

Participación en Salud y Reversión

Marcelo Carrasco Henríquez

Para iniciar

La presente reflexión se relaciona con la experiencia acumulada en diversas aproximaciones e intentos desde el ámbito académico desplegado en interacción con el medio, que además de procurar el aprendizaje colectivo de universitarios/as y comunidades, han apuntado a ampliar las posibilidades para la participación de las ciudadanías en el ámbito de la salud, como espacio dialéctico de intercambio de visiones y prácticas de actores del mundo social comunitario y el sistema sanitario oficial. También se nutre del aprendizaje obtenido en la interrelaciones con profesionales de la salud y de otras áreas, líderes locales del campo y la ciudad, hombres y mujeres que han sido participantes de acciones educativas para el impulso y ejecución de procesos participativos en espacios locales, como también en prácticas concretas para la formulación de estrategias programáticas que integren las diversidades que constituyen los escenarios sociales para los cuales se piensan y ejecutan iniciativas que atiendan las problemáticas de salud, enfermedad, atención y cuidado.

A lo anterior se suma el recorrido de aprendizajes que proporciona ser parte de una experiencia de tres décadas de hacer la universidad en la comunidad, la que aspira a recrear diálogos de saberes en salud y bienestar en un entorno político-institucional que resiste desde la persistencia de la hegemonía biomédica y de un modelo de sociedad neoliberal, patriarcal y colonial.

La Participación en Salud en Chile

En las últimas décadas en Chile se ha dado un impulso significativo a la participación formalizada de la ciudadanía en la gestión pública en los diferentes ámbitos de las políticas sociales y con particular énfasis en el sector Salud. A diferencia de otros sectores, en este último, se logra concretar en prácticas (ya desde mediados de los 90) de tipo informativo y consultivo, que posteriormente alcanzan una formalización institucional establecida en la Norma General de Participación Ciudadana en la Gestión Pública del Sistema Nacional de Servicios de Salud del año 2009, renovada y ampliada el año 2015.

Ahora bien, estos avances no constituyen, en caso alguno, alteraciones al orden simbólico de relaciones de poder que predominan en el sector Salud. La mirada Biomédica o Biopoder (Foucault) sigue prevaleciendo a la hora de determinar las cuestiones de mayor relevancia, en donde la medicina científica ha logrado subordinar a los otros saberes y prácticas médicas, expresándose en un Modelo Médico Hegemónico (Menéndez). Bajo este prisma lo que ha sucedido en el sector salud debe ser considerado como los primeros pasos -germinales- hacia una efectiva democratización, en donde las diferentes perspectivas y campos de saber respecto del proceso salud-enfermedad-atención, así como la

organización y funcionamiento de las instituciones de la salud, deberán ser integradas amplia y legítimamente.

Según lo establece la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2008), se propone un enfoque en acciones de salud orientadas a incrementar las capacidades del Estado al nivel nacional, y local, empoderar a la población dándole voz y rol en la preparación de las políticas públicas, y cultivar un enfoque intersectorial de consenso y acciones sinérgicas, entre los gobiernos, el sector privado, y la sociedad civil. Pero ¿cuál es el avance de este enfoque en su aplicación en la realidad chilena?

Hace unos pocos años, entre el 2008 y 2009, en el marco de experiencias de formación en Metodologías para la Gestión Participativa en Salud en Chile impulsadas por el Ministerio de Salud con asesoría de la Universidad Complutense de Madrid, se desarrolló una serie de prácticas de investigación que enfrentaron a diversas cuestiones sustantivas para la incorporación de las comunidades usuarias en el análisis de los problemas de salud y la gestión de los servicios en esta área. Mientras la declaración de Alma Atta (1978) plantea que “la gente tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en el planeamiento e implementación del cuidado de su salud”, la apreciación colectiva de profesionales de la salud que se desempeñan en Participación señala que esta se localiza en una dimensión consultiva, no deliberante, en la cual la comunidad es subordinada por los procesos tecnocráticos de la gestión, donde se manifiesta utilitarismo, clientelización, y jerarquización, entre otros fenómenos que alejan de los ideales que establecen declaraciones e incluso normas.

Como ejemplo de lo anterior se puede analizar el Caso de los Consejos de Desarrollo de establecimientos de salud (hospitales, consultorios, cesfam, cecosf, postas), instancias de la Sociedad Civil que tienen por finalidad recrear espacios participativos en que actores sociales incidan en la gestión pública. La Agenda Pro participación Ciudadana del período 2006-2010 establecía que estos consejos representan la institucionalización de la participación ciudadana en la gestión pública, acompañando la toma de decisiones y seguimiento de las políticas públicas. En la práctica la Agenda ha sido “exitosa”, efectivamente ha habido una institucionalización de la participación, es decir, las voces de la gente se restringen a opinar sobre lo que la institución establece, responder a las preguntas que el sistema plantea (diagnósticos “participativos” en salud) validando un esquema asimétrico de gestión, que lejos de sumar, termina restando las posibilidades para disminuir brechas, integrar saberes, en definitiva alimentar la reflexión crítica de las prácticas de salud procurando una mejora integral y permanente. Así entonces, el modelo médico hegemónico se sostiene con mayor fuerza, normalizando las inquietudes de la comunidad en torno a sus parámetros, conceptos e instrumentos.

Un ejemplo que acerca a la frustración al momento de hacer participación en salud, es el de la experiencia de elaboración participativa de Planes comunales trienales de Promoción de Salud que impulsó el Ministerio de Salud de Chile durante el año 2015. De ser un expectante proceso, pasó a transformarse en un tibio intento por aproximarse a la real

Atención Primaria en salud, la que supone la mayor proximidad del sistema con la población usuaria. De partir pidiendo que la formulación de los planes se realizara con participación, entregando recursos para capacitación del personal de salud, permitiendo contratar asesorías idóneas y otorgando los plazos adecuados, terminó cercenando los desbordes que surgieron de los procesos de planificación participativa. Además de los fenómenos asociados a la actividad física y la alimentación, en estos procesos emergieron categorías como el medio ambiente, las relaciones interculturales, la salud mental, la gestión, la participación de la comunidad, entre otros, dando cuenta de un avance hacia la valoración de causas (e incluso causas de causas) que afectan la epidemiología actual en territorios locales. No obstante, este paso adelante en la reflexión colectiva sobre la problemática de salud local, la reacción del Ministerio fue de no otorgarle reconocimiento y mantener la instrucción de trabajar con los síntomas (sobrepeso y obesidad por ejemplo) manifestando una contradicción lamentable.

Para que la participación se exprese efectivamente, con autonomía y facultades reales de incidir tiene que existir una real disposición de quienes ostentan poderes de decisión a compartirlos con la comunidad. Pero esto no se produce por decreto o por ilustración, se genera desde una confrontación de la lógica dominante con manifestaciones de emancipación desde los grupos sociales.

El camino de la Reversión en Salud

El Sociólogo español Jesús Ibáñez, adopta el concepto de la Reversión, referido a la restitución de algo al estado que tenía (RAE), para representar formas en que los colectivos sociales que demandan transformaciones sociales pueden de manera creativa desbordar planteamientos conservadores o sistémicos por un lado y levantamientos subversivos-revolucionarios por otro. Ir más allá de una posición u otra, rompiendo el eje dilemático que significa estar del lado de lo establecido manteniendo el statu quo, o estar en el extremo de lo que propone un cambio radical y absoluto.

No es extraño, si se busca con detención eso sí, encontrar ejemplos de reversión en el campo de la salud. Tal es el caso de dos experiencias diferentes entre sí, pero también con similitudes. Una es el Programa Internado Rural Interdisciplinario, PIRI, de la Universidad de la Frontera y otra es la del Consejo pro Hospital de Padre Lasa Casas, ambas de la región de La Araucanía en Chile.

El PIRI, como experiencia de formación integral de profesionales de salud en el territorio local, surge a principios de la década del 90 en tiempos de reinstauración de la democracia, de afianzamiento del modelo económico social que impone el rol subsidiario del Estado, que reproduce una democracia limitada, el comportamiento individualista y la competencia en los distintos ámbitos de la sociedad. En este escenario, provocado por la movilización y organización de académicos, estudiantes y líderes locales, se ha logrado instalar y luego hacer funcionar durante treinta años un Programa que compromete a la Universidad estatal

con una formación de profesionales de la salud aplicada en territorios, movilizándolo para ello aportes públicos de municipios, todo ello centrando su discurso en los deberes éticos que comprometen a estos actores institucionales: procurar la formación de profesionales comprometidos con la sociedad a la que servirán, y brindar una atención integral a las poblaciones contemplando sus características sociales, culturales y económicas, respectivamente. Dicho de otra forma, el Piri, ha colocado a los actores universidad y municipio, en una posición de coherencia entre su declaración y sus prácticas.

El segundo ejemplo es el del Consejo pro hospital de Padre Las Casas, comuna aledaña a la capital regional Temuco. Con orígenes en los años 80, esta organización emerge en el 2004 marcada por la elección municipal de Alcalde y Concejales, en el cual los problemas de salud surgieron como una de las tantas banderas de discusión y de evidencia de necesidades sin resolver en esta comuna, autocalificada por muchos como el “Patio Trasero de Temuco”. Es así que se manifiesta la demanda por un Hospital, porque los Consultorios no dan abasto a la demanda asistencial local, y por lo recurrente de casos que por no contar con atención, secundaria y terciaria oportuna, viven situaciones de agravamiento e incluso de muerte.

La demanda trasciende a la elección municipal y sobre la base de la sintonía con la comunidad, se convoca a la creación de una organización que asuma la responsabilidad de liderar la lucha por el hospital. Desde sus inicios establece alianzas con instancias fundamentales para el desarrollo de su trabajo y se despliega una estrategia de difusión del proceso, envolviendo con ello a autoridades regionales, las que en un primer momento no muestran el interés esperado.

Se trabajó hacia adentro y hacia el entorno, llevando a cabo numerosas manifestaciones, campañas de adhesión a la iniciativa, entrega de información (volantes, dípticos, etc.). Se toma contacto con entidades gremiales, académicas y políticas apuntando a la obtención de apoyo y posicionamiento de la demanda. Luego de 12 años de labor, esta iniciativa ciudadana se logra posicionar en el debate público regional, logrando el apoyo ciudadano (organizaciones urbanas y rurales) como el respaldo de la autoridad de Salud. Este compromiso, que hoy en día contempla la edificación de un hospital público, tuvo en su momento matices que expresaban una voluntad política en sintonía con un establecimiento concesionado. Se debió sortear la arremetida de diferentes interesados del sector privado por hacerse con la construcción de un hospital en concesión e incluso de ser parte inversora en el marco de normas que les permiten participar de iniciativas de carácter público. Así entonces se revirtió hacia un hospital público, que hoy en día se encuentra en proceso de construcción. De este modo, Padre Las Casas y su Hospital quedan frente a un nuevo desafío: participar en el funcionamiento de su futuro establecimiento, ciudadanizándolo para que resulte pertinente en lo cultural, transparente en su administración, así como oportuno y eficaz en su operación.

Estas experiencias expresan, aunque desde distintas trincheras, un mismo estilo de construcción colectiva, sustentado en la articulación de las relaciones sociales e institucionales, que apuesta por crear confianzas y vínculos que terminen desencadenando

procesos, sin requerir de ser instituidos desde la autoridad de una administración. Se levantan desde la convicción de la importancia de la comunidad, con sus necesidades, intereses y capacidades.

Referencias

Anigstein, Maria Sol (2006), *Participación Comunitaria en Salud: Reflexiones sobre las posibilidades de democratización del sector*, Revista MAD Universidad de Chile, Santiago.

Kliksberg, Bernardo (2011) Estrategias y metodologías para promover la participación social en la definición e implantación de políticas públicas de combate a las inequidades en salud, Documento de la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales De la Salud Rio De Janeiro.

Menéndez, Eduardo (2006) Participación Social en Salud: las representaciones y las prácticas en “Participación Social ¿Para Qué?”, Editorial Lugar, Buenos Aires.

Serra, Jaime y Carrasco, Marcelo (2009) “REFLEXIONES SOBRE LA INTERDISCIPLINARIEDAD Y LA PARTICIPACION SOCIAL A PARTIR DE UNA EXPERIENCIA UNIVERSITARIA SOBRE SALUD COMUNITARIA Y DESARROLLO LOCAL EN LA REGION DE LA ARAUCANIA. *El desafío de la Formación de profesionales de la Salud, desde el territorio, comprometidos con la realidad social y cultura local, regional y nacional.*” Junto a Jaime Serra Canales, Libro “Participación Social en Salud: Reflexiones y Herramientas para la acción desde Chile”, Edición del Ministerio de Salud de Chile y la Universidad Complutense de Madrid, Santiago.

Vásquez Rocca, Liliana (2013) La noción de Biopoder en Foucault y su relación con las antropológicas en la obra del último Sloterdijk, EIKASIA, revista de Filosofía.com.

Universidad de La Frontera (2012) El Hospital que queremos. Propuestas de la comunidad de Padre Las casas para la gestión hospitalaria. Temuco.