

Las políticas de salud que “hablan” de la participación comunitaria*

Esperanza Reyes Solari

*“¿Pueden las personas enfermas dar salud...
Pueden las instituciones enfermas dar salud?”
Kenny Tejada***

¿Cuál es el desafío que se plantea a la organización del sistema de salud? ¿Ajustar la comunidad al ritmo de los requerimientos del servicio de salud o el servicio de salud al ritmo de la comunidad? ¿Cuáles son las concepciones, o trincheras ideológicas con las cuales miramos la participación comunitaria?

El desarrollo del proceso social llama a desechar miradas unilaterales que tienden a recortar el dinamismo de las relaciones sociales y a entender lo parcial como total. Hoy más que nunca somos conscientes de que los caminos tienen que construirse basados en las experiencias directas, en las percepciones que se reelaboran.

¿Qué es la Comunidad para los equipos de salud? Las siguientes connotaciones se expresan con diferentes acentos en la comprensión que desde los programas de salud se tienen en la comunidad: a) localizada en un área, en un territorio geográfico; b) como grupos epidemiológicos y c) como unidades de intereses. Esta última connotación sobre los intereses de la comunidad es la más olvidada, a esto contribuye un entendimiento de la población como un bloque sobre el que hay que intervenir para aplicar programas que los “sanen”. La estandarización¹ del concepto de comunidad encubre lo múltiple y diverso. Oscurece las identidades de los sujetos, desintegradas unas, otras encontrando su identidad en los espacios organizados, buscando aferrarse a ellas por sus posibilidades de reiniciar aprendizajes truncos. Comunidades, entonces que nos hablan de sujetos, de rostros que exigen otra forma de reconocer cuáles son sus intereses.

* Reflexiones en torno a la investigación en curso, “Políticas de Salud con Participación de la Comunidad” realizada por Esperanza Reyes y Javier Alva en el CELATS.

** Kenny Tejada, Med. Psiquiatra, profesor del Programa de Administración de Salud, Universidad Peruana Cayetano Heredia. (1934-1988)

¹ ALFARO, Rosa María; “¿Participación para qué? Un enfoque político de la participación en la Comunidad Popular”. 1987.

Las necesidades son una parte de los intereses pero también son las ideas, percepciones que tienen de los benefactores sanitarios. ¿Qué desconfianzas y que críticas se han afincado en las relaciones mediadas por un servicio, de la que los llamados “usuarios” deben ser “beneficiarios”?

En nuestro país durante estos últimos años la idea de supervivencia se ha agudizado en el pensamiento colectivo no solo en cuanto a la angustia del hambre (crisis económica) sino en cuanto al exacerbado temor (violencia política) frente al mundo exterior, que obliga a replegarse en el mundo interior.

A fines de 1988 en Lima cunde el rumor de los “sacajos”, figura muy cercana a los “pishtacos”². Los orígenes de los pishtacos (degolladores) se remontan según Ansión a períodos prehispánicos, en las imágenes del verdugo, sacrificador y hechicero pero es con la dominación española que la imagen pervive en la mente colectiva. Según testimonios recogidos por Sifuentes en poblaciones de sectores urbano-marginales la relación entre médicos y “robajos” está presente en casi todas las historias. El autor hace notar que “esta relación viene desde cuando se asociaba a pishtaco con los médicos y a los hospitales con su lugar de residencia”³. Esta imagen guarda relación también con otra que pervive en la población migrante del mundo andino, su resistencia a tratarse en el hospital ya que “es el lugar donde se va a morir”.

La identidad de servicio, a quienes sirvo, cómo y para qué, en suma la visión del profesional de salud, es juzgada críticamente por la población. Esta valoración demuestra, con excepciones, qué poco imbricado está en la formación de los “servidores” una apertura a la comprensión de lo social. Visión afirmada por los propios trabajadores de salud de puestos sanitarios⁴, cuando señalan que el personal de salud tiene limitaciones en captar los problemas sociales de la comunidad e interpretarlos. Según Giesecke hay dos factores que afectan las concepciones y el comportamiento de los trabajadores:

“a) Historia Personal, planes para el futuro, el logro o no de expectativas y b) El peso de la formación y concepción biomédicas que convierte a la población,

² El pishtaco es considerado en las creencias populares en el mundo andino como “un personaje vinculado al poder de los terratenientes y de los curas, enviado por gente de la ciudad para extraerles la gracia a los caminantes solitarios. Aparece muchas veces como un hombre blanco, como un gringo... Representa siempre el poder externo que domina por la naturaleza y extrae de los hombres andinos su energía vital...” p.9

ANSION, Juan (Editor); “Pishtacos de verdugos a sacajos” Tarea, Lima, Octubre 1989.

³ SIFUENTES, Eudocio; “La continuidad de la historia de los pishtacos en los “robajos” de hoy”. En Pishtacos, de verdugos a sacajos, Editor Juan Ansión, Tarea, Lima 1989. Pp. 150-151.

⁴ Plan de Trabajo del Centro de Salud de Chuquibamba, Programa de Perfeccionamiento en Gestión de los Servicios de Salud y la Comunidad”. Editado por el Instituto de Estudios Socioeconómicos y Fomento del Desarrollo, Centro, 1989.

comunidad, individuos y familias en abstracciones estadísticas o en meros cuerpos que hay que reparar”.⁵

La Participación promovida desde la Política Social.

Participación comunitaria, ¿moda, utopía o realidad? El tratamiento que se le ha dado a la participación comunitaria en el discurso oficial de los últimos años parecería estar plagada de una voluntad de dar poder,

“movilización y participación del pueblo a través de sus organizaciones naturales en todos los niveles del sistema de salud”.⁶

¿Es esta formulación una forma ideologizada más de pretensión democrática, sin realmente llevarla a cabo? La creencia en las posibilidades de un Estado mediador del interés general o un Estado Benefactor ya se perdió. Es una aspiración que se perdió porque nunca se materializó o lo hizo muy débilmente. El Estado en América Latina no ha sido un Estado excesivamente intervencionista, los que sostienen la disminución del poder del Estado, están por lo tanto ocultando sus propias culpas.⁷ Sin embargo, las nuevas condiciones de desarrollo democrático en situación de crisis económica plantea necesariamente la tarea de enfrentar la transformación de un Estado que requiere reconstruirse. Cuando llegamos a estas certezas, estamos ante disyuntivas políticas. Aquellas que bajo un perfil “modernizante” plantean revertir los desequilibrios de proceso de acumulación buscando regular las discrepancias entre procesos controlados por el “mercado” y por el “poder político”. Alternativa en que su aplicación no está exenta de formas autoritarias y agravamiento de la desigualdad social. Otras que no niegan la necesidad de transformación del Estado, basan la generación de una nueva institucionalidad en el ejercicio del poder de decisión de amplios sectores sociales. Privilegian la dimensión de lo “público” frente al orden estatal y el orden privado. Es indudable que en su ejecución está implícita una disciplina social, que asume el reto de no ahondar las diferenciaciones.

En este sentido nos preguntamos ¿en qué historia de preocupación por lo social se inserta la comprensión participativa en salud en nuestro país? Quisiera en este punto hacer un recorrido a grandes líneas sobre algunos rasgos (política de

⁵ Plan de Trabajo del Centro de Salud de Chuquibamba, Programa de Perfeccionamiento en Gestión de los Servicios de Salud y la Comunidad”. Introducción, Alberto Giesecke, p. XXI. Editado por el Instituto de Estudios Socioeconómicos y Fomento del Desarrollo, CENTRO, 1989.

⁶ Lineamientos Generales del Política del Sector Salud, Setiembre 1985. Art 50. Inciso a) de la Ley Orgánica del Sector Salud, 28 de Octubre de 1985.

⁷ “Decir hoy que la razón fundamental del deterioro del Estado es el exceso de intervencionismo social, suena al menos a exageración en sociedades en donde el descenso en las condiciones de vida se agrava día a día, en donde no existe seguridad ni previsión social, en donde crece la marginalidad, la desnutrición, la enfermedad, la falta de vivienda, el analfabetismo...” PORTANTIERO, Juan Carlos; “La múltiple transformación del Estado Latinoamericano” Nueva Sociedad, No. 104. Pp. 89.

higiene, benefactora, desarrollista, participativa) que a nivel histórico ha ido dando contenido ideológico a la política social. Estos rasgos guardan relación con un nivel de comprensión similar al desarrollo del pensamiento de salud a nivel mundial. Son contenidos que desde lo caritativo y profiláctico, se ven rebasados por lo colectivo, por la comprensión de la política como derecho social.

En el periodo 1889 a 1930 el Estado le asigna importancia a la sanidad como beneficencia, lo que incluye la atención hospitalaria. En 1887 durante el Gobierno de Mariscal Cáceres⁸ se expide el Reglamento General de Sanidad que diseña una organización estatal constituida por la junta Suprema de Sanidad, las Juntas Departamentales y las Juntas Municipales, que en su contenido ponían el énfasis en lo biológico, eran las encargadas de impedir la propagación de epidemias.

A inicios del Siglo XX el elemento común para muchos países de la región es el interés que corresponde con un desarrollo económico primario-exportador lo que determina que se dé impulso a la sanidad marítima y terrestre. La invasión de la peste en el Perú en varios puertos motiva que en 1903 se cree la Dirección General de Salubridad encargada de velar por la conservación y el mejoramiento de la salud pública, con el mismo énfasis biológico de desarrollar los procedimientos profilácticos para las acciones sanitarias.

El contenido benefactor en salud, se desarrolla en 1935 durante el gobierno de Benavides. Se dispone la creación del Ministerio de Salud, Trabajo y Previsión Social; las sociedades de beneficencia debían cooperar dentro de sus funciones de asistencia social; se crea la Caja Nacional del Seguro Obrero y los hospitales para atención al obrero y empleado. La Segunda Guerra Mundial pone de relieve no sólo el significado de la vida como un derecho (ante un holocausto de más de 40 millones de personas), sino igualmente el derecho a la salud.⁹ El periodo de la Postguerra es receptora de una necesidad de mayor capacidad curativa de la asistencia médica, equipos eléctricos y electrónicos llegaron a ser indispensables para el diagnóstico, como también los productos farmacéuticos.

La idea del Estado benefactor desarrollada fundamentalmente en Inglaterra se propaga igualmente en este periodo. El sistema de seguridad social inglés impulsado por la propuesta del Reporte Beveridge (1942) forma parte de un plan más amplio de reformas. Estas reformas incluyen políticas económicas que buscaban mantener el pleno empleo, subsidios a las familias y un sistema nacional de salud.

El Sistema Nacional de Salud inglés creado en 1948 fue muy diferente del propuesto originalmente en 1943 que planteaba su administración por autoridades locales. Las negociaciones mantuvieron una larga disputa entre el Ministerio de

⁸ BUSTIOS ROMANI, Carlos; "Evolución del Concepto de Salud Pública" Escuela Nacional de Salud Pública, Lima 1986.

⁹ Declaración de Principios de la Organización Mundial de la Salud (1947) y Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948).

Salud y la Asociación Médica Británica. El interés de los especialistas, era mantener una estructura que le permitiera dividir su tiempo más beneficiosamente entre el ejercicio privado y público y posibilitar su influencia decisiva en la dirección del Sistema Nacional de Salud. La clase trabajadora fue excluida de las decisiones. Recién en 1974 se crean los Consejos Comunales de Salud, cuyo rol oficial era representar los intereses de la comunidad local. Sin embargo ninguno de sus miembros son elegidos directamente, un tercio es nominado por las exportaciones voluntarias, un sexto por las Autoridades Regionales de Salud y el resto por la autoridad local.¹⁰

En América Latina la ideología desarrollista de fines de los 50 e inicios de la década de los 60, tenía como base la idea de la industrialización, vía reforma agraria, la incorporación de los campesinos al consumo. En el Perú las políticas de promoción y participación popular se orientan fundamentalmente al campo. El Plan Nacional de Integración de la Población Aborigen en 1959, por ejemplo consiste en acercar a los indígenas a la cultura nacional a través de “promotores sociales” capacitados, extraídos de la propia comunidad. Estas líneas modernizantes cobran mayor fuerza con el impacto que la revolución Cubana tiene sobre la región y que es sancionada en la reunión de Punta del Este en el impulso de la “Alianza para el Progreso”¹¹.

El presidente de Perú, Fernando Belaúnde en un Mensaje presentado al Congreso Nacional el 28 de julio de 1966 define el nuevo comportamiento que al Estado le toca asumir:

“... asegurar a los innumerables villorios peruanos una política gubernamental acorde con el Desarrollo Comunal. Era necesario renunciar a criterios centralistas y buscar el origen de los problemas y su solución en la misma comunidad... basada en una tradición de trabajo cooperativista expresada en la supervivencia de instituciones históricas, tales como le Ayni, la Minka y la Faena...”

Si bien es cierto que las formas precolombinas de relación han sido capaces de mantenerse a través de los siglos, y se han mostrado compatibles con una concepción de desarrollo comunitario por sus características de ayuda mutua y el trabajo colectivo, también que las relaciones de reciprocidad fueron asimétricas. El trabajo colectivo gratuito era realizado en beneficio del Estado, práctica que fue acentuada durante la colonia. El legado histórico que recogemos labora las relaciones de reciprocidad sin idealizarlas, e igualmente valora lo que constituye la sabiduría en el manejo ecológico que nos dice mucho de la capacidad de poder

¹⁰ DOYAL, Lesley: I. Pennell I “The Political Economy of Health” Pluto Press, London 198, pp. 177-185.

¹¹ El Banco Interamericano de Desarrollo publica en 1966 “Desarrollo de la Comunidad Teoría y Práctica” y el Departamento de Asuntos Sociales y Económicos de las Naciones Unidas el volumen “Desarrollo Comunal y Servicios”.

mantener una base de crecimiento económico: el control del medio ambiente, prácticas de siglos en el manejo de cuencas, derivaciones para regadío, calendario de siembras, conocimiento de las diversas plantas de cultivo, la andenería, etc.

El modelo de “democracia social de participación plena” propuesto por el gobierno de la Fuerza Armada (1968), es la formulación más acabada de la ideología participacionista. Sin embargo esta es desvirtuada en los hechos ya que en su implementación buscó organizar y capacitar a la población urbano y rural desde el aparato de Estado.

Las demandas de los pobres urbanos y campesinos para integrarse a un desarrollo nacional equitativo, que no destruyera sus organizaciones de base o se aprovecha de ellas para extraer exiguos recursos es un proceso que empieza a perfilarse y a rebasar los marcos de una estrategia desarrollista planificada por los expertos gubernamentales.

La orientación de “desarrollo integral de la salud” basado en el “poder de decisión de la comunidad” que la estrategia de Atención primaria promueve, pone el énfasis en una reorientación de los sistemas de salud en “países en desarrollo”. La crítica estaba basada en que los sistemas estaban modelados en un sistema occidental de atención curativa y sofisticada. La estrategia busca responsabilizar a las personas, familias y comunidad en el cuidado de su salud. Doyal¹² al igual que Ugalde se vuelven a preguntar si no es esta una vieja receta desarrollista con forro nuevo, pero que en lo sustancial no modifica las bases del poder de decisión, El ¿cómo? y el ¿dónde?, la forma de participar es diseñada por el sistema central de salud.

Lo que aparece con realidad es que hablar de participación comunitaria hoy desde la escena oficial ya no suena tan subversivo, como lo eran en los 60s. En los 70s es la idea de la participación controlada, y en los 80s forma parte del sentido común en las políticas de desarrollo, es en este período donde la participación se legitima con abundancia en el discurso. ¿Es esto un paso importante sobre el cual las prácticas organizativas populares pueden basarse para establecer sus intereses y participar en “las decisiones que les pertenecen”?

Cuando en el Perú se promulga en 1985 los Lineamientos de Política del Sector Salud, estos son aplaudidos por un grueso sector de profesionales y de organismos no gubernamentales, es uno de los planteamientos de más avanzada en América Latina, pero para muchos funcionarios del Ministerio de Salud estos enunciados eran peligrosos, ya que podían socavar su autoridad. Esto se gratifica muy bien con apreciaciones que inclusive hasta hace un año (1988) se daban en

¹² Doyal, Lesley; “The Political Economy of Health”, Pluto Press, 1983, London. UGALTE, Antonio; “Ideological Dimensions of Community Participation in Latin American Health Programs”. Social Science and Medicine, Vol. 21, No. 1 Great Britain, 1985, pp. 44-45.

un Centro de Salud en la Sierra Sur, en que se le fija a la comunidad su papel de “colaboradora”. La población era considerada como:

““ignorante” porque las madres que se preocupan por hacer atender a sus niños a tiempo..., “peligrosa” porque se les da un espacio y ya quieren intervenir en cosas que no les competen como horario de trabajo, calidad de atención, trato, etc...., y como un “interlocutor no válido”, porque se encuentra desorganizado, pero su colaboración sí es necesaria para concluir la construcción...”¹³.

Está bastante introyectada una comprensión de la comunidad como aquella que debe adecuarse al ritmo de los “servidores”. A esto se suma la variable “partido en el gobierno” que cruza la ejecución de este diseño participatorio y aparece liderado por la Ley Nacional de Salud que incluye los Lineamientos (1985). Es aquella voluntad partidaria que en “olor de multitud” llega al poder como es lógico, entiende las intenciones participativas del sector salud como una manera eficaz de afianzar proselitístamente su imagen, acaparando puestos, dirigiendo la participación comunitaria, principalmente en aquellos sectores poblacionales débilmente cohesionados, montando organizaciones paralelas en aquellos donde la población organizada no permitía un afianzamiento. Subsiste una desconfianza en la comunidad a quien se le debe otorgar poder de decisión, esto como vemos en los párrafos subsiguientes lo confirma el viceministro de salud de aquel período.

Desde el aparato de Estado, la manera como se ha ido digiriendo el concepto participativo después del consenso a que se lleva en ALMA ATA (URSS 1978) sobre la Atención Primaria va imbuyendo las cabezas de los planificadores. Se reconoce un terreno común para crear espacios de participación y permanencia en las organizaciones locales. Este reconocimiento aparece en un primer momento como discursivo, seguido en un segundo momento por la necesidad de su plasmación en Leyes y Programas y finalmente a 10 años del llamado a los gobiernos y los pueblos, la pregunta es, ¿Qué resultados tenemos?

Los alcances de la respuesta tienen que ver como señalábamos en párrafos anteriores con la cuota de poder que el personal de salud y la jerarquía oficial es capaz de conceder, como también por las desconfianzas que genera en la población las acciones y el discurso “participativo” estatal. Discurso que pasa el tamiz del cálculo político. Este último énfasis es resumido claramente por el Dr. Melitón Arce, viceministro de salud, cuando señala cuatro elementos problematizantes, que están presentes en la pretensión de devolver a la comunidad la capacidad de decisión.

¹³ IBID. Plan de Trabajo del Centro de Salud de Chuquibamba. CENTRO 1989.

1) Aceptar la organización que la comunidad presenta a través de sus dirigentes como la más adecuada. Ya que se duda de la representatividad, hay una primera dificultad en identificar cuál es realmente el grupo al que hay que otorgarle la confianza para trabajar conjuntamente; 2) Cederle campo a los grupos de oposición al gobierno para que ella apoye la comunidad, lo que cuestionaría si la orientación de los grupos de oposición es una orientación genuina o está actuando con el único propósito de ganar prosélitos; 3) la creación de una expectativa, que a través de la participación comunitaria redunde en una demanda que no se puede satisfacer con recursos insuficientes; 4) los problemas que se dan en el frente interno del propio partido de gobierno, así como también en el frente externo con los demás partidos, que no permite una fluida aplicación de este lineamiento participativo”.¹⁴

Aproximación al concepto participativo.

En este punto no pretendo hacer una revisión exhaustiva de los estudios que se han orientado a la investigación de la participación comunitaria. Me interesa mostrar en Muller su acercamiento a los estudios de caso peruanos manejando dos dimensiones a) participación directa y b) participación social, contrastarlas con el balance de sus conclusiones. Este estudio plantea lo que va a estar en los orígenes de la polémica sobre la estrategia de atención primaria, la atención a proceso o a resultado efectivo inmediato y resumen bien los diversos determinantes de la participación comunitaria, que otros estudios nacionales e internacionales han abandonado o ampliado. La reciente propuesta analítica de Rifkin et al, busca brindarnos una matriz que ahonde los aspectos del proceso y que creo pertinente ir más allá de la presentación gráfica de una dimensión participativa, hacia el planteamiento de una sociedad de intervención para modificarla. Arce y Long contribuyen a comprender la interacción entre “servidores” y “beneficiarios”, desde una mirada no tanto a las acciones participativas, sino a los actores de las acciones. El concepto de “interface” aporta a este análisis.

Muller desarrolla un estudio comparativo de caso rural y urbano en Perú a mediados de los 70s,¹⁵ nos habla de dos concepciones participativas que tratan de ahondar en esta comprensión de la comunidad de intereses. Señala que durante la **participación directa**, concebida como la movilización de los recursos comunitarios –recursos humanos, dinero, materiales y capacidades creativas— para llevar a cabo programas de salud se debía llegar a la **participación social** que consistía en incrementar el control de las personas sobre los factores sociales políticos económicos y del medio que determinan la salud. El ideal participativo consistía en que la participación directa fuera meramente una estrategia para

¹⁴ Intervención en el Seminario Curso Taller “Teoría y Práctica de la Salud Popular”. CELATS-Rhadda Barnen, Lima Perú del 15-26 de Junio 1987.

¹⁵ MULLER, Frits; “Contrasts in community participation: Case studies from Perú”, Quispicanchis y Villa El Salvador. En Practising Health for All, David Morley, John Rohde y Glen Williams, editors. Medical Oxford Publications, 1983.

obtener mayor participación social, pero en la práctica se le consideraba como un fin en sí mismo.

¿Qué es lo que se concluye? a lo largo de tres años la **efectividad médica** de los programas es limitada por a) El gasto en recursos humanos y materiales es mínimo, 0.25\$ en Quispicanchis y 0.30\$ en Villa El Salvador, basado en la capacitación de promotores elegidos por la comunidad, (¿medicina para los pobres?) b) orientado a servicios curativos y no preventivos, c) no apoyo gubernamental, desconfianza de iniciativas fuera de su control, d) ignorancia de sistemas tradicionales de salud, e) pobreza, los programas poco pueden hacer para disminuir la pobreza, etc. El **impacto social** difiere sustancialmente de una comunidad a otra, los factores principales eran a) el grado de marginalidad económica, personas tan pobres que no tienen posibilidad de mejorar su propia salud y la de sus hijos, b) antecedentes de experiencias colectivas de lucha que redundan en organización y liderazgo, c) la interpretación tradicional de sus problemas de salud.

Rifkin, Muller y Bichmann ¹⁶ proponen medir la participación a través de 5 indicadores que ubicados en 5 ejes gratifican en los extremos convergentes o divergentes cuan restringida o amplia es la participación. Menciona que no se pretende calificar con signo positivo las características de la participación amplia y con signo negativo la restringida, sino mostrar la diversidad del proceso de participación en un momento dado, describiendo situaciones y buscando modificarlas. Estos indicadores son: 1) Evaluación de necesidades de Salud. 2) El liderazgo qué representa y a quiénes. 3) Qué organizaciones comunitarias existen en la base con las cuales se concerte para introducir programas de salud y qué organizaciones son creadas por los planificadores. 4) Qué recursos aporta la población y qué nivel de decisión tienen en su utilización. 5) Cómo es administrado un programa de salud, sólo por los profesionales o se amplía hacia la comunidad. Cada indicador contiene una serie de preguntas que intentar profundizar su comprensión.

La propuesta es original más allá de su utilidad o no en la medición de indicadores, en la necesidad de captar el proceso en un momento dado y poder hacer un seguimiento. En su aplicación en Nepal, donde desde 1982 se está llevando a cabo un plan de descentralización a través de la creación de comités de salud, se llegan a conclusiones similares a las de Muller en Perú. En base al análisis llevado a cabo en el distrito de Kaski, una zona pobre y montañosa, se concluye que el grado de participación era bajo por la estructura social, falta de compromiso financiero del gobierno, supresión de iniciativas comunales, actitudes de superioridad del personal de salud, pasadas experiencias negativas con programas de desarrollo comunal, falta de orientación y capacitación de los profesionales de la salud y de la comunidad. Los investigadores no nos dicen cómo se proponen modificar estas tendencias.

¹⁶ RIFKIN, MULLER y BICHMANN; "Primary Health Care: On measuring Participation". Social Science and Medicine, Vol. 26, No. 9, pp.931-940, 1988.

Estos rasgos médicos y sociales permanecen a pesar de las políticas sociales y se develan con mayor celeridad en situación de crisis económica. Los sectores populares agudizan su selección de alternativas “preparadas para ellos” y las que surgen de la inventiva y posibilidades de su propio “recurso” individual. Filtra, y procesa aquellas que con cierto nivel de eficiencia responden a sus necesidades de alimentación, empleo, vivencia, infraestructura.

Este proceso de filtración ha sido la base para la tendencia de desarrollo de iniciativas que defendían su desarrollo a sobrevivir con los medios que estaban a su alcance, desencadenando aprendizaje o frustrándolos cuando no hay forma de “recursearse”, por ejemplo con la venta ambulatoria, por que los costos comen el poco capital invertido. Interesa en este punto resaltar aprendizajes que han reclamado dirigir y administrar un servicio comunal con autonomía, como es el caso de comedores populares, vaso de leche, etc. Proceso que no tenía fijado de antemano un signo de reforzamiento o de socavamiento del sistema, o que tampoco tenía claro que es esa participación directa la que posibilita condiciones para la participación social.

Entendemos por proceso situaciones sociales que están siendo vividas por actores, por personas concretas en condiciones contradictorias, confusas, complejas, con momentos de estancamiento (tiempos grises), subordinados o aparentemente subordinados, cual códigos ocultos, para reaparecer bajo nuevas formas, bajo nuevas condiciones históricas, con saltos cualitativos que hacen decir a los actores, “aprendí en un mes lo que no aprendí en todos los años de mi vida...”. En suma una historia no lineal.

Varios estudios han ahondado en el problema de la participación en el problema de la participación y de los servicios gubernamentales¹⁷ por los cuales se llegan a similares resultados. En concreto que la implementación de la participación comunitaria por el sistema de salud no crea las bases para el desarrollo de la estrategia de atención primaria. ¿De qué se trata entonces? Se trata de buscar revertir ese proceso. Es una responsabilidad no sólo de los sectores populares organizados, sino también de profesionales, no sólo de médicos, que se encuentran cara a cara con la comunidad y que no buscan evadir la interacción necesaria que modifica comprensiones y comportamientos.

Cuando planteamos que Salud es desarrollo, que es una situación social, nos recordamos que la salud no se mejora nunca por la sola acción de la medicina. Nos lleva a la tan sabida y conocida formulación de que “cuando las condiciones de vida enraizadas en lo estructural cambien, la salud podrá mejorar”. No

¹⁷ “El Centro de Salud en la Estrategia de la Atención Primaria”, Ministerio de Salud y Sociedad Alemana de Cooperación Técnica GTZ, ejecutado en 1985 y publicado en 1987. Investigación sobre la “Administración de los Servicios de Atención Materno Infantil y Población de Lima Metropolitana”, Informe ESAN, de Giesecke, Wooton y Cáceres, 1982. Duncan Pedersen, Participación de la Comunidad en la Salud y el Desarrollo en las Américas, Análisis de estudios de casos seleccionados. OPS, 1984.

necesitamos recordarlo porque es una realidad tan concreta con la cual nos chocamos diariamente, sin embargo esta gran utopía supone individuos, actores, sujetos que intervengan en su modificación.

La postulación de que hoy en nuestros países, de violencia estructural y política, está en crisis de una manera de vivir, de organizar las relaciones sociales es cada vez más real, los sujetos no actúan fuera de relaciones. Una enfermera trabajadora de la Seguridad Social, investigadora de PROASA¹⁸ se preguntaba “si la falta de liquidez económica, la falta de personal, la escasez de recursos materiales, la infraestructura obsoleta de su hospital era lo que influía poderosamente para que cada día fuéramos de mal en peor, y pensáramos como la mayoría que ya no tenemos remedio, o es que realmente también hay otros factores poderosos, como las presiones gremiales, el deterioro de la autoridad sin poder de decisión, el engaño de las autoridades del nivel central que han agotado la credibilidad de sus compañeros de trabajo y que han optado por sus intereses particulares desvinculándose del Hospital, el cual se despersonaliza, se aleja más de su misión...”.

El concepto de “**interface**”¹⁹ desarrollado por Arce y Long²⁰ en su análisis de las relaciones entre los servicios públicos del Ministerio de Agricultura y campesinos mexicanos, contribuye a la comprensión de las relaciones institucionales internas y externas. Interface transmite la idea de un encuentro cara a cara entre individuos con diferentes sistemas de conocimiento por el cual categorizan, codifican, procesan y atribuyen significado a sus experiencias, representan intereses diferentes, recursos y niveles de poder. Los estudios de interfaces buscan develar el carácter dinámico y emergente de las interacciones que tienen lugar, y mostrar cómo las metas, percepciones intereses y relaciones de varios actores pueden modificarse como resultado de sus interacciones.

Los autores se preocupan en recomendar que esta aproximación requiere no hacer ninguna distinción ontológica entre tipos de conocimiento. Por ejemplo entre el llamado “científico” como opuesto al conocimiento “cotidiano” o entre sistemas de conocimiento burocrático y local, aunque legítimamente uno examine sobre qué bases y medios se asientan para producir percepciones y creencias particulares.

¹⁸ PROASA, Programa de Maestría en administración de Salud, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Pilar, Alama Salazar, resumen de investigación. “El Instituto Peruano de Seguridad Social y el comportamiento organizacional, desde una perspectiva de dirección”. Seminario Taller “La Investigación en Administración de Salud”, 30 Nov.-1 Diciembre 1989.

¹⁹ “Interface”, palabra derivada del lenguaje de computación que significa la zona de unión entre dos sistemas o entes, como entre una unidad de discos y el ordenador, o el usuario y un programa. Término usado también en Química para indicar un estado de transición entre dos estadios físicos o de sustancias.

²⁰ ARCE, Arberto; (Univ. of Manchester, England) LONG, Norman; (Agricultural University, Wageningen, Holanda). “The Dynamics of Knowledge Interfaces between Mexican Agricultural Bureaucrats and Peasants: A case study from Jalisco”. Paper prepared for workshop on “Local Knowledge and Systems of Ignorance”. SOAS, December 1986, EIDOS Meeting, First Draft.

En el estudio de Arce y Long sobre el desarrollo rural mexicano, una cuestión central era la manera en que la política es implementada, pero por lo regular en el proceso transformada. En este sentido es que el análisis de interface busca comprender el juego de las diferentes construcciones de la realidad desarrollado por los burócratas, campesinos y comerciantes, y sus efectos sociales.

Situaciones similares a las estudiadas por Arce y Long son las señaladas por Palao²¹ cuando nos dice que una cosa es el planteamiento político y otra la que el empleado político ejecuta en el campo, lo que no depende mucho de la ley, sino depende de la actitud que tiene el funcionario en el cumplimiento de su labor.²²

En la periferia del Sistema de salud

Se ha entendido periferia como lo que está por fuera del sistema central. Tomando distancia de definiciones peyorativas, creo que no por eso lo central es mejor que lo periférico. Marcos Cueto en un excelente libro²³ discute lo de ciencia periferia considerada como atrasada y marginal por el sistema internacional del conocimiento, en términos de recursos, números de investigadores y en la calidad y la cantidad de los temas estudiados. Habla de ciencia en la periferia porque está más de acuerdo con **“una ciencia que elabora sus propias reglas que deben ser entendidas no como síntomas de atraso o modernidad, sino como parte de su propia cultura y de las interacciones con la ciencia internacional”**.

Los servicios periféricos de salud son considerados por el sistema nacional de salud los órganos de primera línea del sistema, de encuentro entre población y sistema formal. El ser **primera línea** no lo prestigia ante los ojos de los “servidores” ya que de hecho son la última rueda del sistema, marginales en todo su significado peyorativo cuyo desempeño está cuestionado en los ámbitos de ciencia sofisticada como es el hospital, lugar de colocación de personal excedente, etc. El servicio pasa a ser un órgano de segunda línea, lo que interesa es cumplir con la cobertura de la población programática para enseñar realizaciones al Ministerio de Salud.

²¹ PALAO, Juan. En “Burocracia, Democratización y Sociedad”, Conversaciones sobre la Administración Pública Peruana. Alberto Giesecke, editor. Fomciencias, Centro, Concytec, Lima 1989. Pp. 39-40.

²² “Se ha inflado una superestructura que se coloca en el campo con cuatro patitas que son los promotores de salud o los agentes agropecuarios que se ponen en un distrito y que evidentemente no pueden llegar a toda la población porque no tienen los medios ni la capacidad, ni la capacitación para hacerlo. La población quiere hacer una consulta sobre la enfermedad del ganado y el técnico agropecuario egresado de la secundaria y un cursillo de tres meses, lógicamente no puede solucionar el problema que debería solucionar un veterinario o un agrónomo... El Ministerio de Agricultura tiene una cantidad de agrónomos y veterinarios, que no están en el campo. El Ministerio de Salud una cantidad de médicos, enfermeras, dentistas que no están en el campo. Uno habla con la población y el poblador dice: acá no conocemos médico, enfermera, etc... Pero si uno habla con la población con el Jefe de Salud de la Región, él dice que tiene 50 médicos o el otro dice que tiene 80 profesionales y que él está dando atención...” Ibid. Giesecke, p. 40.

²³ CUETO, Marcos; “Excelencia Científico en la Periferia”, Actividades Científicas e Investigación Biomédica en el Perú, 1980-1950. Grade, Concytec, Lima 1989.

Es necesario, sin embargo, intentar perfilar las particularidades de este espacio que lo distingue de un espacio eminentemente curativo como es el hospital. En el Perú, el Centro de Salud canaliza programas de apoyo directos (alimentos) y hay un trabajo de apoyo a clubes de madres, formación de biohuertos, saneamiento ambiental, formación de delegadas de salud, se realizan acciones conjuntas en campañas educativas y de prevención. En este sentido es importante señalar aquí la necesidad de revalorar los espacios, la política de los espacios de la que nos habla Arditi²⁴ según la cual “se intenta construir un espacio de lo civil allí donde el acoso trata de estrangular toda autonomía: intenta construir “buenos ordenes” luchando en el intento mimos del poder”.

La implementación de programas diseñados por las cabezas del Ministerio de Salud borra la importancia de las preguntas de ¿a quién sirvo? ¿Quiénes son los que sirvo? ¿Cómo sirvo mejor y eficazmente? La política oficial le da su ubicación al Centro de Salud como un **servicio de apoyo a la comunidad para que ésta asuma el control del desarrollo de su salud y de los recursos destinados a ese fin.**

¿Conoce esa ubicación la comunidad? ¿Qué tan permeable se encuentran los servidores para dar este poder? Seguiremos ahondando el desentendimiento del Estado, ¿por dónde comenzamos las transformaciones? Creo que aunque las alteraciones sectoriales no pretenden transformar todo el sistema de salud, los servicios periféricos, centros de salud, postas, son una base fundamental para iniciar un cuestionamiento del ordenamiento institucional, porque suponen un cara a cara entre población y profesionales, a ambos les compete llegar a niveles de concentración local que modifiquen esta primera línea del Estado en salud. Incluso en cuanto a su normalidad donde la excelencia del prestador de servicio sea estimulada como carrera profesional en la periferia, y que la dirección del centro de salud no sea exclusividad del médico, que al servir en un Centro de salud sea un prestigio, el prestigio que le da el poder servir y comunicarse con una población que está llana a participar si se genera un respeto entre iguales.²⁵

Aproximaciones a esta concepción se han realizado desde organizaciones no-gubernamentales. Bruno Benavides²⁶ señala que se ha cerrado los ojos a la presencia real del Estado, creando (a través del trabajo de promoción) pequeñas islitas utópicas de felicidad y socialismo. Afirma que es necesario negociar entre

²⁴ ARDITI, Benjamín. “Una gramática Postmoderna para pensar en lo Social”, p. 184. En cultura Política y Democratización, Compilador Norbert Lechner. FLACSO, CLACSO, ICI, Agosto 1987.

²⁵ Afirmaciones de dirigentes: “Uno de los primeros problemas que debemos que debemos solucionar es la basura que está al lado del Centro de Salud y el cercado de esa zona para evitar que sea inválido...Nosotros hubiéramos podido ayudar en el VAN, haciendo propaganda con el megáfono que tenemos, pero nadie nos avisó...Se debe de considerar la organización existente de los clubes de madres en la repartición de alimentos que realiza el Centro de Salud...”.

²⁶ BENAVIDES, Bruno Equipo de Salud, ALTERNATIVA, “Salud Popular, Comunidad y Estado”. Revista Salud y Pueblo, Ediciones INSAHP, Octubre 1987, No. 2 Año 1. Pp. 6-7.

comunidad y Estado los recursos necesarios, priorizando un acercamiento con los trabajadores de servicios periféricos de salud.

La concertación por lo general se ha entendido como acuerdos de negociación colectiva sobre salarios e ingresos, sin embargo creo que existe otra comprensión que no excluye la necesidad de su realización a nivel local ¿con quiénes y cómo? deben ser las preguntas que nos hagan avanzar.

¿Qué personajes están legitimados? ¿Cómo trabajar sobre las bases que están presentes?, ¿Por qué elegir agentes de salud de aquellas poblaciones en que las familias o los curadores locales juegan un papel?, ¿Qué relaciones de igualdad se deben mantener y generar entre dirigentes vecinales y equipo de Salud?, ¿Qué gestión es la que queremos facilitar?, ¿Qué posibilidades de intervenir en el seguimiento de la política de salud desde la sociedad civil podemos crear? y ¿Cómo viabilizar las propuestas que provengan de estos esfuerzos? Son todas estas preguntas las que están procesándose e invitando a buscar soluciones conjuntas.

La propuesta de que sí es posible modificar, facilitar, dejar hacer y combinar esfuerzos de la comunidad organizada con los recursos y apoyo del Estado es una línea de acción que ha probado su validez y viabilidad. Tuvo su inicio y continuidad a partir del Municipio Metropolitano que en 1984 impulsa la experiencia del Vaso de Leche, la cual se efectiviza sobre la base de la organización popular. Actualmente existen 7000 comités con una cobertura a 33 distritos, encargados de administrar, preparar y complementar el vaso de leche diario para los niños menores de 6 años y las madres gestantes y lactantes.

Es sobre esta base, por ejemplo que en Chorrillos la Coordinadora Distrital del Vaso de Leche realiza un convenio con Unicef y posteriormente con Celats para desarrollar la línea de salud en los Centros de Supervivencia Infantil del distrito. Las potencialidades de estos niveles de concentración no los podemos asegurar, sin embargo creo estamos asistiendo a una transformación de las relaciones entre organización popular y agente externo (sea Estado, ONGD, etc.) La asesoría que la organización distrital solicita ya no es aquella “cursillista” de reuniones de capacitación, sino de reforzar conocimientos adquiridos. La propia organización señala dónde se puede ubicar el apoyo externo, por ejemplo, en aquellas zonas que necesitan de un trabajo más decidido, dejado siempre presente que la forma organizativa corre a “cuenta de ellas”.

Creo que cuando al inicio decíamos que se plantea un desafío al sistema de salud nos reafirmamos que éste está planteando no sólo al sistema de salud estatal, sino a todo apoyo **necesario** que provenga del Estado y organismos externos. No se trata de “seguidismos” ni “basismo”, ni “vanguardismo”, el desafío corresponde con la responsabilidad de transitar un camino en que dirigentes y profesionales ajusten sus capacidades. Es un camino que no recusa la necesaria interacción y

aprendizaje entre los sujetos populares organizados y los profesionales institucionalizados.