

Auge y caída transitoria de la participación social en salud: Chile 1965-1973

Transitory rise and fall of social participation in health: Chile 1965-1973

Antonio Infante ¹

Sebastián Moller ²

La participación social en salud tiene dos hitos fundacionales: el Decreto 250 del 15 de Mayo de 1967 (1) que crea los Consejos Comunitarios de la Salud y el DFL 602 del 1° de Septiembre de 1971 que crea los Consejos Locales de Salud y deroga el anterior. Es bueno precisar que el decreto de 1967 se dicta en el contexto de la promoción amplia de la participación popular durante el gobierno de Eduardo Frei Montalva que queda plasmada en la Ley de Organismos Comunitarios N°16.880 del 19/7/1968.

Las décadas del 50 y 60 en Chile y Latinoamérica se caracterizan por una importante migración del campo a la ciudad, generando poblaciones marginales en las que viven personas en muy malas condiciones, pero que buscan la “modernidad” que les ofrece la gran ciudad. Esa realidad que en los 60 constituía el 25% de los habitantes de los habitantes de Santiago, se acompaña de una creciente presión por demandas que contribuyan a mejorar las condiciones de vida de esos chilenos y chilenas. El gobierno de Frei Montalva, ya en su programa, pone énfasis en la necesidad de incorporar esa gran cantidad de población a la actividad cívica y económica. Para ello plantea constituir la Consejería de Promoción Popular como el organismo que coordine toda la actividad con las organizaciones comunitarias tanto territoriales como funcionales, promoviendo a través de éstas la concientización³ de los sectores marginados(3). Proliferan en las poblaciones las Juntas de Vecino, los centros de madres, los clubes deportivos y tímidamente algunos consejos comunitarios vinculados a los policlínicos periféricos, preocupados de los problemas de salud.



Dr. Patricio Hevia

El Dr. Patricio Hevia fue un actor principal en esta aventura. Formado como pediatra y vinculado desde niño a la realidad socio sanitaria a través de su padre, un médico especialista en tuberculosis, decide tempranamente en su carrera desarrollarse en la pediatría social, eligiendo como su centro de operaciones el policlínico Quinta Bella, uno de los pocos centros existentes en la vasta zona norte de Santiago. Contaminado por el ambiente participativo de la época inicia una experiencia que vincula a las organizaciones sociales con lo que debe ser el programa de trabajo del consultorio.

Entre los objetivos de este Programa(4), realizado durante 50 sesiones con participación de múltiples actores de los equipos de salud y de la población, figuran:

“Estimular las buenas relaciones humanas entre los funcionarios del Consultorio y entre éstos y el público”.

Recibido el 23 de agosto de 2018. Aceptado el 4 de octubre de 2018.

1 Médico Salubrista. Correspondencia a: ainfantebarros@gmail.com

2 Sociólogo. Doctorante en Ciencias Políticas y Sociales, Universidad católica de Lovaina, Lovaina la Nueva, Bélgica. Correspondencia a: sebastian.moller.z@gmail.com

3 Como consecuencia del Golpe de Estado en Brasil en 1964, Paulo Freire había llegado asilado a Chile en 1965. “Su característica mayor es que, siendo un educador cristiano, tiene confianza en el diálogo formador entre educador y educandos, hasta el punto de convertirlo en una estrategia pedagógica para concientizar al hombre situado, sujeto que mediante el diálogo se asume como un actor que se transforma a sí mismo, transforma las relaciones con el otro y, entre ambos, transforman el mundo para concretar un modo de vida más democrático y autónomo” (2).

“Establecer y mantener contactos con los representantes de las comunidades del Distrito para una mejor comprensión y solución de los problemas locales de salud”.

“Establecer coordinación permanente y eficaz con las instituciones públicas, privadas y de la comunidad que de alguna manera participen en la solución de los problemas de salud del Distrito, propendiendo a la utilización racional de los recursos”.

“Fomentar las investigaciones que sean necesarias para elevar el nivel de salud de la comunidad con los recursos disponibles y los que puedan obtenerse de forma adicional”.

“Colaborar con las instituciones docentes en la práctica programada en el Consultorio, proporcionando a los estudiantes la oportunidad de enfrentarse a situaciones reales y concretas, que les permitan aplicar sus conocimientos teóricos y obtener conclusiones de carácter general”.

“Mantener sistemas de evaluación cuantitativa y cualitativa del Programa del Consultorio Distrital”.

En el Capítulo correspondiente a la jerarquización de problemas, define como prioridades la morbilidad materno infantil y del adulto, los controles de salud y la higiene ambiental. Señala además que “los problemas socio económicos y socio culturales no pueden ser jerarquizados pues constituyen el telón de fondo de los problemas enunciados”.

En cuanto a la higiene ambiental señala “el equipo del consultorio considera el programa de higiene ambiental como básico debido a la magnitud del problema y a la repercusión que tiene sobre la población en control. Sin embargo la organización actual de la oficina dificulta en la práctica la integración de las acciones de higiene ambiental con las del resto del programa general del Consultorio”.

“Se estima conveniente para una primera etapa perfeccionar los mecanismos de coordinación entre el equipo de salud del consultorio y los inspectores a cargo del distrito. Posteriormente.... se podría llegar a la descentralización de las acciones y a su integración efectiva en el Consultorio Distrital”.

Se estima que los Inspectores Sanitarios deben integrarse a las reuniones técnicas del Consultorio.

Otro aspecto de interés en el Programa es la sectorización de las actividades. “Cada sector estará a cargo de un equipo de salud local compuesto por profesionales y auxiliares, quiénes

designan libremente un coordinador que los relacione con la unidad directiva del consultorio”.

Hay otros elementos de interés como la demanda por una descentralización presupuestaria; la presencia de una enfermera, “triadora” en los términos de hoy, para impedir que una persona en situación de riesgo quedara fuera de la consulta médica; una investigación que profundizara principalmente en aspectos sociológicos de la comunidad y también un estudio de la epidemiología de las defunciones materno infantiles.

Como se puede apreciar se trataba de un consultorio que buscaba una mirada integral del proceso salud enfermedad, con énfasis en el trabajo de equipo, la participación y el acceso oportuno.

La experiencia de Quinta Bella sirvió para que el nivel central del SNS recomendara esta forma de hacer las cosas. Sin embargo “la revolución participativa” no se extendió en salud tanto como en otros sectores, llegando a constituirse más de 19 mil organizaciones de base en todo el país, malla organizacional que se ha mantenido con altos y bajos a lo largo de todos estos años.

Del trabajo intenso en el nivel local surgen críticas e ideas para hacer efectiva la participación en salud. Se critica y se pide modificar el Reglamento de Organismos Locales de Salud (Decreto 250), por estar alejado de la realidad y porque los Consejos que forma son presididos por funcionarios del Gobierno Interior, dejando poco espacio de flexibilidad e innovación local. Los Consejos que propone no son representativos ya que llegan principalmente a nivel del hospital del Área, sin relevar la existencia de los consultorios. Propone en cambio vincularse a los centros de madres por la sensibilidad de esa audiencia y el creciente éxito en la constitución de éstos. Se fomenta el involucramiento de todo el equipo de salud y no sólo de las asistentes sociales. A través de ciclos educativos en salud el equipo se aproxima a la población y a sus necesidades, constituyendo Comités de Salud en las diversas poblaciones y teniendo como objetivo final el Consejo Distrital de Salud(5).

Es interesante observar cómo este dinamismo participativo desafía la estructura y organización del SNS. En un documento presentado al Seminario sobre atención médica ambulatoria de Mayo de 1968, el Dr. Hevia reclama: “son los consultorios unidades ejecutivas básicas o simples apéndices de los hospitales?”(6). En su propuesta insiste sobre las particularidades del nivel local; la necesidad de conocerlo en profundidad; su crítica a la imposición normativa

y programática desde el nivel central; “muchas veces la técnica aparece al servicio de la administración en lugar de estar la administración al servicio de la técnica”.

MÁS PARTICIPACIÓN Y MENOS CONTROL POLÍTICO

La crítica al modelo de participación propuesto y la elección del Gobierno de la Unidad Popular tienen como consecuencia la derogación del Decreto 250 y su reemplazo por el Decreto 602 que crea los Consejos Locales de Salud, en sintonía con los Comités de Salud que funcionaron en Quinta Bella.

La principal diferencia entre ambos decretos es que en los Consejos Locales desaparece la tuición del ministerio del interior, entregando la conducción de este proceso a nivel de consultorios a personal sanitario.

En el decreto 250 se establecía: “Artículo 8°.- Los Consejos Comunitarios serán presididos por el Intendente, Gobernador, Sub-Delegado o Inspector o sus respectivo delegados, según sea el caso, y en su ausencia por el representante del Servicio Nacional de Salud”.

En cambio en el 602 se señalan quiénes serán los integrantes, dejando de lado para los consultorios al representante de Gobierno Interior, pero no se indica quién presidirá dicho Consejo. Las tareas de éste serán:

“Corresponderá a los Consejos Locales examinar los problemas de salud que afectan a la comunidad; propender a su solución mediante acciones rápidas y eficaces; promover el interés de los habitantes para participar en forma activa en solución de los mismos; colaborar en la divulgación de los planes de acciones de salud,

y representar las anomalías que aparezcan en la ejecución de esas acciones”.

Como consecuencia de esta mayor flexibilidad en su constitución comienzan a proliferar en los consultorios y hospitales dichos Consejos, contabilizándose a fines del gobierno popular 470 consejos en todo el país.

Toda esta efervescencia participativa llega a su final con el golpe de estado que prohíbe todas las instancias de asociación o reunión. Sin embargo este tejido social y sus miembros guardarán memoria de este proceso y volverán muchos de ellos a integrarse en los numerosos grupos de salud que se formarán espontáneamente durante la dictadura militar.

REFERENCIAS:

1. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile [Internet]. Santiago: BCN; 2018 [última actualización: Octubre de 2018] Disponible en: <https://www.bcn.cl>
2. Pinto R. Paulo Freire: un educador humanista cristiano en Chile. Rev. Pensamiento Educativo. 2004; 34.
3. Olivares JA. De la Promoción Popular a la desafección política: una mirada a la revolución participativa de Eduardo Frei Montalva. En: III Encuentro Internacional sobre la vigencia del Humanismo Cristiano; Santiago 2015.
4. Programa General del Consultorio Distrital Quinta Bella 1966-1967. Conchalí Agosto de 1966.
5. Hevia P. Aspectos generales de la interrelación Consultorio Comunidad. Consejo Técnico Quinta Bella, 1966.
6. Hevia P. Planificación en Salud y Consultorios. 1968