

SOBRE LA PARTICIPACION COMUNITARIA A NIVEL LOCAL: UNA VISION DESDE EL SECTOR NO GUBERNAMENTAL

Cuad. Méd.-Soc., XXXIII, 2, 1992/ 47-52

*Equipo de Salud Vicaría Oriental,
presentado por el Dr. Eduardo Fernández*

Las reflexiones que contiene esta ponencia están sustentadas en la experiencia de 17 años de labor en el Programa de Salud de la Vicaría de la Solidaridad, primero, y actualmente de la Vicaría de la Zona Oriente. Desde comienzos de la década de los 80 nuestro trabajo se ha centrado en la capacitación de pobladores para enfrentar sus problemas de salud en forma solidaria y además para conformar una estructura organizada, constituida inicialmente por grupos de salud y luego por sectoriales, que reúnen a grupos por vecindad geográfica.

El Programa que actualmente llevamos a cabo tiene como objetivo "crear las condiciones para que la comunidad logre asumir un papel protagónico en el desarrollo de las políticas locales de salud poblacional".

Nuestra estrategia en la formación de los grupos de salud ha respondido esencialmente a la demanda de sus integrantes, coherente con la realidad local y nacional. De este modo, las actividades que han programado y realizado se han ajustado a sus percepciones, surgidas de las necesidades sentidas apreciadas mediante el diagnóstico activo de la comunidad.

Los grupos de salud han adquirido capacidad de definir sus problemas, priorizarlos, programar y planificar sus actividades.

La participación debe asegurar a los Grupos de Salud un "rol permanente y coadyuvador" en todo el proceso de la gestión en salud, desde el diagnóstico participativo, hasta el diseño de los programas de

salud y su implementación y evaluación permanente. Estimamos que la participación de los grupos de salud debe darse, en las condiciones actuales, a través de las Juntas de Vecinos democratizadas y en el futuro mediante su participación en los Sistemas Locales de Salud.

A partir de Marzo de 1990, hemos estado trabajando una redefinición del rol de los grupos de salud, adecuada al nuevo contexto. Una de las responsabilidades que pueden asumir y para la cual muchos ya están preparados tiene que ver con la sobre demanda de atención, muchas veces motivada por trastornos que pueden ser manejados a nivel domiciliario. Los grupos de salud tienen un papel importante que cumplir en este sentido: ser orientadores y educadores de su comunidad hacia el autocuidado de la salud, considerando aspectos preventivos y curativos de problemas de salud simples.

Otra responsabilidad, más difícil de asumir porque no sólo tiene que ver con la propia formación, sino también con la de otros actores, guarda relación con el fomento de la salud, que constituye un aspecto esencial, ya que, en un concepto moderno, permite asimilar el estado de salud con "calidad de vida". Esto sólo es posible en la medida que se comprenda y aborde la salud desde un enfoque multisectorial: educación, vivienda, trabajo, medio ambiente, recreación. A nuestro juicio, el lugar natural y primario de expresión de esta intersectorialidad de la salud se debe dar a nivel de la Junta de Vecinos. La intersectorialidad de la salud permitirá asimilar las acciones de la Atención Primaria a las de Desarrollo

Local. En el momento actual trabajamos con 8 grupos de salud, agrupados en una sectorial y dispuestos a participar en su Consultorio y en su comuna.

Para lograrlo hemos vivido, como equipo, todo un proceso algunas de cuyas características nos parece necesario compartir, porque estimamos que deben ser tenidas en cuenta en cualquier situación de trabajo con la comunidad:

- Somos un equipo de trabajo multiprofesional, que incluye el aporte valioso del trabajador social; doctrinariamente homogéneo; participativo y democrático en su gestión; capacitado en la metodología de la educación popular y en el manejo de dinámicas sociales.
- Nos esforzamos por tener una actitud social positiva hacia los sectores populares y confianza en su capacidad de participación.
- Nos esforzamos por despojarnos de actitudes paternalistas y por apropiarnos de un enfoque no medicalizado de la salud.
- Nuestras actividades no han sido diseñadas para los pobladores, han sido hechas con ellos.
- Hemos dispuesto de un ambiente institucional y financiero que nos ha permitido desarrollar nuestras actividades sin restricciones.

Además de este trabajo con la comunidad, hemos contactado a diversos consultorios buscando facilitar la aproximación de la comunidad hacia ellos.

Nuestra experiencia no ha sido fácil.

Por una parte han estado los que nos han querido utilizar, considerándonos la llave que permitiría el encuentro con la comunidad organizada.

Por otra, los que nos han tramitado, manifestando, directa o indirectamente, que no precisan de nuestro apoyo. Percibimos, en el fondo, una actitud de desconfianza que refleja el pensamiento de que somos parte de un sector informal, cuyas experiencias son de baja cobertura y técnicamente poco solventes o bien de que tenemos obscuras intenciones de desplazarlos del trabajo. Pero también está el temor a establecer contactos con un sector supuestamente instrumentalizado políticamente. Recordamos que en Septiembre de 1990 según informó el diario La Epoca, la Directiva del Consultorio Renca fue despedida por el Alcalde por "disparidad de

criterios en la forma de aplicar el trabajo de salud en la comuna y en especial en la integración de éste con las ONG".

Recientemente hemos apreciado algunos cambios en esta situación, derivados de la aprobación de convenios con la Dirección de Atención Primaria del S.S.M.O. para realizar proyectos de salud comunitaria.

En la estrategia de la Atención Primaria son actores principales, el equipo de salud del nivel primario, la comunidad y el poder local.

¿Qué percepción tiene, de acuerdo a lo que hemos observado o conocido de otras fuentes, el equipo de salud del Consultorio Municipalizado respecto a la comunidad?

Cuando ella está organizada la han considerado como un "instrumento" que puede ser útil para el cumplimiento de planes y programas (citación de pacientes inasistentes, colocación de inyectables, por ejemplo). En general, hay temor a la agresión física o verbal y desconfianza en su capacidad de participación.

"Los trabajadores de la salud frente a los sectores populares tienden mayormente a una actitud social más bien paternalista" y no tienen una actitud favorable para apreciar los valores de los sectores populares", señala Salomón Madgenzo en una investigación reciente titulada: "Actitudes sociales de los trabajadores de la salud hacia los sectores populares", que si bien ha sido hecha en un determinado sector municipalizado, podría generalizarse sin muchas objeciones (Salud y Cambio, año 3, N° 6, pág. 44; 1991)

¿Cómo ve la comunidad al equipo de salud de nivel primario, del sector municipalizado?

Los sectores no organizados, los beneficiarios, tienen una imagen negativa del Consultorio, derivada de la falta de recursos, de las largas esperas, de la atención despersonalizada, del trato poco digno en especial del personal administrativo. Así se desprende de una investigación realizada por nosotros en Septiembre de 1990, en la Unidad Vecinal 19 de Peñalolén (Diagnóstico participativo en la Población Lo Hermida-Equipo salud Vicaría Oriente-1990), y por CIEPLAN, en 1990, también en Peñalolén Alto, "La Comunidad frente a los Programas y Servicios del Estado. La Salud Pública en la Comuna de Peñalolén", Claudia Serrano y colab.).

En este último trabajo se señala que los pobladores “no tienen ninguna percepción de falencia en materias de educación y prevención en salud, cuestión que a su vez se relaciona con las muy pocas actividades en este campo que se realizan en el Consultorio”.

Es muy posible que las medidas que se han ido implementando con posterioridad a la fecha en que fueron hechas estas investigaciones hayan modificado esta situación en alguna medida, pero nuestra percepción es que muchas de ellas son desconocidas por la población (citaciones con hora, atenciones preferenciales para ciertos grupos etáreos, etc.).

Los grupos de salud, por su parte, se sienten ignorados por el equipo de salud ante situaciones en que consideran que debiera tomarse en cuenta su opinión. Rechazan el ser utilizados como simples “instrumentos” en un programa de salud.

El poder local, representado por los Alcaldes o por los directores de las Corporaciones de Salud, han tenido un pensamiento y una acción al respecto. En cuanto a la acción, basta con señalar lo que ocurrió en el Consultorio Renca.

En lo relativo al pensamiento, todos los Alcaldes –designados por el actual o el anterior gobierno– están de acuerdo con la municipalización de la salud, porque representa una mayor cercanía con los problemas y una más pronta capacidad de resolución.

En el fondo, porque representa “descentralización del sistema, porque en la medida que se acerca el problema de la educación y la salud a los actores más directamente involucrados, se estimularán recursos de creación, de innovación y aporte a la comunidad, que en contexto de centralización no podría hacerse” (opiniones de los Alcaldes Srta. María Antonieta Saa, de Conchalí; Sr. Jorge Barahona, de Renca; Sr. Gonzalo Duarte, de La Florida, y Sr. Alberto Lira, de San Joaquín, en el Seminario “Participación Ciudadana y Democratización Municipal”, realizada en Septiembre de 1991, por FLACSO, PRED, CESOC, CEMPROS e ILADES).

¿Es posible, entonces, la participación comunitaria a nivel de Consultorios Municipalizados?

Nuestra respuesta es positiva, siempre que se tenga en cuenta algunas condicionantes, derivadas de nuestra propia experiencia y que debieran ser asumidas por todos los integrantes de los equipos y no sólo por sus directivos:

- Conciencia del valor de la participación comunitaria y voluntad de aplicarla.
- Respeto en las capacidades de la comunidad para participar.
- Respeto por las opiniones expresadas por la comunidad.
- Cambios en la calidad de la atención que entrega el Consultorio.
- Cambios en el funcionamiento del Consultorio:
 - planificación a nivel local
 - mayor participación interna
 - horarios flexibles (la comunidad generalmente funciona en horarios vespertinos o nocturnos y muchas veces los sábados o domingos)
- Resolución de la incertidumbre y descontento del personal de la salud municipalizado, derivado de la dualidad de dependencias (en lo administrativo y en lo operativo).

La comunidad está dispuesta a participar. Sólo hay que generar las condiciones que permitan que lo haga.

¿La Municipalización favorece la participación comunitaria?

Teóricamente, desde el punto de vista del desarrollo local, hemos creído en la importancia de la municipalización, pero más que eso, hemos creído en la descentralización.

Los resultados, hasta ahora, no favorecen la experiencia de la Municipalización, como camino de participación comunitaria, pero debemos señalar que puede que esto cambie con las modificaciones que deberán introducir en las leyes de Juntas de Vecinos, de estructura Municipal, Estatuto de la Salud, etc.

Nos asalta, sin embargo, una última duda, ¿los equipos de salud podrán actuar con la soltura y flexibilidad necesarias o continuarán siendo dependientes de las orientaciones planteadas por quienes ejerzan el poder municipal?

Equipo Salud Vicaria Oriente

Santiago, Diciembre 1991.

DEBATE

Un asistente:

Yo quería hacer, con respecto a la exposición anterior, un aporte en información con respecto un poco a la evolución de la atención primaria municipalizada, o sea, el nivel primario municipalizado en el servicio de salud metropolitano sur.

Y yo, cuando le preguntaba al colega que expuso anteriormente sobre cuál era la evolución de las acciones las consultas, nosotros hicimos allá en el servicio una pequeña tabla, que es bastante simple, dice: Año 86, número de consultas del programa infantil médicas de la atención primaria, 434 mil 202. Año 90, 384 mil 955. Y bueno, en ningún año posterior al año 86, que fue cuando se inició el proceso de traspaso, ha habido un aumento de la atención y esto ocurre en todos los programas y puedo decir la disminución en las consultas en nuestro servicio es del 11% menos de lo que es el año 86, con mucha más población. Y las consultas de urgencia infantil en el mismo período médicas, estoy hablando solamente de consultas médicas, que es el recurso absolutamente más caro, han aumentado casi en un 7%. Es decir, el punto de vista de la accesibilidad, de la oportunidad que tiene un niño enfermo que va a verse es evidentemente menor.

Lo mismo ocurre en la Región Metropolitana, como esto está todo en los anuarios, estos numeritos, así que es fácil sumarlo, en la Región Metropolitana se hacían un millón setecientos noventa y seis mil consultas en el año 86, antes de que hubiera nada municipalizado.

Y el año 90 se hizo un millón setecientos veinte y cinco mil. No hay para qué hacer mayores comentarios.

Es importante la cifra absoluta de atención. Yo no sé cuántas horas médicas son, porque ese dato no existe. Claro que hay una diferencia.

Mira, por un lado nosotros no sabemos en cuánto ha aumentado el personal en la atención primaria en el traspaso, pero lo que sí sabemos que hay más, hay más personal en el Servicio de Salud Sur contratado en el nivel primario que el año 86 y se hace menos, se gasta más plata, entonces es evidente que aquí hay una cosa que no funciona, no sé qué es lo que no funciona, habría que discutirlo.

Por otro lado, otro antecedente, el famoso Fap: este año ninguna comuna del servicio de salud ha alcanzado el número de consultas que equivalen al techo de Fap, sin embargo, se les ha entregado ese dinero y el porcentaje en promedio del Servicio de

Salud Sur de la plata del financiamiento que se pone para todo lo que son los consultorios el 70% viene del Fap y el 30% lo ponen las municipalidades, en el mejor de los casos el 40%.

Doctor C. Montoya:

Me gustaría saber, desde el punto de vista de ustedes y de la comunidad, como ustedes lo perciben, cuál es la evaluación que hace la comunidad del sistema de terceros turnos y de los Sapu que han constituido parte del reforzamiento que desde el Ministerio se ha entregado a consultorios y que en buena parte se inició en el área de ustedes, o sea, hay tiempo como para haberlo apreciado.

Doctor E. Fernández:

Yo creo que nosotros manifestamos en la exposición que uno de los problemas que existe es el problema de la comunicación, o sea, que desgraciadamente nos encontramos nosotros con sectores que a pesar de vivir en la comuna ignoran la existencia del Sapu o la existencia de la prolongación del turno e ignoran las innovaciones que se han hecho en cuanto a procurar una mejor atención. Nosotros citábamos solamente como ejemplo el que en algunos consultorios tratando de optimizar la atención dan hora, pero eso no se ha trascendido a la comunidad, entonces una medida que queda encerrada dentro del consultorio no da resultado, no tiene ninguna significación. Me parece que en alguna parte de la exposición, que no se me quedó en el tintero, pero una de las cosas importantes que nosotros pensamos es que el consultorio debe abrirse a la comunidad, debe salir hacia la comunidad en forma agresiva a contar lo que hace, porque si no no va a poder conseguir esa participación que nosotros pensamos que es fundamental.

Un asistente:

Bueno, yo soy enfermera de un consultorio del área oriente, yo creo que la participación comunitaria de los consultorios también parte un poco de la iniciativa del equipo de salud, eso es importantísimo porque nosotros venimos terminando una experiencia al respecto y nos fue bastante bien.

La pregunta que yo quería hacerle al doctor es en relación a cómo ven la comunidad o los grupos de salud la participación dentro del consultorio, o sea, cómo le gustaría a ellos que fuera.

Doctor E. Fernández:

Bueno, los grupos de salud piensan, sobre todo los que nosotros hemos trabajado y que están capacitados, piensan que ellos tienen una... experiencia

o desean aportes de soluciones para ese problema, y además participar en todo el proceso, eso es lo que piensa el grupo.

Un asistente:

Yo vengo del área sur y quería consultarle sobre el trabajo comunitario que han hecho las ONG. Particularmente en el área sur ha habido mucho trabajo, pero en este momento se producen dentro de la misma comuna dificultades, porque ellos están en un desarrollo diferente de la comprensión de los problemas, o sea, ellos tienen como un nivel diferente.

Dentro de la misma comunidad ellos, como se ven, porque nuestra percepción a pesar de que no tenemos trabajo comunitario, nuestra percepción es que están divididos en la misma comunidad, y eso nos provoca, además que nosotros no sabemos trabajar con la comunidad en el sentido de como enfrentarnos. Porque nosotros pasamos de la etapa de que fuimos los que recibimos la agresión por la dictadura, o sea, nosotros fuimos los que pusimos la cara por no dar atención, en este momento nos reclaman atención, es la primera conexión que tenemos con ellos. Y a su vez dentro de ellos hay una división importante, cosa que es muy difícil, primero que nosotros los citamos a ellos a una hora que es inconveniente, porque no tenemos estación horaria, por ejemplo en algunos sectores.

Entonces, cómo ven ustedes este desarrollo, que al igual en los trabajadores de atención primaria o de consultorios tenemos la misma diferencia, gente que ha sido más golpeada, más perseguida, ha tenido niveles de desarrollo mejor, como para tener más claridad, y otros que en realidad no la tienen. Como ven ustedes, dentro del desarrollo comunitario que tienen una experiencia distinta.

Doctor E. Fernández:

Bueno, la experiencia de las organizaciones no gubernamentales, la que nosotros hemos presentado, es focalizada, o sea, corresponde a nuestra experiencia en una zona determinada, y muchas organizaciones gubernamentales que trabajan en la zona metropolitana y a lo largo del país, pero desgraciadamente nosotros no hemos llegado a establecer un criterio uniforme, parejo, frente a la manera de actuar. Hay diferencias y a veces diferencias sustanciales en los enfoques. Nosotros hemos hecho esfuerzos desde el año 1987 para aglutinar todas las organizaciones no gubernamentales que trabajan en salud. Desarrollamos en esa época un ciclo en el colectivo de atención primaria que se llamó "En el camino de la atención primaria", desgraciadamente

después de un año, eso terminó y nunca pudimos ponernos de acuerdo, todos los esfuerzos que hemos hecho hasta el momento para obtener un enfoque común han sido infructuosos, entonces lo que yo presento es la experiencia nuestra en nuestra sola área.

Yo sé y tengo discrepancia con lo que plantean otras organizaciones no gubernamentales en otras áreas. Hemos tenido incluso diferencias importantes, al realizar uno a otro la evaluación del trabajo que se hace.

Doctor H. Oppermann:

Usted dice que en las organizaciones las ONG quieren hacer un aporte, esto está claro. Nosotros hemos tenido también experiencia con particularmente mi consultorio que es de una localidad chica con gente de ONG, monitores de salud específicamente, yo quería hacer la siguiente consulta. Tienen al menos ustedes claro cuál es el límite, hasta qué punto puede llegar ese aporte. Se lo pregunto porque en una oportunidad nosotros tuvimos algún problema en cuando a normas técnicas de qué cosas podía hacer gente de la comunidad y qué cosas no podía hacer. Y se creó un impasse entre funcionarios, específicamente funcionarios paramédicos del consultorio con gente de la comunidad, en el cual tuvo que intervenir el director del servicio de salud, diciendo que solamente hacían labor educativa y nada más, entonces hasta qué punto ven ustedes que pueden aportar.

Doctor E. Fernández:

Bueno, la gente que nosotros hemos formado está capacitada para hacer muchas cosas. Nosotros en la práctica hemos comprobado que ellos pueden perfectamente hacer curaciones, tratamientos inyectables, en la época de las protestas tuvieron un papel muy activo, incluso hay experiencias en que se salvaron vidas con la intervención exclusiva de pobladores, porque no estaban los médicos ahí presentes, con la formación que habían recibido.

Pero nosotros pensamos que ése no es el papel que tiene que cumplir el poblador, nosotros pensamos que el papel de ello detallamos en el informe en la (no le entendí la palabra) es fundamentalmente desde el punto de vista de ser orientador, de ser orientador hacia el autocuidado de salud y sobre todo de ser un portavoz de este concepto de que salud es calidad de vida, y que debe buscar el formar una red con los demás pobladores, en que enfoquen todos los aspectos que influyen multifactorialmente en la salud. Hacia eso nosotros estamos orientando el trabajo con nuestro grupo, buscando el rol, y

tenemos que luchar desgraciadamente con la concepción medicalizada de la salud, siempre tenemos que conceder que ellos hacen por una parte, tienen una sala de atención primaria en la cual hacen curaciones, colocan una inyectable, pero por otra parte estamos diciéndole, bueno, también pueden hacer prevención, y nuestro proyecto justamente apunta a eso, a mostrarles que ellos pueden asumir una tarea que es diferente de la que tienen internalizada, es decir, si yo hago salud, lo que tengo que hacer es dar asistencia.

Doctor C. Montoya:

Yo creo que en relación con el tema de la reunión lo fundamental sería escuchar de usted cuál ha sido la relación entre las ONG y los grupos de salud, por una parte, y por otra la corporación municipal de salud y educación, qué acogida han tenido en la corporación municipal de salud y educación, qué rol juega esta corporación municipal, en cuando alentar la participación.

Doctor E. Fernández:

Bueno, la relación nuestra con los grupos está dada porque los grupos han sido formados por nosotros, o sea, que nosotros hemos constituido los grupos de salud. Ese es un trabajo largo. Ahora la

relación con la corporación municipal ha pasado por situaciones bastante conflictivas, que sigue todo el proceso, que ha significado incluso a partir de marzo del 90 hasta la fecha el cambio en las orientaciones que pueda tener el sector municipal, en el cual uno se desenvuelve. Nosotros en Peñalolén tenemos un alcalde designado por el anterior gobierno.

Nosotros vemos, yo señalé en una parte que había sido ignorado, nosotros como organización no gubernamental en nuestro aporte, por algún consultorio, y vemos que tras eso está. A mí me tramitaron durante 4 meses, en 4 oportunidades pedí hora y no me dieron, sin explicaciones, simplemente en mi comuna. Entonces es una manera de decir, bueno, ustedes no se metan en eso, además porque uno tenía una trayectoria, y dije también en una parte de la exposición de que nos identifican ideológicamente, o sea, que nos consideran un sector con el cual no vale la pena unirse. Incluso tenemos una experiencia reciente de un consultorio, en el cual a comienzos de año tuvimos una actividad el año pasado y comienzos de este año y que terminó en el cambio de la asistente social que trabajaba con nosotros y prohibición del director del consultorio, director de salud de la comuna, de que asistiera a alguna reunión con la gente de la Vicaría, esa es la situación en que uno se ve involucrado.