

Notas sobre participación social en salud

Notes on social participation in health

Jaime Neira R.¹

Las acciones de participación social en el sector salud tienen una trayectoria de años de práctica. Existen cuerpos normativos, directrices, y otros instrumentos que fomentan la construcción de instancias formales institucionales en que la ciudadanía, teóricamente, se hace partícipe de las decisiones del sector salud, y la mayor parte de estas actividades se basan en premisas que apuntarían a incorporar en las decisiones a aquellos que son afectados por tales decisiones. Pero estas actividades no han conducido a construir espacios de real empoderamiento de sujetos sociales en la acción del estado, manteniéndose en los escenarios de una integración tutelada, tanto desde una perspectiva conceptual como práctica. En este documento se presenta una síntesis descriptiva de lo que ocurre con la participación en salud, y se discuten elementos que contribuyen a la comprensión de esta realidad, a partir del análisis y experiencias de participación en La Araucanía.

ESCENARIO DE LA PARTICIPACIÓN EN SALUD EN CHILE.

¿QUIÉNES “PARTICIPAN”?

Por una parte, la pregunta sobre quiénes están incluidos actualmente en los espacios de participación social en salud conlleva analizar los procesos de vinculación del sector salud con la población, tanto en términos de edad, sexo, ingresos y otras variables que son escasamente analizadas y cuestionadas. En general las actividades de participación más sistemáticas, expresadas en consejos de desarrollo, consejos locales de salud o similares, o en instancias como las cuentas públicas, llamadas participativas, son integradas por individuos que cumplen roles de dirigentes de alguna organización territorial o funcional, con vinculación relativamente estable con los establecimientos de salud del espacio local. Es habitual que además estas personas hayan llegado allí por ser frequentadores de los centros de salud, ya sea en calidad de usuarios o como representantes o acompañantes de otros/as usuarios. Esto implica una modalidad de vinculación con un perfil más cercano a una relación clientelar.

Aun cuando la cantidad de individuos que se incorpora en estas instancias de participación sea más o menos numerosa, e incluso que se estén promoviendo y generando más actividades de este tipo que incluyan un número creciente de personas, existen unos límites de las cosas que allí se pueden o no plantear y debatir, y mucho más claramente existen límites sobre lo que se puede decidir.

De lo anterior podría derivar un necesario análisis de las características de la participación social y ciudadana en la sociedad chilena en general, tener claro quiénes, cómo y en qué participan las personas en Chile, el escenario social de participación en el país y la relación global entre la ciudadanía y el estado en Chile, todo lo cual muestra en los últimos años un panorama poco alentador (1, 2).

¿“EN DÓNDE O EN QUÉ SE PARTICIPA”?

Desde una perspectiva espacial, consideramos dos dimensiones en la participación. Por un lado, una dimensión física concreta que dice relación con la estructura misma del sector salud.

La participación social en salud en el escenario estructuralmente fragmentado del sistema de salud chileno, encuentra una complejidad adicional que es “conformarse” con una supuesta capacidad de influencia

Recibido el 05 de junio de 2018. Aceptado el 27 de septiembre de 2018.

1 Centro de Estudios Aplicados para la Equidad en Salud. Depto. de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de La Frontera. Depto. de Atención Primaria. Servicio de Salud Araucanía Sur. Correspondencia a: jneirar@gmail.com

local en la toma de decisiones, ya sea en el centro de salud que convoca, o en algún nivel descentralizado de la estructura sanitaria, con un horizonte claramente limitado en la posibilidad de influir en condiciones estructurales o instalar en las discusiones, dimensiones políticas de la salud. Cuando ello ocurre, se argumenta que “ese no es el espacio” para tales discusiones. A su vez, la participación en las estructuras centrales del sistema de salud es marginal, anecdótica y poco influyente en el diseño o rediseño de los alcances o el perfil del sistema de salud, aun cuando pueda contar con muchos asistentes.

Por otro lado, en una dimensión espacial de los escenarios de toma de decisiones, se ubica a los que participan desde la comunidad, por fuera de aquellos procesos, acciones y decisiones claves del sector, las que se encuentran en “otro lugar”, el que es considerado territorio de otros. Quienes son incorporados en estas actividades de participación son invitados, convocados, aceptados, pero no integrados a la toma de decisiones clave. No se observan acciones de participación vinculante en la distribución del presupuesto, en la definición de prioridades estratégicas, en la elaboración de planes locales o regionales, más allá de excepciones anecdóticas.

¿CUÁNDO SE PARTICIPA?

En una dimensión programática, se puede por una parte observar una especie de calendario de participación, en el que se establecen reuniones, mesas, hitos y actividades en las que puede ocurrir la incorporación de personas de las organizaciones funcionales y territoriales del nivel local. En estas diversas actividades se registra la asistencia y se capturan imágenes que respaldan las actividades. Esta dinámica se repite cada año, asociada a eventos específicos bajo la conducción de la propia institución.

En una dimensión más histórica, en las últimas décadas el perfil de la participación social en salud no ha mostrado modificaciones sustantivas, y aun cuando se han expresado con distinta intensidad en diversos puntos del país movimientos ciudadanos por la salud desde una perspectiva política autoconvocada, con mayor autonomía, la sostenibilidad de estas experiencias no ha modificado la configuración habitual de la participación en el conjunto del sector de salud del estado.

En La Araucanía el panorama de participación social en salud muestra en general características similares a las previamente esbozadas. Los

consejos de desarrollo local, consejos de participación, cuentas públicas ‘participativas’, consultas ciudadanas u otros mecanismos similares dominan el escenario, escenario también fragmentado en múltiples establecimientos de administración y gestión municipal, dependiente de los servicios de salud, de administración delegada, privados en convenio, etc.

Sin embargo, destacan experiencias con mayor grado de autonomía como el Consejo Pro Hospital de Padre Las Casas (3), y se encuentran además establecimientos de salud de administración delegada a organizaciones indígenas. Estas últimas reciben anualmente recursos desde el estado y se hacen responsables de prestaciones de salud a una población en un territorio definido en conjunto con el servicio de salud, y tienen la posibilidad de gestionar además prestaciones de salud del modelo sanitario indígena mapuche (4).

¿QUÉ ELEMENTOS ESTÁN A LA BASE DE LA CONFIGURACIÓN ACTUAL DE ESTE PANORAMA DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD?

En primer lugar, la concepción del proceso salud-enfermedad como un campo apropiado por el pensamiento sanitario dominante, construido desde una perspectiva biomédica y radicado en la noción de que la ausencia de enfermedad es la base de la salud, y que ésta es una condición que ocurre en la unidad biológica del individuo. Esta concepción otorga entonces un privilegio dominante a los técnicos que estudian y conocen de los procesos biológicos del cuerpo, en particular a los médicos, pero no exclusivamente, ya que la mayor parte del personal sanitario conceptualiza y desempeña sus roles desde esta perspectiva.

Ello se traduce en una relación asimétrica, en que las opciones de los “legos” de penetrar en el núcleo duro de las discusiones sobre salud se ve coartada por una hegemonía teórico-procedimental, que expropia las pretensiones del saber no científico de tener un discurso válido en la materia. No pueden participar entonces más que en cuestiones marginales y periféricas, pues el centro del saber médico no les es propio. En consecuencia, en el campo de la salud la concepción del otro como un lego, desconocedor de los principios que rigen el conocimiento tienden a invalidar el reconocimiento del otro como poseedor de las competencias para influir, tomar decisiones e incluso siquiera opinar sobre aspectos de la salud desde la perspectiva institucional, por tanto, sólo puede

tener espacio dentro de límites y posibilidades que quien detenta el poder define. En un contexto dominado por un pensamiento social sanitario hegemónico por la dimensión biomédica, de cuño positivista, que se traduce en prácticas sanitarias concebidas y estructuradas bajo la lógica de tal pensamiento sanitario, las posibilidades de concebir y validar procesos de participación ciudadana empoderada, movilizados desde las propias estructuras de los sistemas estatales de salud son prácticamente inexistentes.

A su vez, las posibilidades de instalar un discurso propio sobre la concepción del proceso salud-enfermedad, deslocalizado del paradigma biomédico dominante son escasas, y no existe una disposición transversal de reconocimiento de validez de estos discursos diversos, más allá de la anécdota muchas veces floklorizada.

Como parte además de una lógica sistémica, con este enfoque se forma la mayor parte de los estudiantes de las disciplinas sanitarias, lo que se traduce en que, en el futuro cercano al menos, no se podría esperar una modificación sustancial en la dinámica y contornos de estas relaciones, que sea promovida e impulsada por el propio personal sanitario. Una perspectiva sistemática que comprenda e impulse una visión del proceso salud-enfermedad como una construcción social y política no está presente de manera transversal en la formación del personal sanitario. En una mirada de futuro se requiere discutir e incidir en los procesos de formación de los estudiantes de las disciplinas de la salud, en el sentido tanto del concepto del proceso de salud-enfermedad en el que se les está formando, como en los espacios de formación desde donde se discute este proceso, ambas dimensiones íntimamente relacionadas.

Un segundo componente se refiere a las formas del hacer, a la respuesta que se entrega desde la sociedad al fenómeno de salud-enfermedad. En nuestra sociedad la forma legitimada de responder al proceso de la salud-enfermedad-atención se encuentra a su vez sustentada desde el modelo médico hegemónico de pensamiento sanitario. La respuesta sanitaria está ordenada en función de un núcleo central estructurado desde el paradigma biomédico de la salud-enfermedad. En sus contornos pueden coexistir entrelazadas una diversidad de opciones, pero el eje que vertebra al sistema de salud es la respuesta ante la enfermedad (5).

En términos organizacionales, además esta respuesta se presenta en un contexto en que el estado garantiza el derecho la atención de la salud, con un arreglo institucional altamente fragmentado,

descentralizado y con prestadores públicos y privados múltiples, en la que la integración estructural no existe y la integración funcional queda librada a las competencias de gobernanza de las autoridades locales en cada territorio. Pasa entonces a ser un componente relevante las características de los liderazgos locales, la capacidad e interés en la gobernanza de los sistemas de salud en el territorio, desde la perspectiva de las organizaciones es otro elemento que considerar tanto en los intereses en juego como en los cauces en los que se conduzcan las acciones de tono participativo.

En este escenario, como se planteó, la participación social en salud se mantiene disgregada, limitada a relaciones locales de los establecimientos de salud con individuos cercanos a ellos en que la búsqueda de un bien común mediante la participación en salud queda confinada a “islas” en cada espacio local (6).

Es necesario considerar que quienes impulsan y promueven la participación en salud, en cualquier espacio institucional o territorial, también tienen intereses, basados en un ideario de lo que deben ser las relaciones entre estado, mercado y sociedad.

En el ámbito de la participación social en salud en territorios indígenas, esta premisa es fundamental. Es por ello que las prácticas institucionales con intención participativa no pueden ser comprendidas fuera del marco global de relación entre el estado y el pueblo mapuche, en particular. Ello además de considerar la hegemonía del pensamiento médico-sanitario sobre cualquier otro modo de comprensión de los procesos de salud enfermedad colectivos. Es decir, si bien puede haber un cierto grado de control sobre procesos de implementación de acciones sanitarias, el modelo médico hegemónico deja sentir su dominio de manera central en las definiciones de lo que es o no posible de realizar, en las modalidades de control de recursos.

Bajo estas condiciones, la participación social en salud como práctica social y política, que busque incidir en la configuración conceptual del proceso salud-enfermedad-atención, y desde allí replantear los diseños institucionales y organizacionales de las prácticas sanitarias como opción de sujetos sociales, se encuentra actualmente invisibilizada.

No se observan alternativas sostenibles en el tiempo que apunten a redistribuir el poder simbólico y político en torno a la salud. En consecuencia, las acciones de participación más frecuentes que se observan parecen ser un fin en sí mismas, en las que los individuos que se ven incorporados

lo hacen a título personal o de algún colectivo u organización en particular, más que constituir un medio para que determinados sujetos sociales puedan ejercer control sobre decisiones en ámbitos de la sociedad que les atañen directamente, o ejercer el derecho a la incidencia en estos ámbitos. Aun cuando existe una percepción de que la gente está cada vez más exigiendo sus derechos y reclamando espacios de incidencia, esto parece ser más la expresión de un tipo de relación entre consumidores o clientes individuales frente a empresas de servicios, que entre ciudadanos y sujetos sociales frente a un estado social de derechos.

La participación 'simbólica', informativa y a lo mucho consultiva, no es patrimonio del sector salud en Chile. En otros ámbitos de la política y de las políticas públicas se observa un panorama similar, lo que refuerza el argumento de que se trata de una forma transversal de relación entre el estado y la ciudadanía.

Aun cuando se puedan observar avances en oportunidades de participación, en el sentido de la existencia de mecanismos para recoger opiniones individuales sobre los servicios, o la definición de espacios colectivos para debatir sobre mejoras a estos servicios; y aunque también se implementen instrumentos para el ejercicio de la autonomía personal, como consentimientos informados o notificaciones de condiciones sujetas a garantías de oportunidad, la intensidad de la participación (7) está distante de establecer relaciones y decisiones vinculantes definidas a través de mecanismos colectivos.

En particular en el caso de la participación en salud en territorios indígenas, la complejidad se incrementa en un escenario de conflicto en que incluso se niega la misma existencia del pueblo mapuche como un sujeto como tal, y se hace manifiesta la violencia simbólica y física en el contexto regional. Más allá del avance en términos de reconocimiento de saberes, prácticas y agentes de salud, incluso más allá de la disposición del estado de entregar recursos para una administración tutelada de servicios de salud occidental, y algunos casos de acciones de fortalecimiento de la medicina mapuche, la capacidad y oportunidades de establecer procesos colectivos de incidencia en el sistema de salud son mínimas.

En concreto, situaciones en las que determinadas organizaciones comunitarias en territorios específicos logran acceder al control de recursos en salud, como resultado de procesos y contextos históricos específicos, tanto desde las organizaciones como de las instituciones del estado, estos

procesos no se traducen lineal o directamente en ganancias en términos de gobernanza del sistema de salud, disminución de la fragmentación, o avances en las reivindicaciones mayores del pueblo mapuche. Incluso autores plantean que se trata más bien de retrocesos en los procesos autonómicos pues subyugan y "esterilizan" a los agentes, prácticas y saberes ancestrales a la lógica sanitaria del estado (8).

En consecuencia, lo que está detrás de la actual panorámica de la participación social en salud es una forma concreta de expresión de la distribución del poder en la sociedad, en la conformación del estado y de la estructura y organización de las instituciones de salud. Finalmente, la variable clave es y sigue siendo el poder (9).

Desde esta perspectiva las propuestas que consideran la participación como un proceso lineal, escalar, en el que se comienza desde una situación básica o inicial centrada en la inclusión informativa de una cierta cantidad de personas, y que va avanzando progresivamente hasta un estadio superior en el que la participación es sistemática y vinculante, no debe perder de vista la configuración de sujetos sociales en conflicto, lo que en una perspectiva histórica no siempre responde a lógicas lineales.

Como señala Carrasco, "*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.*" (3).

REFERENCIAS

1. Hermann MG, Van Klaveren A. Disminución de la participación de la población en organizaciones sociales durante los últimos trece años en Chile e implicaciones para la construcción de una política de planificación urbana más participativa. EURE, Revista Latinoamericana de Estudios Urbano Regionales. [Internet] 2015 [Citado el 7 de mayo de 2018]: 42-15. Disponible en: <http://www.eure.cl/index.php/eure/article/view/803/870>
2. Herrmann, G. Hacer Ciudad: Problemas y desafíos de la participación ciudadana en la planificación territorial de Santiago. Revista 180. 2014; 18(34), 36-41.
3. Carrasco M. Participación Social y Reversión. Centro de Estudios Aplicados para la Equidad en Salud. Facultad de Medicina,

Universidad de La Frontera. [Internet] 2013 [Citado en marzo de 2018] Disponible en: <http://www.med.ufro.cl/equidad/index.php/opiniones/item/27-participacion-en-salud-y-reversion>

4. Neira J. Prestaciones de Salud en Zonas Indígenas Mapuches. Resumen de Algunas Experiencias. En: Urriola, Rafael, comp.; Suárez, Julio; Madrid, Sandra; et al. Economía y Salud: aportes y experiencias en América Latina. Santiago, Chile: OPS/OMS; 2011

5. Ibañez, C. Participación social en Salud. Segundo Ciclo de Coloquios Equidad y Salud. Centro de Estudios Aplicados para la Equidad en Salud. Facultad de Medicina. Universidad de La Frontera. [Internet] 2014 [Consultado en abril 2018] Disponible en:

<https://www.youtube.com/watch?v=LMxG3-uUcyU>

6. Jaime SF. Participación social en sistemas de salud fragmentados: ¿Una relación virtuosa? Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2016; 15(30): 38-56.

Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps15-30.psss>

7. Cunill N. Los derechos humanos en los eslabones más débiles: los servicios públicos. Una aproximación a su medición. Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores. [Internet] 2018 [Consultado en mayo de 2018]; 5 (2). Disponible en: <http://www.dilemascontemporaneoseduccionpoliticaayvalores.com>

8. Cuyul A. La política de salud chilena y el pueblo Mapuche. Entre el multiculturalismo y la autonomía mapuche en salud. Revista Salud Problema. 2013; 7(14)

9. Arnstein S. A ladder of citizen participation. Jaip. [Internet] 1969 [Consultado en mayo de 2018] 35 (4): 216-22. Disponible en: <https://www.planning.org/pas/memo/2007/mar/pdf/JAPA35No4.pdf>.