hoy día en que la vertiente socialista es parte importante del Gobierno de la Concertación Nacional, y en ese contexto, cómo nosotros podemos influir en reconstruir una nueva sociedad con tanta experiencia como la chilena, y después de haber salido de tantos años de oscurantismo como lo que ha acabado de suceder.

Es una tarea muy difícil, voy a tratar de mantenerme dentro del tiempo, sin

tratar de copiar a mi amigo colombiano, y plantearme tres grandes áreas: ¿cuál es la experiencia nuestra en cuanto a participación social, cuál es el modelo que surge de esta experiencia y que lo vamos a explicitar en estructuras de tipo legal, leyes, reglamentos, y estructuras normativas, y ¿cuál es la experiencia -aunque muy corta- que nosotros tenemos en este momento de la aplicación de este concepto de participación social, en el marco de esta nueva terminología, que es la terminología de los SILOS? A nosotros los chilenos nos molesta el término SILOS, porque nosotros venimos tratando de construir hace muchos años, y este invento conceptual nuevo desconoce estos 50 años de trabajo. Sin duda, que de la experiencia del socialismo básico chileno, surge el primer centro de salud de América Latina a comienzo del año treinta, en Quinta Normal, dirigido por un binomio técnico político. El director del consultorio era Gustavo Molina, y el asesor político era un joven médico llamado Salvador Allende y allí se concibe la enfermera universitaria de Salud Pública que empieza a generar este concepto de trabajo en equipo, de sector de programa materno infantil, que culmina en el Frente Popular cuando Salvador Allende como ministro de 33 años, pone en la mesa como proyecto de ley presentado en el año 1939 el proyecto de Servicio Nacional de Salud, que tarda 13 años en ser reconocido como proyecto, y se aprueba en el año 1952 como proyecto de ley, creando y unificando las distintas líneas que había en Chile, un país de larga experiencia en salud pública, la beneficencia de los hospitales, la PROTINFA, que es la protección materno infantil, las Cajas de los obreros, hoy su ley de seguro obrero obligatorio, etc. Y se crea el Servicio Nacional de Salud, que fue de una riqueza extraordinaria, y que fue generado en un Chile que estaba en pleno proceso de la gran recesión mundial, saliendo de la Segunda Guerra Mundial, con mucha pobreza, monoproducción, país joven, enfermedades infectocontagiosas, problemas materno infantil.

Por lo tanto, todo lo que es el Servicio Nacional de Salud, es un servicio que se generó para ese contexto, generado conceptualmente en el año 1939 en un excelente diagnóstico, en un libro que hizo Don Salvador -que es una inspiración para todos los chilenos-, que hizo un primer diagnóstico de situación muy acabado en ese tiempo. Pero sin duda que es superado; el Chile para el que fue creado el Servicio Nacional de Salud desapareció, éste es un país nuevo, de estructura demográfica diferente, con problemas de enfermedades crónicas, degenerativas, de medio ambiente, que demanda que nosotros repensemos la estructura de salud. En estos años, qué hemos aprendido aquellos que hemos trabajado en atención primaria, y en participación comunitaria, nosotros fuimos los que inventamos el término de medicina comunitaria, hubo un departamento de medicina comunitaria que me tocó dirigir y crear en la Escuela de Medicina, a fines de los años cincuenta y comienzo de los sesenta, en los cuales nosotros hicimos muchas cosas positivas, pero también hicimos grandes errores, en vez de contarles

lo bueno, siempre uno tiene que compartir en estas reuniones los errores. Primero, planteamos que había que hacer una participación social para la salud, y eso culminó en el gobierno de la Unidad Popular cuando generamos los Comités Paritarios y los Consejos de Salud para la Salud, que sesgaba la participación social y hacía como una subespecialización de hacer participación social sólo para la salud, con todos los aspectos que tú has planteado y que fueron muy importantes, porque veo que compartimos ese punto de vista. El sesgar la atención en hacer una especie de participación social solamente para las organizaciones sociales de base, dejando afuera grandes actores y preocupándose sólo de una salud, y de una salud para los médicos; cuando los médicos hacíamos participación social lo hacíamos para nosotros mismos, para hacer mejor nuestros programas, para que la comunidad nos aportara recursos, para hacer mejor la salud del doctor, la salud de la píldora, la salud de la receta, del examen de rayos, etc.

Así que hemos aprendido que para hacer participación social todos los actores sociales deben estar allí presentes. Lo segundo que aprendimos: el voluntario de salud. Los voluntarios de salud, cualquiera sea el mecanismo que nosotros los seleccionamos, si entran a la égida del Estado, pasan a ser portavoces del Estado, que de alguna manera coparticipan con el Estado en su proceso -podemos usar el término- de dominación o de venta de ideas, que pueden ir de la dominación absoluta a simplemente vender la idea del momento. Me ha tocado por mi vida conocer muy profundamente otras experiencias, no solo la chilena, los *bearfoot doctor* de China, el *felcher* de la Unión Soviética, los voluntarios de salud, las promotoras de salud de Colombia, y generalmente hemos aprendido que el voluntario de salud dentro del equipo de salud va perdiendo paulatinamente su identidad ciudadana, comunitaria, social, para transformarse en un funcionario que demanda un puesto dentro de la salud.

Así que nosotros hemos planteado sin dejar de desconocer el valor del voluntario de salud, mecanismos novedosos y nuevos, como trabajar con ellos sin producir este fenómeno de la deformación del voluntario de salud. El otro concepto que nosotros queremos recuperar y que hemos aprendido, es el concepto medicalizante que tiene todo proceso de salud, donde el rol hegemónico, el médico, que se nos educa diciendo que nosotros somos los líderes naturales de un equipo de salud, y por lo tanto nosotros somos los que decidimos. Hemos aprendido a través del tiempo que el liderazgo en el equipo de salud es un liderazgo de tipo rotatorio, que cae en los distintos miembros del equipo de salud, pero que el equipo de salud es más grande que los funcionarios de un consultorio o de una instrumentación de salud, que figuran los científicos sociales, las fuerzas sociales, las organizaciones sindicales, las otras expresiones de la vida social: el profesor, el representante de la iglesia, el representante de las organizaciones deportivas, de los grupos juveniles, etc.

Es decir, que sin duda el equipo de salud debe ser siempre un equipo muy flexible, que tenga la capacidad de ir aportándose de aquellas fuerzas y aquellos elementos que lo van a enriquecer en la función que nosotros estamos estableciendo. Basado en esa experiencia, he agregado un segundo elemento que es *extraordinariamente importante*, que hasta ayer -hasta muy ayer- cuando hacíamos salud, hacíamos programas de las personas, de ahí que siempre hablamos del programa materno infantil, el programa maternal, el programa del adulto, el programa del adulto mayor. Y nos olvidamos que la otra gran preocupación que debe tener el equipo de salud es el medio ambiente. Que si desvinculamos al individuo del medio ambiente y dejamos al medio ambiente en otra función, estamos cometiendo un error craso desde el punto de vista epidemiológico, porque desde el punto de vista epidemiológico nuestra población en riesgo es un grupo humano que vive en una situación ecológica, por lo tanto para expresar esta situación nuestro centro de foco de atención es el individuo en su familia y en su sociedad, en su medio ambiente. Y ese es un elemento, a mi modo de entender, *extraordinariamente importante*.

El tercer elemento que yo quisiera establecer es el concepto de la gestión. Los sectores de atención primaria o los sectores de salud reciben una cantidad *extraordinariamente importante* de recursos que nosotros gestionamos, estos recursos que llegan a nuestras manos partiendo de la base que cuando hablamos de mala gestión no hablamos de corrupción, sino que hablamos de mala gestión cuando son mal usados. El despilfarro que hace el equipo de salud en los distintos niveles expresa muchas veces el mal uso de estos recursos al definir en forma inadecuada los objetivos, en usar instrumentaciones fundamentalmente médicas despreferenciando la prevención, el concepto de control de riesgo, el concepto del control de preriesgo, el control de fomento de la salud.

Por lo tanto, el área de gestión es un área que debemos nosotros reconocer y mirando hacia atrás como profundamente errada -y yo debo decirlo, como directores de tantos consultorios, de haber trabajado tanto tiempo-, y ahora al haberme metido un poco más en el proceso de gestión moderna, cuántos errores cometimos y cuántos despilfarros hicimos, y cuánto despilfarro vi a mi alrededor en estos momentos. Así que, basado en esos conceptos, nosotros planteamos un modelo no solo conceptual sino estructural, vale decir que estas ideas las estamos plasmando en estructuras legales que nos permita no sólo hacer algo y poder mostrarlo, sino hacer algo que sea parte estructural de la sociedad. Para llegar a esto, *no* partimos haciendo todo el primer día, sino que establecimos "áreas de validación" donde estas ideas se valorizaron, y "áreas de validación" en la cual no le pusimos plata extranjera, ni le pusimos nuestra mejor gente, ni le pusimos más, sino que con los recursos reales del Estado buscamos los dos municipios urbanos más grandes de Chile, La Florida, que tiene casi medio millón de habi-

tantes, y Conchalí. Ambos eminentemente populares, La Florida con un sector importante de clase media baja, Conchalí un sector popular muy antiguo, y un grupo rural donde están nuestros hermanos mapuches, fundamentalmente expresado, que es la etnia rural en la zona de Temuco en el sector de Chonchón. Y allí pudimos nosotros ver este modelo, este modelo de participación social y sistemas locales de salud, y ver cómo operaba, aprender de allí -no los voy a cansar con la experiencia-, estuvimos mirando, aprendiendo, tentando modelos, haciendo ideas, evaluándolas, contrastando, y realmente proponer una cosa que no venía del pizarrón, o del libro de sociología, o de la experiencia que tuvimos algunos de nuestros países, sino que aplicar modelo y vivir.

Y esto es muy importante, lo que nosotros traíamos en la mente hace dos años, cuando por primera vez -en mi caso particular después de 18 años- volví a pisar las gradas del Ministerio de Salud, es muy distinto de lo que en estos momentos estamos proponiendo. Estos sólo 24 meses de gestión nos han hecho aprender extraordinariamente, y la propuesta que les voy a describir muy someramente, proviene no sólo de la de la herencia que tenemos de más de 50 años, y de la experiencia, y lectura, y la interacción, sino de la aplicación real de estas ideas en áreas -diría yo- tienen más de un millón de habitantes, vale decir que equivalen a casi un 10% de nuestra población; es decir, que partimos de un modelo que realmente nos permite decir que hay alguna seguridad. En primer lugar comparto -y para eso no me voy a repetir- lo que dijeron mis antecesores en cuanto a los riesgos de la descentralización dentro de la descentralización, nosotros realmente queremos descentralización en el marco que se dio, en la entrega de poder, en el manejo del presupuesto, en una gestión adecuada. También queremos que la sociedad en total participe en este proceso.

Entonces en este momento en Chile hay dos leyes -un conjunto legal ya aprobado-, que es la Reforma Regional, -la región equivale a la provincia-, y un proyecto de ley en ciernes, que es el Concierto de la Salud Municipal. Para hacer esto hay tres instrumentos: el instrumento mayor es el "Concejo con C", que es el Concejo de los concejales, los cuales son electos por la población, que es una especie de Congreso local que transforma las normativas nacionales en leyes locales. Hay un Concejo Comunal y hay un Concejo Regional, ambos generados democráticamente, que van a permitir en un proceso de votación directa -un voto por ciudadano- de poder elegir el Concejo Comunal, y éste a su vez elige los concejales regionales, que permite exista esta representatividad de la fuerza local por sobre la fuerza centralista. Segundo que exista a nivel de Comuna o Intercomuna, cuando las Comunas son muy pequeñas el Consejo -con "s"- Económico Social, que es el antiguo Consejo Comunitario que teníamos en el pasado, pero ya no de las organizaciones clásicas de base, Centro de Madres, Junta de Vecinos, sino que lo llamamos Económico Social, que todas las fuerzas de la socie-

dad estén representadas, incluyendo el sector productivo, que es un factor extraordinariamente importante en calidad de vida y en situación de salud, no podemos hacer en la zona maderera nada de salud; si la industria maderera no está sentada en torno de la mesa del diálogo y de la discusión, porque ellos son parte del problema, pero deberían ser parte de la situación, por lo tanto, este segundo consejo es extraordinariamente importante por ser el lugar donde se produce una adecuación de la normativa nacional a la real y local, no por la expresión solamente política sino por la expresión de la fuerza social.

Me voy a saltar, en el proyecto de ley, en la parte de salud se plantea, que una vez que está elaborado el programa de salud comunal, no puede ser conocido por el Concejo -con c- de los ediles electos, sino antes aprobado, discutido y modificado, por el Consejo Económico Social, es decir, hay un paso regulado por la ley en que la sociedad va a poder expresar su punto de vista sobre el programa de salud. Pero, para que haya SILOS -en el concepto real que estamos hablando- tiene que haber otro, que es el Consejo Técnico de Salud del SILOS, el cual lo dirige el director de salud, donde están presentes las autoridades técnicas del ministerio a nivel desconcentrado local; es decir, el director de atención primaria local, el director de programa local, el director de medio ambiente local, no el nivel central que yo represento, sino el nivel local, pero a su vez, los jefes de salud de cada una de las comunas-, y ellos son los que generan el marco conceptual, para iniciar el proceso de programación en salud, vale decir, que el programa de salud se inicia a nivel del SILOS, donde están los tres niveles, de allí va a la comuna, prepara su programa, que tiene que pasar por el Consejo Económico Social, para que después de un diálogo -no los voy a cansar con los detalles- entre comuna y servicio, se presente un programa que esté de acuerdo a las normas generales nacionales, para no perder la unidad nacional, pero que cuando lo aprueba la comuna, lo aprueba y lo hace propio de ley, con presupuesto propio, y con manejo presupuestario propio. Si hay un problema de discrepancia entre lo que dice Salud, y lo que dice la Comuna, hay un nivel de apelación que es el nivel regional, no el nivel nacional ni el nivel de salud, porque creemos que el nivel de región es el que tiene que tener la capacidad de dirimir. No voy a entrar en detalles, porque la experiencia nos ha demostrado que en aquellos lugares en que uno opera, que en realidad creemos, tomando en cuenta todos los antecedentes que se han planteado acá, y nosotros reconocemos los riesgos que se han puesto en forma tan clara en la mesa.

Quisiera en el último minuto -y ya me pasé- decir el rol de las ONG, porque creo que no se ha tocado aquí en forma adecuada, y nosotros tenemos una buena experiencia. durante los últimos 17 años, fue siempre visto como antagonista por la población, por lo tanto, surgieron centenares de ONG, y de ellas centenares en Salud, que cumplieron un rol fundamental para dar salud a nuestra población. La

riqueza que esa ONG planteó -yo lo digo públicamente- fueron uno de los factores fundamentales del retorno a la democracia de Chile -como yo digo, un poco en chiste, después vinieron los dirigentes partidarios que estaban en el exilio a administrar la victoria del Movimiento Solidario Chileno, yo era uno de los que volvía, así que es una autocrítica-. Pero creo que fue gravísimo, que cuando vuelve el Estado, todo el apoyo internacional se vuelca hacia el Estado, y las ONG empiezan a desdibujarse y desaparecer, y a nosotros -desde el punto de atención primaria- nos pareció peligrosísimo, porque allí había una riqueza mucho más de lo que el Estado es capaz de hacer con todos nuestros programas, con toda nuestra ciencia, lo que uno ve y lo que uno veía.

Entonces, lo que ha hecho el Estado en estos dos años, ha trabajado no sometiendo a la ONG hegemónicamente al Estado, sino también que trabajando con la ONG. Se han hecho propuestas donde las ONG han hecho planteamientos como la ONG desde su ámbito solidario, desde el programa de trabajo en el SILOS, y puede establecer un trabajo y una propuesta de trabajo, lo que hace el Estado es financiar la propuesta. Pero, la ONG trabaja independientemente del Estado, solamente nosotros nos preocupamos que los dineros se gasten en la forma que se dijeron que se iban a gastar.

Tenemos en este momento más de cien proyectos con un financiamiento cercano a los 1.000 millones de pesos chilenos -que son alrededor de 3 millones de dólares-, lo cual desde el punto de vista de Chile, es una cantidad muy importante de dinero para hacer cosas que el Estado nunca las va a poder hacer, y ahí está el rol de los voluntarios de salud -que yo les decía-, ahí está la parte de educación, el trabajo con la mujer, el trabajo a nivel de los pesticidas, de los trabajadores de tipo inmigrante en la agroindustria, el trabajo de los mineros en el norte, y la riqueza que nos puede dar la ONG, que sin someterla al Estado, sino que trabajar en sociedad igualitaria, creo que es de una riqueza tan grande, que el presupuesto de 1993, cuando ya se acabe el dinero dulce del retorno a la democracia, lo estamos incorporando al presupuesto de la Nación, para que cada SILOS disponga de fondos para seguir en esta tarea correspondiente a aportar y apoyar el trabajo de ONG -es lo que tendría aplicado Argentina, éste es un trabajo de ONG que tenemos acá, una reunión como esta el Estado debería apoyarla pero no controlarla, sino que financiar un proceso de la calidad como esto-.

Eso es lo que nosotros pensamos hacer, sin duda que me quedan muchos otros temas que yo quisiera entrar, una última palabra en torno al riesgo de la privatización. No voy a entrar en detalles, porque podría ser riesgoso para entrar en cosas que son de manejo interno del Estado, pero es importante que en los procesos de cambio, esté el componente de pensamiento socialista, porque de alguna manera una de nuestras tareas, consiste fundamentalmente en prevenir el proceso de privatización. Porque se produce lo que se llama el proceso de "des-

natar” -como cuando uno le saca a la leche la mantequilla-, entonces consiste en que si uno deja mecanismos legales un poco abiertos, los fondos de los ricos se van hacia los sectores de alto ingreso, y los sectores populares van perdiendo su capacidad de recibir servicios. Y lo importante al hacer cualquier proyecto de ley es cerrar los resquicios, para que este proceso de desnatar, que a lo mejor no se hace hoy día, se pueda hacer mañana. Porque nosotros estamos conscientes, de que uno de los riesgos más importantes del proceso de descentralización, es una puerta de entrada para el proceso de privatización, y caer en este fenómeno que ha sido largamente discutido. Nosotros creemos que esta es una batalla que la vamos a tener todos los días, no es una batalla que se gane o se pierda, es una lucha permanente de tensión entre un Estado solidario que cree en el crecimiento con equidad, y que no cree en el revalce, que cree que lo que produce la economía sana de un país debe ser redistribuido, focalizado en los grupos, es decir que el que tiene menos reciba más, y que este proceso se regule de forma adecuada, impidiendo que se produzca el fenómeno inverso: ¿cuál es?, que los que tienen más sigan teniendo más, y los que tienen menos se sigan desprotegiendo. Así que yo, con estas palabras, quisiera cerrar agradeciendo a ustedes. (*Aplausos*).

Gastão W. de Souza Campos: Yo estoy con un poco de frío, yo quisiera pedir perdón por la masacre que haré en los próximos minutos con la lengua española (risas). Yo no voy a hablar sobre experiencia brasileña, yo voy a hacer algunas reflexiones más generales -ahí está una brasileña que se está riendo de mí-. Voy a partir de las reflexiones que hizo Saúl Franco acá, para mí fue muy bueno, porque yo pienso que lo que nosotros teníamos que discutir es exactamente eso que él habló. O sea, qué hacer con la descentralización, qué propuestas, qué directrices, qué programas, qué acciones deberíamos desarrollar para que la descentralización no tenga los riesgos, y esa serie de problemas que él apuntó acá. En Brasil, también hubo un proceso de municipalización de la salud; la mayoría de las acciones de la salud están a cargo de los municipios. Yo intentaré hacer aquí una reflexión. Yo pienso que la descentralización puede ser un instrumento muy importante, central, para la recuperación, para la reforma del Estado, -como Susana decía- o sea, yo creo que hay -creo no, hay- una crisis muy clara de las instituciones públicas, de la administración de las instituciones públicas. El socialismo real se cayó, las instituciones públicas de América Latina, de Europa Occidental, con o sin corrupción, con mayor o menor corrupción, encuentran una dificultad muy grande para representar, para colocar en operación, acciones de salud, de educación, que atiendan las necesidades de la gente, que tenga un dinamismo capaz de representar los conflictos y las contradicciones de nuestra sociedad moderna. Yo pienso que la descentralización puede jugar un rol muy decisivo en soluciones, y que la izquierda hasta hoy no experimentó en la práctica.

Hoy por la mañana, yo estaba en la posición de ustedes -escuchando-, y me acordaba que un psicoanalista decía que estar a favor o en contra de los hospitales psiquiátricos era una cuestión política o ideológica. Yo pienso que hay un procedimiento que los sectores conservadores -no sé si ese psicoanalista era conservador o no-, nosotros somos todos conservadores, pero yo estoy hablando de un procedimiento conservador muy general que es el siguiente: los sectores conservadores presentan sus proyectos, sus propuestas, sus objetivos, como necesidades inevitables, como necesidades ineludibles, y nuestros proyectos los proyectos de reforma de transformación, son calificados por ellos como ideológicos, dicen que son políticos -y en cierto sentido obviamente lo son-. Pero yo pienso que eso es una trampa, que nosotros frecuentemente caemos en ella, sí son los derechos, los locos tienen todo el derecho de salir de los hospitales, pero no es solo eso, hay más que eso, hay algo más que el derecho. Hay una cuestión de razón, de razonamiento; con toda la crisis de la razón moderna la lucha política exige que nosotros trabajemos con esas categorías también. Entonces, de qué se trata en ese caso: de que el hospital psiquiátrico no resuelve nada, no tiene ninguna eficacia, cualquier epidemiologista puede hacer una serie de estudios y comprobar que este modelo de atención no mejora, no cura, no restablece a los enfermos, y que hay otras alternativas de eficacia. Es una cuestión de derecho, de humanización, pero también es una cuestión de que no es posible. Yo pienso que con la descentralización pasa algo semejante -en mi opinión-, algo muy parecido. La descentralización aparece en la Argentina, y aparece en Brasil, como una directriz, como una consigna neoliberal, como una consigna conservadora, ellos la presentan como siendo capaz, como siendo la alternativa, para resolver, para ecuacionar esta cuestión de las instituciones públicas. Hay un diagnóstico que toda la gente por las calles hoy hace, y es el diagnóstico de la crisis de las instituciones públicas, entonces, los neoliberales, la prensa, los políticos, los intelectuales, los yuppies, y una serie de otras categorías, de clases sociales de la burguesía, dicen que la forma es o privatizar, o acabar con las instituciones públicas, y aquellas que son imposibles de acabar a corto plazo hay que descentralizarlas con dos objetivos: el primero sería la productividad, elevar la productividad; las instituciones públicas no tienen una rentabilidad, una productividad adecuada, y el segundo sería una captación de recursos de forma descentralizada. El Estado Nacional queda afuera, no hay más presupuesto, entonces, los municipios, los hospitales, tienen que luchar para conseguir su plata, conseguir su forma de financiamiento cobrando a las personas, privatizando, haciendo el juego del mercado, de la filantropía, de las donaciones, por ahí afuera. Pero, esa descentralización, este proceso de descentralización, que en cierta medida me parece que ocurre aquí en Argentina, ese horizonte; esa visión de la descentralización, es un horizonte que nosotros podemos romper, que nosotros podemos que-

brar. Sí depende de qué hacer en la descentralización, quiénes son los sujetos que van a implementar la descentralización, cuál es la correlación de fuerzas, cuál es el desarrollo de las varias fuerzas sociales, entonces, la descentralización puede tomar varios sentidos. Si es el Estado argentino, o si es el Estado brasileño, que va a implantar desde arriba un proceso de descentralización. Yo creo que el proceso de descentralización quedará en los límites de la privatización, de la atomización de los servicios públicos, en fin, en los límites de la utopía de la libre competencia, de que el mercado sería capaz de garantizar la solidaridad, que el porvenir sería venturoso si todos empezáramos a competir los unos con los otros, si todos volviéramos a ser animales nuevamente.

Yo pienso que esa consigna, esa directriz de la descentralización, tiene una vinculación muy estrecha con el capitalismo, con el neoliberalismo; el mercado es una institución descentralizada, los agentes económicos tienen una autonomía muy grande para hacer el juego económico, para tomar una serie de iniciativas. Entonces, esa propuesta de descentralización, es una visión que entiende al mercado como instrumento capaz de reorganizar, de comandar, de dirigir, la vida en la sociedad. Pero, la burguesía, los empresarios, tienden a hacer las cosas a medias -a media luz-; en mi opinión el iluminismo no avanzó porque quedó en manos de la burguesía. Si fuerzas sociales más amplias hubiesen tomado en sus manos el iluminismo, la razón, nosotros podríamos haber recuperado esas cosas. Lo que yo quiero decir con esto es lo siguiente: la descentralización es una categoría privada, es una categoría del capitalismo, del juego del mercado, y no es al mismo tiempo, porque la burguesía no puede admitir, que la descentralización vaya más allá de sus propios intereses. En tres instancias yo analizaré eso, en relación al Estado.

La descentralización del Poder Ejecutivo, en Brasil, en Colombia, significa que el señor presidente ya no manda más solo, ahora mandan los gobernadores, los jefes de las provincias. Los directores de salud y los gobernadores de las provincias no comandan, no dirigen solos ahora, ahora también los intendentes, los secretarios municipales de salud, o sea, la descentralización es pensada como descentralización dentro del Poder Ejecutivo, no es pensada casi nunca como una democratización directa del Poder Ejecutivo, lo máximo que se admite son las elecciones generales, la participación comunitaria, o alguna cosa por el estilo. La descentralización en las empresas, tampoco entra en el mundo de la producción, lo mismo que en el capitalismo. Todas las escuelas, todas las teorías de administración empresarial o administración pública, invocan de alguna forma el control directo de los jefes, de los coordinadores de las fuerzas de trabajo. La idea de la administración pública, de la administración privada, es una idea de subordinación de los trabajadores, de la gente. Incluso en la salud, no hubo una teoría que avanzara formas autogestionarias de administrar una empresa, de cre-

ar un consenso. Eso paró, por eso yo digo que incluso en la concepción neoliberal, en la concepción de la burguesía, la descentralización tiene límites muy claros.

Pero, estos tres objetivos serán alcanzados si existe un sujeto social colectivo, si se organizan los trabajadores, los trabajadores de salud, si los distintos sectores significativos de la sociedad civil de cada uno de nuestros países asumieran la participación, asumieran esta lucha, ¿hay en la Argentina y en Brasil un bloque, un conjunto de fuerzas sociales capaces de realizar esa tarea?, yo creo que no, pero la creación de este bloque, depende de este proceso, depende de que nosotros digamos que hay que garantizar lo público, hay que democratizar, hay que cambiar el modelo de atención para atender a la gente, para atender el interés de las personas, y la descentralización. Entonces, hay una relación dialéctica entre esas dos cosas, y yo creo que la salida, la clave, es que la descentralización debería ir más allá de la descentralización, hasta el Poder Ejecutivo municipal o local -no sé como lo llamarán-.

La descentralización tiene que caminar ante el equipo de salud, tiene que abrir espacios para formas de co-gestión, de autogestión, o sea, la transformación de la descentralización es un desafío mucho mayor del que nosotros podríamos imaginar. Yo tengo como cierto que esa tarea no es una tarea simple, no es una tarea fácil, como no es una tarea simple, como no es una tarea fácil, yo creo que vale la pena, es una tarea que tendría una gran potencialidad transformadora, no está asegurado, no está garantizado en ningún lugar, en ningún programa, en la cabeza de ningún intelectual que ese proceso va a caminar, hasta dónde ese proceso va a caminar, pero yo creo que éste es uno de los desafíos de la humanidad, no solo de Argentina, de Brasil, de Colombia, de Chile, es una posibilidad de que más allá de los intereses corporativos, más allá de los intereses privados, que la gente de la Boca, que la gente que camina y que toma el subterráneo, para que los pacientes en los hospitales, aquellas personas, aquellos grupos a los que nosotros damos tan poco, acreditamos tan poco, que nosotros imaginamos que tienen una capacidad intelectual tan chica, tan pequeña, esos grupos, esas personas, los médicos, ¿cuál es nuestra política para que los médicos argentinos y brasileños, participen, sean instrumentos de ese proceso de autogestión, ¿por qué? la descentralización es esencial? Entonces, mi propuesta es la municipalización sin los sistemas locales de salud, eso es muy bueno, es un hallazgo gerencial muy importante, pero la descentralización tiene que tener un contenido mucho más amplio, la lucha por la descentralización no depende de la OPS, no depende del gobierno brasileño, no depende de las personas que ocupan cargos en el Poder Ejecutivo, depende de movimientos, de acciones, de reflexiones, de creaciones autogestionarias como son las de estas jornadas. Disculpen. (*Aplausos*).

Guillermo Williams: Bueno, yo voy a tener que ser bien breve, brevísimo. Quizá, como participante totalmente local, es como que tenga que precisar claramente cuáles son mis pensamientos respecto de este tema, para que ustedes que en definitiva son la expresión viva de lo que pueden ser los niveles locales realmente en la Argentina, por lo tanto, seguramente todo lo que yo voy a decir son experiencias que ustedes están llevando adentro. En primer lugar, no pude asistir a todas las exposiciones que me precedieron, pero las que pude escuchar -al margen de ser realmente muy interesantes-, creo que plantearon como hechos importantes la cara y seca de cada uno de los temas, es decir la cara y seca de la descentralización, la cara y seca de la participación social, la cara y seca de los sistemas locales de salud, es decir, todo lo que puede tener de potencialmente rico, y todo lo que puede ser significativamente negativo, creo que donde más se hizo énfasis en esto es en el tema de la descentralización.

Pero, también, quiero aclarar un poco qué significa o qué puede estar significando -desde mi opinión personal- para la Argentina el tema SILOS. Sistemas Locales de Salud, es algo así como -podría definir- “vientos nuevos para traer ideas viejas”, ideas que creo que están hechas carne en todos los trabajadores de la salud desde hace mucho tiempo, y creo que el colega de Chile lo planteaba claramente, cuando planteaba toda la historia que Chile tiene en la estrategia de atención primaria. De la misma manera que esto es así, también es muy difícil de establecer modelos comparativos entre las realidades de nuestros países, y a su vez en nuestro país, en las realidades de las distintas provincias. Indudablemente, que el proceso de municipalización a partir de la constitución en Colombia, marca un rumbo determinado, una definición clara, política, hacia qué tiende, y enmarca un poco en el área de salud lo de sistemas locales -indudablemente que lo de Chile que hacía mención, en cuanto a la historia de la atención primaria, y también al resurgimiento de la vida municipal también marca algo importante-, pero si nosotros esto lo comparáramos con la República Argentina, veríamos que la vida y la riqueza de los municipios a su vez también es muy variable dentro de las realidades provinciales. El municipio en algunas provincias tiene una gran tradición histórica como eje de la vida comunitaria, como puede ser la provincia de Santa Fe, con sus movimientos municipalistas en su determinado momento, como puede ser la riqueza de los municipios de la provincia de Buenos Aires, en cuanto a la potencialidad que tienen y en cuanto a lo que realmente son.

Pero, de la misma manera, podemos hablar de muchas provincias en que el municipio no es una figura que exista, o que realmente no constituya *per se* algo importante. De todos modos, Sistemas Locales de Salud, no hay que manejarlo como algo dogmático, el cual sea un libro cerrado que hay que comprarlo con todos los requisitos que éste tiene, pero sí hay que rescatar esto de “vientos nuevos, ideas viejas”, quizá sí algunos elementos que tal vez le pueden dar mucha

más fuerza al nivel local. En primer lugar, la descentralización; la descentralización -obviamente- en función de esta cara -y no la seca, que antes hacían mención mis colegas-. Pero, descentralización que en definitiva sí es un proceso de democratización, el fin último de una descentralización es la verdadera participación social, es decir, que la descentralización no es un instrumento únicamente -sí por supuesto válido- de acercar al nivel decisorio, al nivel operativo, de transferir recursos, etc., etc., etc., para poder ejecutarlo mejor, pero el fin último de una verdadera descentralización, es establecer los mecanismos de participación social aceptados. Y participación social -y aquí concuerdo con el colega chileno- no es únicamente la participación de los individuos *per se*, que tiene que seguir existiendo, sino la participación de todas aquellas formas sociales que en la comunidad pueden estar agrupándose, y que tienen representación y vida.

Y acá, otro de los elementos importantes de la idea de sistemas locales, cual es la articulación, la articulación intra y extra sectoriales. Intrasectorial, los argentinos sabemos perfectamente bien la dificultad que existe para articular los subsectores que integran el sector salud, no solamente el sector público, el sector privado, sino también el sector de la seguridad social. Articulación extrasectorial, para considerar todos aquellos componentes que tienen que ver con la salud, y que no son directamente de la salud. Y por último, quizá como un importante elemento, la concepción de la administración estratégica local, como un elemento que permite en el nivel local, desarrollar todo aquello que es posible desarrollar. Pero, teniendo en cuenta que lo estratégico ya no es únicamente estratégico, sino que es estratégico y normativo, que existen momentos estratégicos de programación, y que existen momentos normativos y que, por lo tanto, esa administración estratégica, debe considerar a los dos momentos. Yo creo que hablar de experiencias de sistemas locales en la República Argentina, con estos preconceptos que antes definía, creo que es hablar de la larga tradición que tienen muchas provincias de la República Argentina en procesos de desarrollo de nivel local, indudablemente con diferencias, pero éstos son los sistemas locales, que por ahí, a lo mejor no los definimos como tales, pero sí que existen, o acaso no podemos considerar que el Programa de Salud, que durante largos años en la provincia de Neuquén se ha ido desarrollando en sí mismo y globalmente, no es un sistema local, que quizá hoy ese sistema local y global se esté planteando cuáles son las alternativas para seguir creciendo. Por ejemplo, ampliar la articulación extrasectorial, que tal vez no lo tenga tan definido, y por ahí sí también en el caso de ellos, descentralizar para sí, bajar el poder a los municipios. ¿Podemos olvidar acaso también, como experiencia de sistemas locales, los programas de atención primaria que se desarrollaron en provincias como Jujuy, el Chaco, o Salta en determinado momento, y que hoy languideciendo muchos de ellos, por ahí tienen acento de nivel local y esa idea de participación social, que es importante para el desarrollo?

Todos estos ejemplos que estoy poniendo, a los cuales les podría agregar también intentos de programación local en la provincia de Buenos Aires, con el programa reciente PROSALUD, no son más que evidencias de que los SILOS -denominados así, y yo también soy uno de aquellos que no le gusta específicamente el nombre- existen más allá de las definiciones internacionales, pero que los actores -digamos- importantes en estos sistemas locales, son justamente los niveles locales, no existe la receta para un sistema local, sí existen elementos, sí existen instrumentos, que permiten el mejor desarrollo, pero creo -y lo vuelvo a repetir-, la descentralización cuyo fin último es la participación social, la articulación intra y extrasectorial, y la administración estratégica local -elementos que perfectamente en cualquier nivel local, y sea el nivel local un municipio, un grupo de municipios, o una parte del municipio- es posible desarrollar. Nada más. (*Aplausos*).

Pregunta: ¿Qué diferencia hace usted entre participación comunitaria y participación social plena?

Roberto Belmar: Bueno, en nuestra experiencia cuando uno habla de comunidad es un grupo humano en un territorio definido, que tiene formas de liderazgo para enfrentar problemas comunes. De alguna manera, uno plantea un límite en determinado tipo de fuerzas sociales de base, descontextualizando el problema de esa comunidad, de los problemas que escapan a ese grupo social específico, y nosotros lo aprendimos muy a la dura, en el programa del sector norte de Santiago, cuando el problema central que enfrentaban esas comunidades era el problema de falta de alcantarillado, y la solución era el gran colector del sector norte de Santiago, que escapaba no solamente a las posibilidades locales de la comunidad, sino que a las posibilidades aun del Ministerio de Salud, y solamente cuando los distintos sectores de esa parte de Santiago, no sólo los ministerios, sino que también las fuerzas sociales, empresarios, grupos de vecinos, partidos políticos, organizaciones de tipo gremial, y organizaciones de tipo empresarial, dieron un trabajo conjunto, se pudieron hacer las obras del gran colector. Este es un ejemplo que a nosotros nos cupo mucho dolor, porque trabajamos muchos años en torno al problema de la diarrea infantil, que era la primer causa de muerte en los años cincuenta en ese sector. Y solamente cuando nosotros nos dimos cuenta que la participación social era más grande que la participación comunitaria, pudimos enfrentar aquellos problemas. Y aplicado ahora, si se toma el problema de contaminación atmosférica de Santiago, solamente lo vamos a enfrentar cuando podamos llegar a un acuerdo con los transportistas que están pululando en nuestra atmósfera con los gases de los motores diesel. Cuando el Estado pase las legislaciones adecuadas para impedir el ingreso de motores usados, que son los que en carrocerías nuevas, hacen los buses que hacen este fenómeno, es decir, es

un fenómeno que escapa muchas veces a ese ámbito. Y los grandes problemas que hoy día estamos planteando -y esto era verdad ayer en la diarrea-, es mucho más verdad hoy cuando enfrentamos el problema de la obstrucción bronquial, de la neumonía en las grandes ciudades, el problema de la contaminación de las aguas, por las aguas negras en el acantarillado, y nos vuelve el cólera en nuestras lechugas y verduras de suelo. Es decir, que los problemas que nosotros enfrentamos, sin tocar siquiera el grave problema de la salud laboral, tienen que ser programas vistos desde el punto de vista de todas las fuerzas sociales.

Pregunta: ¿En qué etapa de organización están los SILOS en la Argentina, y cómo se coordinarían en aquellos lugares en que subsiste la APS?

Guillermo Williams: Yo empezaría por la segunda parte de la pregunta. En realidad, no es que se coordinarían los sistemas locales, sino que a partir de la existencia de un programa de la atención primaria en la salud, bien estructurado, éste es el germen para el Sistema Local de Salud, ya que si -y ahí sí me voy a poner un poco más en teórico- lo que se plantea cuando se definen Sistemas Locales de Salud, se plantea como una modalidad operativa para afirmar la estrategia de atención primaria; es decir, que los Sistemas Locales de Salud, son un instrumento que permite reafirmar la estrategia de atención primaria, por lo tanto, no es que tenga que venir el sistema local impuesto por encima de los lugares donde hay programas de atención primaria, sino que todo lo contrario, los programas de atención primaria que indudablemente contemplan en alguna medida todo el rol de participación social -que habíamos hablado antes- al que quizá habría que agregarle la descentralización, y quizá habría que agregarle -por ahí también, depende de cómo sea el programa de atención primaria, al que específicamente se refiere- una articulación intra y extrasectorial, es decir, el contemplar a los otros sectores involucrados, que seguramente la estrategia de atención primaria que en esos lugares -que seguramente hace referencia la pregunta- ya está contemplado. Globalmente, yo diría que no hay una definición en que diga la etapa de organización de los Sistemas Locales en la Argentina, es grado uno, dos, tres, cuatro. Lo que sí puede referir a partir de mi poca experiencia todavía a nivel nacional -es decir, yo tengo pocos meses de trabajo a nivel de Ministerio-, es que las experiencias de Sistemas Locales, no definidos como tales en la Argentina, son mucho más ricas de lo que nosotros creemos.

Pregunta: ¿La articulación de la APS no pasa por la dificultad en la formación de recursos humanos con una línea biológica y asistencialista?

Guillermo Williams: Yo creo que es una de las dificultades, la formación del

recurso humano, con un modelo -como dice acá, biólogo y asistencialista- es un elemento central. Y aquí también me tendría que remitir a otra de las definiciones en cuanto a Sistemas Locales de Salud, que define como requisito indispensable un nuevo modelo de atención. Un nuevo modelo de atención significa, como elementos centrales, que el componente promoción y protección de la salud tenga un énfasis que hoy no tiene, y que toda la prevención primaria, que es un elemento central de la estrategia de APS sea un componente también central. Esto bajo ningún punto de vista concuerda con el modelo de profesionales de la salud que salen de nuestra facultad, es así que concuerdo con la reflexión que me hicieron llegar.

Celia Iriart: Bueno, agradecemos a los participantes. Muchas gracias. (*Aplausos*).