



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE POSTGRADO
MAGÍSTER EN ESTUDIOS DE GÉNERO Y CULTURA
MENCIÓN CIENCIAS SOCIALES**

**ORGANIZACIONES COMUNITARIAS
Y TRABAJO EN SALUD
TENSIONES Y APRENDIZAJES
EN EL CENTRO DE SALUD CAROL URZÚA**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN ESTUDIOS DE
GÉNERO Y CULTURA, MENCIÓN CIENCIAS SOCIALES**

**MARISOL RUIZ CONTRERAS
PROFESORA GUÍA: SONIA MONTECINO A.**

SANTIAGO – CHILE AÑO 2007

AGRADECIMIENTOS

Esta investigación que ha sido gestada por intereses personales y profesionales, no hubiera sido posible sin el apoyo constante de muchas personas. En primer lugar quisiera agradecer a Sonia, mi profesora guía, quien con sus múltiples revisiones y acertadas críticas ayudó a moldear y encauzar el estudio, que finalmente culmina en la memoria de título.

También quisiera agradecer muy profundamente a quienes hicieron posible esta investigación, a los y las protagonistas, a las personas que participaron activamente y que permitieron ser entrevistas, tanto las que forman parte de las organizaciones comunitarias presentes en el estudio como a las del equipo de salud. Gracias a la Municipalidad de Peñalolén, al Centro de Salud Carol Urzúa, a los directivos que permitieron el desarrollo de la investigación y mi permanencia en el establecimiento.

No quisiera dejar de mencionar a aquellas compañeras de trabajo del Ministerio de Salud, quienes proporcionaron los documentos y la información necesaria para profundizar el análisis y continuar con la investigación. Asimismo, un muy sentido agradecimiento a Cecilia, mi jefa, quien me otorgó las facilidades para comenzar el proceso, y me alentó en los momentos duros, en que el cansancio y la frustración amenazaban con retardar aún más el proceso.

Por último, quisiera agradecer especialmente a mi familia, por su apoyo constante y todas las facilidades con las que pude contar para llevar a buen término este desafío, por su enorme paciencia y su empuje cotidiano. Y para todas aquellas personas que contribuyeron de alguna manera con este proyecto ¡¡muchas gracias!!

INDICE

1	Introducción	4
2	Problematización y Objetivos	8
3	Marco Teórico-Conceptual	11
I.	Género y salud	11
II.	Definiciones conceptuales	24
III.	Antecedentes de salud comunitaria de acuerdo a los organismos internacionales	30
IV.	Salud y participación comunitaria en Chile	35
V.	Organizaciones comunitarias y género	42
4	Marco Metodológico	45
I.	Sujetos de estudio	47
II.	Técnicas de producción de la información	48
III.	Fases de recolección de la información	51
IV.	Experiencia en el trabajo de campo	53
5	Análisis	54
I.	Contextualización	54
II.	Del equipo de salud	56
III.	De las organizaciones comunitarias	58
IV.	Cómo se ven y relacionan	62
V.	La problemática de los médicos	67
VI.	La relación ideal vista por ambos actores	75
VII.	Patrones de género y relaciones de poder	80
6	Conclusiones	88
7	Bibliografía	101

1 INTRODUCCIÓN

Al preguntarnos acerca de un tema como es la salud y el ejercicio de ésta, surgen muchos preceptos que dan cuenta de nuestra historia y de la manera en que estamos permeados por los patrones culturales que inciden en nuestras actitudes, comportamientos y discursos. Son estos patrones los que determinarán la manera en que nos enfrentemos a determinado tipo de situaciones, junto con los prejuicios que acarrea nuestra experiencia y el modo en que nos relacionamos con el mundo que nos rodea.

Por lo tanto, no percibimos la vida de manera objetiva, porque la realidad no es una sola. Los hechos más bien se nos presentan de acuerdo a lo aprendido culturalmente, que ha construido un sistema de códigos y patrones con que nos movemos en el mundo. La salud, como tantos otros fenómenos, no está ajena a esta construcción colectiva, por lo que se ha ido generando con siglos de cultura y de historia que han modificado la concepción de salud que tenemos en la actualidad.

El sistema institucionalizado de salud que conocemos hoy en día en la sociedad chilena, dista bastante de la manera en que se desarrolla en algunas sociedades aborígenes como la Mapuche o la Aymara, por poner ejemplos de nuestro territorio. Si bien ha sido una fuente de poder, ya que se juega con la vida de las personas, lo que envuelve los procesos de salud-enfermedad tiene otra lógica de funcionamiento, se consideran dentro de una integralidad. La manera en que es percibida la salud en nuestra sociedad, tras siglos de dominación científica, radica en estudiar los fenómenos de manera desarticulada para intentar comprenderlos. Las personas son desagregadas de acuerdo a los aparatos que logran que funcione la vida en nosotros, y en los distintos órganos que provocan el funcionamiento de estos aparatos. En definitiva, se nos disgrega. Y así es como ha avanzado la medicina, especializándose conforme esas distinciones y generando mayores complejizaciones, que den cuenta de los micro procesos que ocurren en nuestro cuerpo.

Pero ¿qué ocurre con los fenómenos culturales, con nuestro contexto social? ¿No somos personas en tanto vivimos en un medio ambiente determinado? ¿Acaso esos elementos no están afectando los procesos de salud-enfermedad?

Durante mucho tiempo la salud estuvo administrada por cierto tipo de personas pertenecientes a una comunidad, que habían adquirido los saberes de curación a través de la experiencia y del estudio de la naturaleza, como lo que ocurría con las plantas medicinales. Estas personas, denominadas sanadores o curanderas, transmitían sus conocimientos a aquellos que eran considerados capaces de ejercer tales oficios. El saber adquirido se quedaba en la comunidad, y era traspasado así de generación en generación. Si bien existían personas elegidas para desarrollar el trabajo, toda la comunidad colaboraba en el proceso de sanación de una persona, puesto que se percibía la salud de manera integral, sin enfocarse específicamente en la dolencia. Un ejemplo de este proceso es lo que sigue ocurriendo en nuestro país con la cultura Mapuche, donde las Machis son las curanderas del pueblo y el Machitún es la reunión donde participa toda la familia y algunas personas claves de la comunidad en el proceso de sanación.

El sistema oficial de la salud recogió el saber medicalizado, profesionalizado y “regulado” -entendiéndolo como parte de estudios especializados y reconocidos a nivel oficial- dejando de lado todas aquellas prácticas consideradas como no oficiales y no reguladas, las que fueron quedando al margen del sistema.

¿Cómo se produjo este cambio, donde un aspecto tan cotidiano como es el manejo de la salud fue convertido en algo absolutamente medicalizado y relegado del saber colectivo? Pareciera que cuesta pensar que alguna vez fue de otra manera. Y es por esto mismo que puede resultar difícil imaginar que la comunidad tenga algo que decir al respecto.

El problema se complejiza aún más cuando se introduce la perspectiva de género. Cuando el saber médico ha sido masculinizado tanto por hombres como por mujeres, y se ha “regulado” el aporte que puedan hacer las mujeres a la salud que

no cuentan con una enseñanza especializada. ¿Acaso esos médicos son los únicos dueños del saber intransferible y autorizado?

Todos estos cuestionamientos se producen después de haber tenido una aproximación al sistema de salud oficial en Chile, desde una experiencia personal y profesional. Es a través de la revisión de las actitudes y discursos que tiene el sistema oficial donde se generan tantas dudas, ¿no existirá en este sistema una dominación encubierta hacia la comunidad y una prolongación de la hegemonía masculina imperante donde las mujeres vieran diezmadas su capacidad de trabajar en salud porque no han tenido acceso a estudios especializados?

Pese a lo anterior, en Chile existen muchas agrupaciones de la comunidad que se mueven en el ámbito de la salud y que trabajan para ella y por la comunidad. Sin estudios especializados, y por lo tanto sin un ámbito de acción reconocido desde el sistema oficial, este “mundo no oficial” se mueve de igual modo para llevar el beneficio de la salud hacia su comunidad. Muchas de las personas integrantes que trabajan para estas agrupaciones son mujeres, ¿Colaboraría este hecho para que se produzca una prolongación de la subordinación femenina que se vive en la sociedad, en la relación que se establece entre los equipos de salud y las organizaciones comunitarias que trabajan ese tema?

Teniendo todos los antecedentes que antes se señalaban, esta interrogante es la que ha impulsado el estudio que comienza a continuación. ¿Será posible que los poderes hegemónicos estén permeando también el sistema de la salud? Pregunta que nos obliga a reflexionar al mismo tiempo, ¿Y por qué no? Si es que hay una hegemonía masculina o Falogocéntrica, ¿Por qué nos habría de impresionar que esta visión de mundo también influyera la salud?

Urge entonces una revisión al respecto, en conjunto con un cuestionamiento y análisis desde la antropología hacia este tema. La invitación es a introducirnos en el mundo de la salud desde una perspectiva crítica para descubrir y entrañar cuáles son aquellos patrones de género que están dominando en la relación que se

establece entre el equipo de salud (incluidos profesionales, administrativos y funcionarios, hombres y mujeres) y aquellas organizaciones comunitarias que trabajan en este ámbito.

Nuestro estudio busca aproximarse a esta problemática. No intentaremos resolver el tema, ese no es el objetivo de esta investigación. Más bien queremos ahondar en el sistema institucionalizado de salud en Chile y ver de qué manera se está produciendo la relación con la comunidad a través de un Centro de Salud determinado. Queremos escudriñar en ese mundo y tratar de dilucidar algunos elementos que sirvan como aporte. De ninguna manera pretendemos zanjar la discusión, sino abrir un camino para nuevas conversaciones que ayuden a la comprensión del tema que trataremos en las próximas páginas.

2 PROBLEMATIZACIÓN Y OBJETIVOS

Teniendo en cuenta el contexto antes planteado, ha surgido la inquietud de conocer más en profundidad las dos dimensiones que componen el sistema de salud en Chile.

PROBLEMA:

Cuáles son los patrones de género que están presentes en la relación que se establece entre los equipos de salud y las organizaciones comunitarias que desarrollan trabajos en esa materia y que se encuentran vinculadas a la red asistencial.

Este estudio se centra en el establecimiento de atención primaria de salud Carol Urzúa, ubicado en la comuna de Peñalolén. Se postula que este vínculo solo sería valorado por las personas que participan en las organizaciones comunitarias, no siendo reconocido como un aporte para la red asistencial y para el equipo de salud. Por otra parte, existe el supuesto que esta relación es asimétrica, condición que estaría siendo fomentada por la alta participación femenina en las organizaciones comunitarias, teniendo en cuenta la cultura hegemónica de medicalización masculina.

Para ilustrar la postura de esta investigación, las autoras María Eugenia Calvin y Alicia Grandón afirman lo siguiente "...Se trata de una participación sin poder, colaborativa y subordinada. Las organizaciones populares de salud se encuentran con que su capacidad técnica para resolver necesidades inmediatas y de educación en salud no es considerada, ni valorada por los profesionales del sector. Estas experiencias han obligado a las monitoras a discutir su rol en la defensa de la salud y a lidiar con la visión paternalista y/o elitista de parte de los funcionarios de salud. (...) Sin recursos suficientes para resolver las demandas de atención curativa básica, sin recursos para abordar el trabajo con la comunidad, la visión

asistencialista termina por imponerse (...) sin embargo, la visión de salud construida por las monitoras sí integra estos dos elementos, así como una visión de más largo plazo, no sesgada por cálculo político electoral de corto plazo.” (Calvin y Grandón, 1995: 224)

La participación que ejercen estos grupos comunitarios organizados generaría muchos beneficios al consultorio u hospital y a la red asistencial en general, porque aliviaría muchas tareas que de otro modo no serían parte del sistema o las tendría que absorber el equipo de salud. Es por este motivo que desconcierta la supuesta actitud de invisibilidad y escaso o mediano reconocimiento que se tendría con estas agrupaciones. Sin embargo, se podría postular que lo anterior tiene una explicación cultural que se condice con las características hegemónico-médicas masculinas que existen en el sector de la salud, y que quedan reflejados en los supuestos que sustentan el problema que ha sido planteado.

Por esos motivos, se cree que esta investigación ayudará a comprender por qué tras varias décadas de participación en salud, la comunidad aún no habría sido reconocida en su accionar ni se consideraría el aporte que realiza a los temas de la salud.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Elucidar los patrones de género que existen en la relación entre las organizaciones comunitarias vinculadas al Centro de Salud Carol Urzúa, y el equipo de salud de dicho establecimiento.

Objetivos específicos:

1. Dar cuenta de las organizaciones comunitarias que trabajan en salud, vinculadas al consultorio, así como de las personas que componen el equipo de salud del establecimiento, describiendo el trabajo que realizan unas y otras.
2. Caracterizar la percepción mutua que existe en las personas del equipo de salud del consultorio Carol Urzúa, y las personas integrantes de las organizaciones comunitarias que trabajan en este ámbito.
3. Conocer la interrelación entre las personas que conforman el equipo de salud y las personas integrantes de las organizaciones comunitarias que trabajan en salud.
4. Desentrañar las principales características que estructuran la relación de poder que se da entre los saberes oficiales, representados por el equipo médico, y los saberes populares en salud.
5. Develar los patrones de género presentes en las relaciones estudiadas.

3 MARCO TEORICO-CONCEPTUAL

I. GÉNERO Y SALUD

La categoría de género se utiliza para los estudios en ciencias sociales, como una manera de aportar a un enfoque diferente. De este modo contribuye en la generación de un punto de vista desde el cual se parte para mirar la realidad con otros ojos. Esta será la perspectiva teórica principal con la cual se trabaje a lo largo de toda la investigación.

El género como concepto surge a mediados del siglo XX debido a las desigualdades que caracterizaban las relaciones entre las mujeres y los hombres hasta ese entonces, las que estaban marcadas por la superioridad del sexo masculino sobre el femenino, justificando esa relación asimétrica por razones naturales. Así es como se creía que las mujeres eran inferiores a los hombres por su naturaleza por lo que debían ser relegadas al mundo reproductivo y doméstico. Los hombres, en tanto, estaban capacitados para participar en los espacios públicos y para crear cultura. Afirmaciones como esas formaban parte del discurso social, tanto de hombres como de mujeres.

Sin embargo, tras largos años de estudios e investigaciones al respecto, la perspectiva de género, acuñada por diversas autoras entre las que destacan Simone de Beauvoir, Sherry Ortner, Teresita De Barbieri y Marta Lamas, demuestra que los patrones predominantes hasta ese momento, que definían comportamientos y relaciones, eran de origen cultural y que distaban mucho de tener una raíz biológica. Para Marta Lamas “las variaciones entre lo considerado femenino y masculino, constata que, a excepción de lo relativo a la maternidad, se trata de construcciones culturales.” (Lamas, 1986:185) Se comprueba entonces que “el género es el sexo socialmente construido” (De Barbieri, 1993: 149), con lo que nace una nueva categoría y perspectiva teórica para los estudios sociales.

De este modo, la perspectiva de género aporta una nueva mirada, considerando y delimitando con claridad cómo las diferenciaciones pueden significar desigualdades sociales y culturales. Como construcción social y simbólica, la perspectiva de género entrega elementos que dan cuenta de las relaciones de poder inmersas en un sistema de jerarquía social, es decir se cruza con otras dimensiones de la realidad social como es la clase, la etnia, la religión y la edad, demostrando que estos elementos también afectan generando diferenciaciones sociales.

Ahora bien, junto con la perspectiva de género nacen dos grandes aproximaciones teóricas que acompañan los estudios de este tipo. La construcción social del género da cuenta de los aspectos económicos como la clave para entender la posición que adquieren hombres y mujeres en la cultura y sociedad. Por otro lado se encuentra la construcción simbólica del género. Desde este enfoque se sitúa la investigación, por tanto se explicará con más detalle.

Esta perspectiva teórica toma en cuenta las ideologías de género que se encuentran insertas en los patrones culturales que rigen la vida social y que hacen referencia a lo masculino y femenino. A través del lenguaje, las metáforas, en fin, en el ámbito de las representaciones, se puede observar las ideologías de género imperantes que regirán lo que una cultura o sociedad entienda por femenino y masculino y dictaminarán la manera en que se establezcan las relaciones de género.

Por medio de este sistema se generan dos mitades, una masculina y otra femenina, que darán paso a dos polos que terminan en oposición y que han sido expresados por la construcción simbólica del género como estructuras binarias, donde a lo femenino se le asimilan características asociadas con algunos elementos constitutivos del mundo, mientras que a lo masculino se le asocian los elementos opuestos. Entonces, mientras la mujer sería igualada a la naturaleza, la luna, a la reproducción, lo pasivo, lo privado, la debilidad, los sentimientos y el plano de las emociones, al hombre se lo asimilaría con la cultura, el sol, la producción, lo activo, lo público, la fuerza y la razón. Y de este modo se van construyendo las estructuras

de oposiciones que rigen las concepciones que se tiene tanto de los hombres como de las mujeres.

Sin embargo, el conflicto surge cuando a estas categorizaciones se les otorga un valor diferenciado, dando como resultado una valorización distinta dependiendo si es masculino o femenino. Por lo tanto, a los hombres que se le asimilan determinado tipo de categorías se les otorga una valoración superior que a las mujeres, las que tienden a ser subvaloradas. Esta estructura es muestra de una sociedad donde lo masculino tiene más poder, y por lo tanto todo lo que no es masculino es valorado de una manera inferior. Como señala Bourdieu: “una aprehensión realmente *relacional* de la relación de dominación entre los hombres y las mujeres tal como se estableció *en el conjunto de los espacios y subespacios sociales*, es decir, no únicamente en la familia sino también en el universo escolar y en el mundo del trabajo, en el universo burocrático y en el ámbito mediático, conduce a derribar la imagen fantasmal de un <eterno femenino>, para resaltar con mayor claridad la persistencia de la estructura de la relación de dominación entre los hombres y las mujeres.” (Bourdieu, 2000:127)

Del mismo modo, el autor describe que “los hombres siguen dominando el espacio público y el campo de poder (especialmente económico, sobre la producción) mientras que las mujeres permanecen entregadas (de manera predominante) al espacio privado (doméstico, espacio de reproducción), donde se perpetúa la lógica de la economía de los bienes simbólicos, o en aquellos tipos de extensiones de ese espacio llamados servicios sociales (hospitalarios especialmente) y educativos o también en los universos de producción simbólica (espacio literario, artístico, periodístico, etc.).” (Ibid: 117)

En este contexto, la salud, como tantos otros aspectos de la vida cotidiana, queda imbuida bajo los mismos patrones que dominan en la sociedad, y que están generando diferenciaciones a partir del sexo, la etnia, la clase social, la religión y la edad. El saber oficial y masculino se habría impuesto a los saberes populares y comunitarios que muchas veces han sido ejercidos por las mujeres. La comunidad

entonces, habría quedado relegada a la condición de paciente, es decir de entes pasivos, en tanto la medicina oficial se habría otorgado la facultad divina de intervenir en ellos como si fueran piezas separadas de un objeto. De este modo se habría generado el proceso de legitimación del saber oficial (masculinizado) en desmedro del popular (feminizado), contraponiéndose y enfrentándose a lo largo de los años. No en vano Michel Foucault realiza un análisis de las estructuras de poder presentes en la sociedad basándose principalmente en dos instituciones: el sistema judicial y el sistema institucional de la medicina. Para caracterizar el poder, que es lo que esencialmente reprime, el autor acuña el concepto de saberes sometidos: “toda una serie de saberes calificados como incompetentes, o, insuficientemente elaborados: saberes ingenuos, inferiores jerárquicamente al nivel del conocimiento o de la cientificidad exigida (...) –el saber paralelo y marginal respecto al de la medicina- saberes que llamaré de la gente.” (Foucault, 1976: 129)

Una revisión por la historia del mundo occidental muestra que las mujeres han sido las trabajadoras de la salud. Curanderas o sanadoras, y de una cultura en otra, las mujeres han sido las encargadas de procurar la salud dentro de la población y de atender a las personas. Es así como fueron mujeres las primeras médicas, anatomistas y farmacólogas que tuvo occidente, pero practicaban su profesión sin tener un título que las respaldara. No obstante su comunidad las apoyaba y solicitaba. “Las mujeres tuvieron por cientos de años el rol de la sanación; eran las curanderas del pueblo. Este poder sobre la salud implicaba un poder sobre la vida y la muerte (...) gran poder que las transformó en peligrosas enemigas de las instituciones erigidas por hombres. En occidente, el proceso de expropiación de este poder ha sido tratado por diversos/as autores/as, que en el contexto europeo lo han centrado en la gran caza de brujas.” (Sadler, 2003: 33) Del mismo modo, Montserrat Cervera hace alusión a las “médicas medievales” describiéndolas como “mujeres sabias, médicas y comadronas olvidadas de la historia.” (Cervera, 2003) Perseguidas por su poder de sanación, muchas mujeres fueron apresadas y condenadas a muerte, pues su conocimiento pasó a ser ilegal, reprimido y desvalorizado.

Para las autoras Ehrenreich & English, la represión que se vivió en esos momentos fue producto de una lucha política ya que se encuentra inserta en una historia más amplia de la lucha entre los sexos. Ellas postulan que la posición social de las sanadoras y curanderas se puede equiparar a la posición social que han tenido las mujeres. “Las sanadoras fueron atacadas por su condición de *mujeres* y ellas se defendieron luchando en nombre de la solidaridad con todas las mujeres. Y, en segundo lugar, la lucha también fue política por el hecho de formar parte de la lucha de clases. Las sanadoras eran las médicas del pueblo, su ciencia formaba parte de la subcultura popular. La práctica médica de estas mujeres ha continuado prosperando hasta nuestros días en el seno de los movimientos de rebelión de las clases más pobres enfrentadas con la autoridad institucional. Los profesionales varones, en cambio, siempre han estado al servicio de la clase dominante, tanto en el aspecto médico como político.” (Ehrenreich & English, 1988: 9)

Como lo postulan las autoras, luego de este enfrentamiento entre las clases dominantes, la institucionalidad religiosa y Estatal y los sectores populares, el saber no oficial que practicaran estas mujeres se equiparó con poderes ocultos, causando superstición y temor entre la población. Subsecuentemente, se gestaba en el mundo universitario la profesión médica, patrocinada y protegida por las clases dominantes. Si recordamos que las mujeres tenían prohibido el acceso a estudios especializados como los de tipo universitario, entendemos que junto con erigirse esta profesión, pasa a formar parte de un saber exclusivamente masculino.

Pero ¿dónde queda todo ese saber de sanación que practicaban las mujeres y que estaba albergado principalmente en los sectores populares de la población? Pasó a formar parte de un poder subsumido en el anonimato y la no oficialidad. Se separan así dos mundos, el oficial, medicalizado, regulado y hegemónicamente masculino, y aquel que no es valorado ni reconocido, el ilegal y no oficial mundo de la salud en manos femeninas.

No obstante, para Eulalia Pérez Sedeño, existe una salida para ciertos sectores femeninos. Producto de la prohibición de leer y escribir que tenían las mujeres en la Edad Media, muchas son las que optan por estudiar ligadas a la vida en monasterios y conventos. En este contexto, la Escuela Médica de Salerno (S.XI) destaca por haber acogido a muchas mujeres que pudieron estudiar, ejercer la medicina y enseñarla. Esta escuela tuvo mucho impacto en las escuelas de medicina de “occidente”. Luego, con la llegada del Renacimiento y la posterior Revolución Científica, se generaliza el interés de las mujeres para contribuir a la ciencia. Sin embargo, María Jesús Santesmases postula que “en la historia de la ciencia, la presencia de las mujeres ha permanecido sistemáticamente oculta no solo por parte de las comunidades científicas de cada lugar y cada período concretos, sino también por las sucesivas historias que fueron construyéndose (...) Con el resurgimiento del movimiento feminista en la década del '70 queda en evidencia esa ocultación. Estos denominados nuevos movimientos sociales han contribuido tanto a cuestionar la supuesta neutralidad de la ciencia como a poner sobre la mesa las discriminaciones de las mujeres en la vida profesional académica (en la investigación y en la docencia universitaria).” (Santesmases, 2003: 72)

Cabe destacar la enorme importancia que tuvo la Iglesia en la caza de sanadoras, disfrazada de caza de brujas. Esta institución, amparada por el poder Estatal, no dudó en ejecutar a una cantidad enorme, aun no cuantificable, de mujeres, por el hecho de ejercer los poderes de sanación, lo que marcó el rumbo de la humanidad y sentenció la historia de mujeres y hombres hasta nuestros días. Entonces, fueron la Iglesia y el Estado las principales responsables en la creación del sistema hegemónico que persiste hasta hoy, y como lo postula Bourdieu (2000), estas instituciones siguen siendo las principales sostenedoras del sistema hegemónico-masculino actual, relegando a la población femenina al ámbito privado, reproductivo y doméstico. Para English y Ehrenreich (1988) la opresión que viven las mujeres como trabajadoras de la salud, va estrechamente ligada a la opresión que viven en cuanto mujeres. De este modo, para Roberto Castro: “la medicina no es un medio de dominación neutral igualmente dirigido a hombres y mujeres; por

el contrario, la medicina ha sido básicamente otro medio que las sociedades han utilizado para reforzar la dominación sobre las mujeres.” (Castro, 2000: 88)

Y mientras las mujeres aún viven los resabios de la caza de sanadoras, la población beneficiaria de aquellas curanderas quedó en el más absoluto desamparo. Junto con la medicalización y especialización de la salud en manos de varones de clase media que podían costear los estudios universitarios, la población de sectores populares difícilmente tenía el acceso a una atención por parte de estos profesionales. Con el desarrollo de la profesión médica y el advenimiento de las pestes, surgieron los Hospitales, lugares donde eran depositados los enfermos pobres, y las clínicas, donde se practicaba la medicina. Estaban también los médicos de cabecera o médicos de familia, que atendían a los sectores pudientes de la sociedad. (Lopez Piñero, 2000)

Sin embargo, pasaron varios siglos antes de que se fuera moldeando un estilo determinado de practicar la medicina. Luego de la caza de brujas, que como señala el autor Lopez Piñero causaría la pérdida de miles de personas en Europa Central y Occidental, en los países escandinavos y en Gran Bretaña, la medicina fue practicada preferentemente por los clérigos hasta fines del Siglo X. Posteriormente, las escuelas italianas comenzaron a ocupar una posición de vanguardia en los Siglos XIV y XV, con las Universidades de Bolonia y Papua, donde desarrollaron un saber médico ligado a los escritos de Galeno. En “El Nacimiento de la Clínica” Michel Foucault realiza un recorrido acerca de la creación y desarrollo de la medicina como una profesión. Según el autor, en 1707 se promulga en Francia un decreto que regula la práctica de la medicina y la formación de los médicos, profesionalizando la disciplina en el interior de las facultades de medicina. Sin embargo, siguen existiendo muchos problemas respecto al control de la disciplina, y para la época de la Revolución, se generan dos reivindicaciones importantes que ayudan a generar un mayor control: en primer lugar está la necesidad de una limitación más estricta del derecho a ejercer, y en segundo lugar se está a favor de una organización más rigurosa de los estudios universitarios.

No fue sino hasta la “Revolución Científica”, en el Siglo XVII, donde se rompió con los preceptos epistemológicos y metodológicos de la Grecia Clásica, para construir nuevos sistemas médicos con los que se obtiene en el Siglo XIX “una medicina plenamente moderna, tanto en el terreno teórico como en el práctico, cuyo fundamento consiste en explicaciones de los fenómenos relativos al ser humano y sus enfermedades obtenidas con métodos radicalmente distintos a los del saber clásico.” (Ibid: 89) Este contraste significó pasar de un concepto esencialista del conocimiento a uno donde se relativiza en función de los fenómenos observados en un momento determinado y su interrelación, por lo tanto, el conocimiento es provisorio porque permanece abierta la posibilidad de seguir conociendo sobre un tema, dependiendo de si existe nueva información al respecto.

Pese a este nuevo concepto de la medicina, hoy en día siguen encontrándose en la enseñanza médica ciertos esencialismos que distan mucho de esa flexibilidad con que se caracterizaba a la medicina moderna. Dolores Sánchez realiza un análisis sobre un texto de ginecología que fue escrito en 1945, y que seguía siendo utilizado por lo menos hasta fines del Siglo XX por las Escuelas de Medicina. Aquí es posible observar muchos juicios que explicitan el pensamiento de la época con respecto a las mujeres, porque queda demostrado que “desde el pensamiento hegemónico, las mujeres son seres biológicos esenciales para los cuales no es necesario renovar el discurso (...) –como señala el autor- *la mayoría de las mujeres son, pues, un poco desequilibradas en un sentido endocrino.*” (Sánchez, 1999: 69)

Por otra parte, para la autora resulta claro que al conceptualizar a las mujeres, el tratado de ginecología de Botella está condicionando esa definición al hecho de ser madres. Ante la afirmación: “la mujer es mujer desde la concepción hasta la muerte”, la autora plantea que se “asienta desde el principio del texto, una definición tautológica del ser mujer que remite a un lugar común de nuestra cultura, articulado desde el Siglo XIX por el discurso médico: la biología de la mujer es su destino (...) la definición de su ser, es decir de su modo de estar en el mundo y de relacionarse con él, pasa por una concepción del hecho de ser mujer donde *mujer* equivale a madre.” (Ibid: 73) De este modo, queda demostrado que

pese a los esfuerzos del Siglo XIX por generar una medicina moderna, como lo señala Lopez Piñero, para ciertos aspectos la medicina sigue siendo esencialista, fundamentada en pre juicios que dificultan la generación de nuevos conocimientos.

El concepto moderno de la medicina asume un enfoque biomédico, que cimentó las bases mismas con que se desarrollara esta disciplina. De acuerdo a Eduardo Menéndez, la biomedicina está sustentada en la racionalidad científica, donde la dimensión biológica adquiere el papel principal. Por lo tanto, existe una realidad que es posible observar, que está fuera de nosotros y de la que podemos dar cuenta objetivamente. Byron Good plantea que para el “modelo médico” la enfermedad es considerada como algo natural, por lo que es un objeto separado de la conciencia humana, entonces, se debe tomar posesión de esa realidad. El paradigma que está sustentando el enfoque biomédico es el positivismo lógico. Para Michel Foucault “la clínica es a la vez un nuevo corte del significado, y el principio de su articulación en un significante en el cual tenemos la costumbre de reconocer, en una conciencia adormecida, el lenguaje de una “ciencia positiva”. (Foucault, 1963: 13)

Dolores Sánchez plantea que “el discurso médico es un discurso autorizado, se produce desde una instancia de prestigio social asumido y poco cuestionado por el conjunto de la sociedad. Hay también un control sobre las condiciones de circulación de los discursos. Algunos se silencian; otros, por el contrario, se reproducen y circulan con fluidez. El científico es uno de los discursos que más se reproducen porque es, constantemente, la autoridad a la cual se recurre para explicar el mundo en que vivimos.” (Sánchez, 1999:66) Es así como se ha ido institucionalizando un saber que se asume como verdad. “Antes de ser un saber, la clínica era una relación universal de la Humanidad consigo misma: edad de felicidad absoluta para la medicina. Y la decadencia comenzó cuando fueron inaugurados la escritura y el secreto, es decir la repartición de este saber en un grupo privilegiado, y la disociación de la relación inmediata, sin obstáculo ni límites, entre Mirada y Palabra: lo que se había sabido no se comunicaba ya a los demás y vestido de nuevo en la cuenta de la práctica sino una vez pasado por el esoterismo del saber.” (Foucault, 1963: 85)

La medicina como ámbito de acción se ha ido suscribiendo cada vez más a un saber especial e ilustrado. Por otra parte, el saber de la medicina queda situado en un lugar privilegiado producto de la legitimación de su discurso hegemónico, al mismo tiempo que pasa a convertirse en un bien escaso para los sectores de la población que ven dificultado su acceso a este privilegio. Se postula que el sistema médico es lo que denomina Bourdieu un poder simbólico: “poder invisible que no puede ejercerse sino con la complicidad de los que no quieren saber que lo sufren o incluso que lo ejercen (...) es un poder de construcción de la realidad que tiende a establecer un orden *gnoseológico*: el sentido inmediato del mundo.” (Bourdieu, 1999: 66) Del mismo modo, el poder simbólico es un poder que legitima la dominación, ejercido a través de lo que el autor denomina a lo largo de toda su obra como “violencia simbólica.” La misma que se ejerce al momento de caracterizar a las mujeres en el Tratado de Ginecología de Botella que ha sido citado más arriba. De este modo, los procesos biológicos de las mujeres regulan la concepción social que existe de ellas, al mismo tiempo que se legitima la dominación masculina.

Por otra parte, el sistema médico ejerce un poder sobre la sociedad en tanto domina al cuerpo, representa un saber superior en tanto tiene en sus manos la vida y la muerte: “la medicina ofrece al hombre moderno el rostro obstinado y tranquilizador de su fin: en ella la muerte es reafirmada, pero al mismo tiempo conjurada; y si ella anuncia, sin tregua, al hombre el límite que lleva en sí mismo, le habla también de ese mundo técnico que es la forma armada, positiva y plena de su fin. Los gestos, las palabras, las miradas médicas tomaron, desde ese momento, una densidad filosófica que antes había tenido el pensamiento matemático.” (Foucault, 1963: 277) Como postula el autor, el discurso de la medicina se situó una categoría de orden superior. Aquí es donde radica el dominio de la medicina, que es dueña de la Verdad, y que tiene un saber que es capaz de lidiar entre la vida y la muerte, que posee el cuerpo humano y que es capaz de entenderlo. Se estructura un orden del discurso médico, que es exclusivo de quienes dominan ese saber, y excluyente porque regula la entrada a ese sitio privilegiado de quienes detentan el poder. Se genera un *Habitus* de la clase médica, que como lo describe Bourdieu responde a un “sistema de las disposiciones socialmente constituidas que, en

cuanto estructuras estructuradas y estructurantes, son el principio generador y unificador del conjunto de las prácticas y de las ideologías características de un grupo de agentes.” (Bourdieu, 2002: 107) El autor plantea que el *habitus* media en el inconsciente toda vez que ha interiorizado las estructuras objetivas, produciendo prácticas que pasan a convertirse en objetivas, perpetuando los sistemas de dominación que se transforman en “normales”.

Ahora bien, producto del desarrollo que tuvo el sistema médico ligado a la biomedicina, y a la instauración de su discurso como un saber hegemónico, la práctica médica fue diferenciándose dramáticamente de la manera en que es percibida la salud por el resto de la población. Las personas perciben su salud de manera integral localizando sus funciones y debilidades dentro de su cuerpo, relacionando estos aspectos con su estilo de vida y su salud mental. A diferencia del médico, quien percibe la enfermedad como “un grupo de síntomas, como un todo hecho de signos relacionados, coordinadamente, dentro del marco de referencia de un proceso patológico. La contradicción entre una concepción ocupada en la localización y el análisis y otra ocupada por el contrario, en la coordinación y la síntesis, es una de las razones por las que se dificulta la comunicación entre el médico y el paciente.” (Castro, 2000: 80 ¹)

La problemática médico-paciente ha sido extensamente desarrollada por diversos autores. Intentaremos aquí esbozar algunas ideas que nos permitan sentar las bases para la investigación en curso. Para Byron Good, en el seno de la medicina existe la idea fuertemente arraigada de que la enfermedad es exclusivamente biológica. Aunque no se ignoran los aspectos relativos al comportamiento y experiencia, éstos no se consideran parte del objeto de la práctica médica, más bien son datos de la causa que no constituyen las bases para entender una problemática de salud. Eduardo Menéndez plantea que el biologicismo que es inherente a la ideología médica es el principal motivo por el que no se consideran los factores históricos, sociales y culturales en el proceso de salud/enfermedad. De este modo,

¹ Herzlich 1973, citado en Castro, 2000

la disciplina no ha encausado la enseñanza hacia esos aspectos. Por su parte, Good analiza la manera en que están aprendiendo los estudiantes de medicina en la Universidad de Harvard, encontrándose con que en un primer término, los estudiantes deben familiarizarse con el cuerpo humano a tal punto que se transforma en una cosa. Deben entender los componentes del cuerpo, separándolos de su contexto, entonces se transforma en un objeto, en algo inerte como los cadáveres con los que estudian. Pero esta simplicidad necesaria puede ser muy peligrosa porque los estudiantes se acostumbran a descontextualizar para entender, y luego intervenir. “La racionalidad instrumental se ejemplifica también a través de la institucionalización de las normas que rigen lo que comentan entre sí los médicos o entre los médicos y otros profesionales de la atención médica: normas aprendidas por los estudiantes de medicina cuando se ven obligados a digerir la aflicción a solas (...) normas que limitan las prácticas verbales, durante las rondas de visitas médicas, a las cuestiones más inmediatas del diagnóstico y de los servicios técnicos. En parte, estas prácticas sirven para proteger a los médicos, que deben afrontar la mortalidad y el dolor de una manera rutinaria y en un contexto de básica incertidumbre. Sin embargo, en gran medida, estas normas surgen de una visión profundamente empirista de la enfermedad y de una estructura sumamente estratificada de las relaciones de poder, y sirven más para reproducir estas relaciones de poder que para proteger o beneficiar a los pacientes o a quienes cuidan de ellos.” (Good, 2003: 332)

Tal como están dadas las condiciones de aprendizaje para los médicos, no resulta extraña la manera en que se enfrentan a sus sujetos, esos sujetos que han sido objetivados. “Actualmente la posibilidad de establecer diagnósticos y tratamientos no se depositan en el análisis de los síntomas, sino en los signos producidos en su mayoría no por el “ojo” y “mano” clínicos sino por los signos producidos por diferentes tipos de análisis, es decir por pruebas objetivas, lo cual ha tenido consecuencias no sólo para la relación médico-paciente sino para la identificación profesional del médico consigo mismo.” (Menéndez: 28)

Hasta nuestros días, persiste la difícil relación entre *pacientes* y médicos. Los primeros, considerados desde su enfermedad y dolencia particular, obviando que son personas, más bien se los considera objetos a intervenir, piezas a reparar. Hasta nuestros días, subsiste una deificación hacia los profesionales médicos, aún cuando en algunos sectores existe conciencia del poder que tienen y que muchas veces ha sido utilizado a lo largo de la historia como una estrategia de dominación. En este sentido, y tal como se ha expuesto más arriba, resulta preocupante observar cómo diversos estudios han demostrado que los textos de ginecología y obstetricia con los que estudian aquellos profesionales, muestran que la sexualidad femenina es inferior a la masculina y que la sumisión de las mujeres es vista como algo natural. (Castro, 2000)

Ahora bien, pese a la exclusión que vivieron los sectores populares con respecto a la salud, Montserrat Cervera señala que las mujeres buscan recuperar su salud y sobre todo, el derecho a decidir sobre su cuerpo, sobre una maternidad libre y responsable, sobre el tema de violencia, que es una manifestación de dominación hacia el sector femenino de la sociedad. Todo esto producto de los diversos movimientos sociales que ha habido en el Siglo XX, donde especialmente destacan las reivindicaciones del movimiento feminista para la salud. Por tanto, no es extraño que la salud quiera ser ejercida también por los sectores populares, y en especial por las mujeres, las que volverían a reposicionarse desde su oficio de sanadoras y curanderas. Por otro lado, tampoco nos sorprende que la comunidad quiera ser parte de su salud, como históricamente ha sido, ya no como *pacientes* sino como co partícipes y co gestores de un sistema construido tanto por el personal de salud como por la comunidad en su conjunto. Como plantea Foucault la *genealogía*, que es el acoplamiento de los conocimientos eruditos y de las memorias locales, “debe dirigir la lucha contra los efectos de poder de un discurso considerado científico.” (Foucault, 1976:130) Entonces, la clave está en conjugar ambos saberes y en democratizar, en definitiva, el conocimiento.

II. DEFINICIONES CONCEPTUALES

Ante el panorama antes descrito, existen varios términos que se quisieran precisar porque son fundamentales en el proceso de investigación, además de ser constitutivos de la problemática planteada. Esto invita a detenernos un momento en torno a ellos.

La participación como concepto es relativamente amplio y hace referencia a distintos tipos de expresiones que tienen que ver con sentirse parte de, involucrarse y colaborar con un determinado proceso. Según las autoras Carmen Celedón y Marcela Noé “en términos generales este concepto ha sido definido como “la intervención de la sociedad civil en la esfera de lo público”, intervención que puede manifestarse en distintos ámbitos de la vida colectiva: en el ámbito político, económico o social.” (Celedón y Noé, 1998) De este modo la participación surge como un instrumento de control ciudadano toda vez que genera mecanismos de expresión e integración de las demandas populares, lo que abarcaría todos los niveles de la población, fomentando el desarrollo de la equidad social.

Durante mucho tiempo, la participación ha resultado una acción difícil de ejercer, sobretudo para aquellos grupos que la ven como una amenaza hacia su poder, se hace referencia a los grupos fácticos que en Chile fundamentalmente controlan el poder económico. No obstante, las movilizaciones sociales comenzaron desde hace mucho tiempo, precisamente como una manera de hacer frente al sector social que detentaba el poder. Serían los movimientos sindicales de trabajadores de las salitreras, a principios del Siglo XX, quienes protagonizarían los conflictos sociales de la época, pero también hubo diversas manifestaciones en las grandes industrias de las principales ciudades de Chile que hacían tambalear a las autoridades. Bastante se ha escrito acerca de la vida en las salitreras y del movimiento que desembocó en la Matanza de la Escuela Santa María de Iquique, en 1907, pero también hubo organizaciones de mujeres que formaron los centros Belén de Zárrega en las salitreras, en honor al personaje que visitara el norte de Chile en 1913. Asimismo, como plantea Marisa Weinstein, en las primeras décadas de ese

siglo se generó un importante movimiento social de mujeres provenientes de distintos sectores, con el fin de obtener el derecho a voto, lo que daría sus frutos en 1949. En tanto, el Movimiento Pro Emancipación de la Mujer Chilena (MEMCH) vería sus inicios en 1935. Este organismo fue clave en la lucha por la igualdad de derechos cívicos de las mujeres. Tres años más tarde, nacen bajo el alero de la Iglesia Católica una serie de organizaciones asistenciales y de beneficencia, como los Centros de Madres que luego son asumidos por el Estado. En 1954 se crea una organización estatal que respalda la organización de las mujeres ofreciendo capacitación en labores reproductivas. Producto de la proliferación de los Centros de Madres, en 1964 aparece CEMA (Central Reguladora de Centros de Madres), que pretende generar una promoción popular y además solucionar problemas comunitarios, canalizando las demandas sociales hacia el gobierno. Sin embargo, este organismo no logra –ni pretende- mejorar la situación de las mujeres en la sociedad, aunque es una instancia de legitimación de la participación en organizaciones comunitarias, transformándose en una herramienta poderosa de movimiento popular, producto del cariz que le otorgan las mismas pobladoras. (Weinstein, 1996)

Otro movimiento social que se vivió a mediados del Siglo XX fueron las tomas de terreno, que dieron paso a un nivel organizacional bastante potente, que ha sido imitado hasta nuestros días. La primera toma se vivió en el año 1947, que dio origen a la población La Legua Nueva. En realidad se trataba de una erradicación convenida entre los pobladores, el Estado y el Seguro Obrero, que era dueño del terreno donde se iban originalmente los pobladores, pero un error de cálculo finalizó en una toma ilegal de terrenos. Diez años más tarde, se produce la toma que crea la población La Victoria, siendo trascendental pues sentó las bases de lo que serían los próximos movimientos de ocupación de terrenos, donde se establecerían alianzas con parlamentarios o autoridades comunales, y se generaría un sistema organizacional complejo y bien estructurado, para lograr una alternativa al problema habitacional que el Estado no era capaz de solucionar. Sólo en Santiago, desde 1967 a 1970 hubo 155 tomas, y en todo Chile se alcanzó la cifra de 251. (Garcés, 2004)

Teniendo en cuenta el contexto que ha tenido la historia más reciente de este país, la dictadura que coartó toda posibilidad de expresión de la ciudadanía, pero que no impidió que surgieran diversos movimientos sociales que buscaban mejorar las condiciones de vida, y que pretendían generar un cambio político, y 16 años de “democracia” que aún presenta problemas para re construir la sociedad civil chilena, la participación surge como una necesidad de expresión popular. Es decir, no basta con que la ciudadanía se pueda manifestar, sino que urge generar canales entre el Estado y la sociedad civil, que permitan a ésta ser parte activa de un país que le pertenece y contribuir en la toma de decisiones puesto que las políticas que se estructuran afectan directamente a la población.

En este sentido es que se recoge el concepto de participación en salud, para que a través de su accionar se ejerza un control social o ciudadano de los determinantes de la salud. Esto significa que la población no solo se hace parte y responsable de los factores que están determinando la salud y el autocuidado, sino que además debiera participar de la toma de decisiones y de la planificación, aspectos que por lo demás le conciernen de manera directa.

De acuerdo al texto del Ministerio de Salud “Participación social en el sistema público de salud, avances y desafíos”, la participación se entiende como una instancia que permite generar un control social sobre la gestión del sistema público de salud. Este control debe ser ejercido por la comunidad que ha desarrollado sus destrezas por medio de la participación social, que supone una apertura del sistema imperante en torno al tema. Por su parte, Ana María Arteaga define el trabajo comunitario como “todas aquellas actividades orientadas a mejorar la convivencia y las condiciones y calidad de vida de la comunidad. (Arteaga, 1998: 46)

Nos movilizamos hacia otro gran concepto que mueve esta investigación, y aquí es donde se hace referencia a **la salud**, que es el contexto por medio del cual se va a desarrollar la participación que interesa para los fines de esta investigación.

La salud es un tema que recorre toda la vida de las personas, desde el momento en que son concebidos hasta su muerte, se está en permanente contacto con ella y con sus determinantes, así como también se ven afectados por las políticas y planificaciones que se lleven a cabo a nivel central y local. La manera en que se trabaje en salud es bastante relevante para la población, de ahí surge la necesidad de ser parte de este proceso, de participar. Respondiendo a esta realidad, la OPS en 1990 propone la táctica de los Sistemas Locales de Salud, señalando que “la participación social se refiere a los procesos sociales, en los que intervienen no sólo grupos comunitarios sino también instituciones, organizaciones y actores sociales de todos los niveles, quienes participan en la solución de los problemas de salud.” (Ministerio de Salud, 1994: 18)

Para tomar en cuenta este concepto, se ha preferido tener una visión más amplia e integral, que considere no sólo elementos de tipo físico-biológicos, más bien se quiere llegar a una concepción que haga referencia a aspectos biológicos, culturales y sociales, donde la clave es la integración y no la fragmentación de las partes que constituyen la salud de los seres humanos. En este sentido, el Ministerio de Salud ha estado desarrollando una política tendiente a promover la Salud Familiar, con un enfoque bío-psico-social, transformando incluso los consultorios en Centros de Salud Familiar, donde la persona ya no se enfrenta como un ente solitario y aislado, sino que es primordial el contexto donde ella se encuentra inserta, su familia y sus relaciones.

Existen 10 principios básicos que rigen este nuevo modo de trabajar en salud, y que hacen referencia a desarrollar un trabajo con un enfoque más cualitativo que cuantitativo, centrado en las necesidades de la comunidad y no del personal de salud, donde además se postula el fomento de una relación más humanizada entre las personas consultantes y los trabajadores de la salud. De los 10 principios, el n° 5 habla expresamente de la participación en salud: (el usuario) “se ve a sí mismo como parte de una amplia red comunitaria de organizaciones para la atención de salud. O sea, necesita a otros para solucionar los problemas de salud.” (Ministerio de Salud, 1999: 17) De este párrafo se desprende que se está considerando la

experticia que han adquirido determinado tipo de organizaciones comunitarias que trabajan en la materia y que pueden llegar a ser un aporte valioso a la salud de la comunidad de la que son parte. Sin embargo, como se argumentaba anteriormente, este supuesto no se ha convertido en realidad.

Es aquí donde surge un tercer concepto crucial para el estudio que se ha pensado. Como ya lo habíamos mencionado, las **organizaciones comunitarias** se diferencian de las de origen institucional, como por ejemplo aquellas denominadas “las damas de color”. La particularidad que presentan estas organizaciones es que nacen por la necesidad que surge en un momento determinado, por la propia voluntad de la población que se ve impulsada a generar este tipo de organizaciones para procurar solución a ciertos problemas sentidos por la comunidad y que no son capaces de ser absorbidos por el sistema de salud. Esta característica generaría que el accionar de estas organizaciones fuera centrado en la solidaridad, y no de carácter caritativo, como ocurre con el tipo de organizaciones que se mueve bajo el amparo de una institucionalidad, como es el caso de “las damas de color”. Es así como el marco que guiaría a las organizaciones comunitarias es la solidaridad, pues ellas, y la población a la que pertenecen, son las directas afectadas por las políticas y acciones que emprenda el sector salud y sus funcionarios. Solo ellas pueden saber de qué modo les está afectando lo que se haga o deje de hacer en salud desde el sector público, por tanto sólo ellas serían las protagonistas.

Para Marisa Weinstein “las organizaciones sociales ligadas a la salud tienen una larga tradición en nuestro país. Han desempeñado una labor de carácter solidario en relación a la atención de problemas de salud de la población; originalmente, pueden surgir como respuesta frente a situaciones de emergencia, pero tienden a mantener una acción constante dentro de su comunidad, realizando diverso tipo de tareas.” (Weinstein, 1997: 13) La autora realiza una clasificación basándose en Salinas y Marshall, donde distingue tres tipos de agrupaciones diferentes: el **voluntariado asistencial**, donde además de lo que se ha caracterizado como “damas de color”, está el resto de las voluntarias, grupos femeninos que apoyan y acompañan a los enfermos; **grupos de autocuidado**, que han sido creados a

partir de los establecimientos de salud como una manera de generar apoyo mutuo para enfermedades crónicas básicamente; y **grupos de salud poblacional**, que se habrían organizado durante la dictadura, pretenden desarrollar acciones ligadas a la promoción e interlocutar con los establecimientos de salud, este tipo de agrupación se caracteriza por buscar mayor autonomía.

La definición que se considerará para efectos de esta investigación hace referencia a todas aquellas organizaciones que provengan de la comunidad, y que tengan un propósito que vaya más allá que el acompañamiento y apoyo a los enfermos. Se postula que este tipo de organizaciones enfrentaría los problemas con una visión más amplia e integral que permita la fusión entre los saberes populares y los saberes científico-técnicos, pues estarían conscientes de la relevancia que significa el actuar del personal de salud y las políticas que dictamina el gobierno en sus vidas.

Estas organizaciones comunitarias realizarían trabajos de diverso tipo fundamentalmente en cuidados básicos en salud, como consejerías en VIH-Sida, asistencia a enfermos postrados, campañas de difusión, apoyo a familiares de enfermos, recolección de fondos para cubrir alguna necesidad, orientación hacia la población, entre otras. Pero también algunas de ellas se han capacitado como monitoras de salud para desarrollar labores más complejas como, por ejemplo, poner inyecciones o realizar curaciones. Para Marisa Weinstein existen diversos significados que las personas le otorgan a la participación en salud de acuerdo al tipo de agrupación en el que participan: para resolver problemas de atención en salud; para desarrollar el servicio público ayudando a los demás para sobreponerse a las carencias existentes; y para influir en la toma de decisiones en los establecimientos de salud. No obstante, creemos que estos significados no necesariamente se agrupan de acuerdo a las tres distinciones que realiza la autora con respecto a las organizaciones de salud.

Por último es necesario tener en cuenta que las organizaciones comunitarias que trabajan en salud van a tener distintos tipos de relaciones con el establecimiento de

salud. Los vínculos que seguramente van a encontrarse pueden ser de carácter esporádico, temporal o permanente dependiendo de cuán avanzada se encuentre la organización en su accionar o cuál ha sido el motivo que ha reunido a sus integrantes. En este sentido, se postula que un porcentaje considerable de organizaciones se encontraría en una relación permanente, es decir, periódica y sostenida en el tiempo (al menos un año) con el establecimiento de salud, lo que podría estar facilitando el desarrollo de un proyecto de transformación y su carácter proactivo.

III. ANTECEDENTES DE SALUD COMUNITARIA DE ACUERDO A LOS ORGANISMOS INTERNACIONALES

La Participación comunitaria en salud es un asunto que tiene larga data. Desde el año 1978 la comunidad internacional se congregó para lo que sería conocido como la Conferencia de Alma Ata², que marca un hito en materia de salud, no sólo porque le otorga a la Atención Primaria un papel fundamental en las políticas sanitarias de los países, sino también porque plantea la necesidad de abrir la salud a la comunidad, para lograr una participación efectiva. De acuerdo a la Declaración de Alma Ata, en 1995 la Organización Mundial de la Salud propone un cuádruple objetivo para la Atención Primaria, que tiene que ver con fortalecerla y resguardar el ámbito promocional de la salud. Por otra parte, también plantea “capacitar a la gente para participar en la gestión de los sistemas sanitarios y otros sistemas afines, ejerciendo un control sobre ellos, y asegurar que se satisfagan para todos los requisitos previos fundamentales de la salud y que todos tengan acceso a la asistencia sanitaria.” (OMS, 1995: 4) De este modo, se explicita la necesidad de informar y educar a la ciudadanía con el fin de que puedan apoyar la gestión en salud y generar un control social.

² La primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud se desarrolló en Alma-Ata, Kazajistán en 1978. Estuvo apadrinada por la Organización Mundial de la Salud y por UNICEF y convocó a 134 países y 67 organizaciones internacionales. El principal objetivo de la conferencia fue relevar la Atención Primaria de Salud como estrategia fundamental para alcanzar la meta de salud para todos el 2000. A partir de la conferencia surge una declaración, que entre otras cosas explicita el derecho y deber de los pueblos de participar en la planificación de las políticas de salud.

Ahora bien, la manera en que se han enfrentado estos desafíos por los distintos países ha sido variada de acuerdo a su prioridad política y a los sistemas establecidos. En el mismo documento antes citado la Organización Mundial de la Salud recoge diversas experiencias en los países de América Latina y África, resaltando la labor que han tenido las organizaciones comunitarias en aquellos países que abrieron su estrategia sanitaria hacia la ciudadanía. Un ejemplo de ello es lo que ha ocurrido con los problemas de salud de los jóvenes³ y la manera en que han sido abordados trabajando en conjunto con organizaciones juveniles. Otra estrategia que han utilizado distintos países para involucrar a la comunidad ha sido establecer fuertes lazos de cooperación entre los Ministerios de Salud y Educación a fin de enfocar políticas conjuntas y coherentes hacia la población infanto juvenil, que redunden en mejoras a su salud. No obstante, este tipo de estrategias que están orientadas a informar y educar a la comunidad, no logran la participación, entendida como el acceso a la toma de decisiones.

En una investigación realizada por la Organización Panamericana de la Salud en el año 1984 -que consiste en un análisis de estudios de casos provenientes de Barbados, Brasil, Colombia, Cuba, Ecuador, Guyana, Jamaica y México- se concluye que “al analizar esos casos se planteó la interrogante de si efectivamente existe suficiente flexibilidad en un sistema que permita al personal de salud y a la comunidad una participación significativa en la toma de decisiones a nivel local y, asimismo, facilite la introducción de variaciones de enfoque a fin de ajustarse a las condiciones locales. La información obtenida en los estudios de casos no fue suficiente para poder determinar con exactitud el grado de flexibilidad de los sistemas. Los sistemas incluyen un sistema nacional uniforme de organizaciones de masas con representantes locales que participan activamente en el sistema de salud (Cuba) hasta un sistema de salud fragmentado, integrado por múltiples instituciones y sin ninguna política o método general de APS o PC⁴ (Brasil), con el resto en distintos puntos intermedios. La impresión que se saca de los estudios, es que la existencia de una estructura y una metodología de PC en el campo de la

³ Grupo etáreo que va de los 15 a los 24 años, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud.

⁴ APS: Atención Primaria en Salud, PC: participación comunitaria.

salud es un factor positivo que promueve la participación. Sin embargo, existe el riesgo de que un sistema uniforme y relativamente inflexible de organización no sea lo suficientemente adaptable a las condiciones locales y, a la larga, podría impedir o limitar la iniciativa y la participación de la comunidad.” (OPS, 1984: 2) Otro aspecto que mostró este estudio es que en varios casos estudiados, se reveló que los sistemas de salud que presentan deficiencias en el personal y otros recursos afectan la participación de la comunidad porque se pierde la confianza en el sistema de salud, además de verse afectada la utilización de los servicios. Asimismo “los datos obtenidos en estos estudios de casos revelan que la participación y la iniciativa de la comunidad para tratar de resolver los problemas de salud (o de cualquier otro tipo) dependen en gran parte de que exista un mecanismo organizado y eficaz que permita la participación colectiva y continua.” (Ibid: 11) También se recomienda que ese mecanismo considere la realidad local y sea legitimado por la comunidad.

Para la OPS –Organización Panamericana de la Salud- constituye un enorme obstáculo para el desarrollo de la participación comunitaria el hecho de que existan contradicciones inherentes (como ellos mismos lo denominan) entre las orientaciones políticas y la estructura de gran parte de los sistemas gubernamentales de salud. “la mayoría de los sistemas de salud se basan en un concepto médico de tratamiento de los pacientes y de cura de las enfermedades, lo que supone una relación paternal e individual entre el médico y el paciente, mientras que un sistema que se base en la participación implica que se realice un enfoque preventivo, que se consideren las condiciones ambientales y sociales, la acción colectiva y una relación de compañerismo entre el personal de salud y las comunidades.” (Ibid: 36) Este diagnóstico realizado por el organismo internacional hace más de 20 años, plantea una serie de conclusiones que no dejan de tener sentido hoy en día.

Sin embargo, la misma institución realiza un informe en el año 2003 (La transición hacia un nuevo siglo de salud en las Américas) sobre los avances que ha tenido la Región en los últimos años en materia de salud y describe la manera en que

distintos países han enfrentado los problemas sanitarios, destacando aquellos que han incorporado estrategias comunitarias en su gestión. Un ejemplo de ello es Costa Rica, que optó por combatir el Dengue formando redes comunitarias en los diferentes distritos que se hicieron cargo de la vigilancia, educación y cooperación. Una estrategia de Bolivia también aparece destacada por la manera en que la población El Alto abordó la violencia con ayuda de la comunidad. Al interior de las Juntas Vecinales se creó una Unidad Comunitaria de Orientación que se encargaba de realizar vigilancia comunitaria, además de entregar orientación, información, referir y hasta conciliar casos. Este modelo fue replicado por distintos departamentos en barrios de la periferia urbana en el resto del país.

No obstante, este informe de la OPS no realiza una crítica sustantiva a los elementos que aún están obstaculizando el desarrollo de la participación comunitaria en salud, como lo evidenciado en el estudio de 1984. Si bien es importante realizar acciones sanitarias en conjunto con la ciudadanía, la participación se entiende como un proceso que involucra a la comunidad desde el comienzo y apunta a la colaboración mutua, es decir, también espera recibir insumos que retroalimente y modifique -si es necesario- las políticas y estrategias a implementar.

En ese sentido, el Grupo de Trabajo en Salud Reproductiva de la Fundación Ford desarrolla un documento en función de las reformas al sector salud, para explorar la manera en que se debieran enfrentar las reformas sanitarias considerando la dimensión de género y los derechos reproductivos de las mujeres. No obstante, la manera en que se han planteado las Reformas al sector salud no parecen haber tenido en cuenta estos asuntos. En países asiáticos, por ejemplo, se plantea que el principal problema surge cuando se intenta integrar dos tipos de programas de salud que presentan estructuras diferentes: programas bien financiados como los de planificación familiar y otros programas de salud que no se encuentran financiados, por lo tanto se produce una incompatibilidad en la gestión, provisión y contabilidad, porque funcionan como dos estructuras diferentes. La integración en primera instancia pareciera ser algo positivo que considera la salud reproductiva de

las mujeres. Sin embargo, el documento alega que las reformas institucionales con esta lógica terminarían favoreciendo a los hombres, en desmedro de las mujeres, teniendo en cuenta que ambos prestan servicios de salud.

Otras realidades que analiza el trabajo son la de América Latina y África. Se plantea que en América Latina las Reformas sanitarias se han centrado principalmente en la descentralización y la reforma de la seguridad social, mientras que en África, producto de los problemas que existen, como la incidencia del VIH/SIDA, se han priorizado mecanismos de financiamiento sectorial y el fortalecimiento de capacidades en gestión y recursos humanos. “En el África Subsahariana, por ejemplo, el fortalecimiento institucional puede potenciar la capacidad gubernamental para ofrecer servicios de atención primaria de salud de mejor calidad, reducir la corrupción y mejorar la confianza en el sector público. De otra parte, en América Latina la situación de desventaja de las mujeres puede agravarse con la descentralización y la discriminación de género en la reforma de los sistemas de seguridad social.” (Fundación Ford 2002: 22)

Asimismo, el documento plantea que al realizar las reformas al sector salud muchas veces no se considera una visión económica integral, que reconozca el trabajo que se realiza en el hogar y en la comunidad “lo cual se sustenta en gran parte sobre la base del trabajo femenino no remunerado.” (Ibid: 19)

Teniendo en cuenta estos antecedentes, se podría suponer que en nuestro país existe una situación similar a las diversas realidades que se han planteado. Se hace necesario, por tanto, generar una revisión al respecto teniendo en cuenta las particularidades locales.

IV. SALUD Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN CHILE

El tipo de organización que se genera en los ambientes populares nos sorprende una y otra vez, principalmente por la capacidad que tienen las personas para sobreponerse a condiciones adversas y luchar por una mejor calidad de vida, aunque eso en la mayoría de las ocasiones significa dar una ardua pelea con el sistema y la sociedad en general. Y es lógico que lo hagan, porque de otra manera no podrían superar su calidad de vida, es una especie de estrategia de sobrevivencia, pero de todos modos es una lucha sacrificada que puede ir deteriorando relaciones familiares o laborales, y al momento de priorizar, muchas son las personas que prefieren su mínima seguridad a arriesgarlo todo. Sin embargo, y pese a las dificultades, hay grupos que se organizan y se mantienen organizados en el tiempo, para intentar cambiar sus condiciones de vida y las de los demás. Son esas personas las que llaman la atención, porque en un mundo cada vez más individualista y privado, luchan por generar espacios de participación para la comunidad, luchan para ser partícipes de los procesos y no quedarse marginadas, como tantas veces les ha ocurrido.

María Angélica Illanes realiza un extenso recorrido de la salud pública en Chile, incluyendo la participación de la comunidad. Como la autora señala, pese a que el Estado asistencial comienza en el Siglo XX como un aparato instrumental que fue concebido desde arriba, los sectores populares comienzan a presionar para ser partícipes de las políticas públicas. Producto de las pestes de la época, la explotación laboral y la gigantesca jornada laboral que existía en esos años, la calidad de vida de la mayor parte de la población era bajísima. No obstante las condiciones adversas, o producto de eso mismo, en los sectores populares había una organización que se reflejaba en las Sociedades de Socorros Mutuos, que habían generado “un sistema social de prestación de salud y un sistema provisional a la medida de sus recursos, al paso que fundaban sus propias escuelas, sus salas de teatro, baile y cultura y su propia prensa. Un micro-mundo social popular que encontraba allí un referente para la construcción de su identidad.” (Illanes, 1993: 140) A este tipo de organización le siguieron otras que aglutinaban la fuerza

trabajadora con el objeto de responder a las necesidades que tenían como grupo, y mejorar sus condiciones de vida. Con el advenimiento de la Revolución Proletaria en Rusia, el mundo cambiaba y en Chile, las Sociedades de Socorros Mutuos fueron desplazadas por las organizaciones que imperaban en ese entonces: los sindicatos. El resto de las necesidades pasaron a ser consideradas producto del capitalismo, por lo que había que centrar las fuerzas en combatir el problema de clases para solucionar el resto de los males sociales.

La Iglesia, el Estado y la institucionalidad privada comienzan a hacerse cargo del problema social a partir de dos proyectos institucionales “el Patronato Nacional de la Infancia” y el “Estado Asistencial”. La idea era hacer frente a las enormes carencias que tenía un porcentaje alto de la población, a través de la asistencialidad, restableciendo su salud y asegurando la reproducción biológica. Después de un llamado de alerta de “la clase médica” (tal como ellos mismos se denominan en los comunicados que cita la autora) comienza a gestarse en Chile el concepto de medicina preventiva. Producto de diversas presiones de esa misma clase médica, en la década del '50 se promulga el Estatuto Médico Funcionario.⁵ En los años '60 y debido a los movimientos sociales de la época, surge la idea de incorporar las ciencias sociales a las escuelas de medicina para desarrollar una profesión de resorte humanista. Gracias al movimiento universitario de fines de los '60, hubo una democratización de la clase médica que se vio reflejada en el campo de la investigación y de la formación.

Con el Gobierno de Salvador Allende, se instituyeron las Brigadas de Salud elegidos democráticamente a partir de los Consejos Locales y Paritarios, de los Centros de Madres o de la misma comunidad, y que recibía capacitación de un equipo técnico. Debían cumplir un papel en el ámbito de la prevención educativa, control y censo de salud en la comunidad. El Gobierno de Allende pretendía también realizar diversas reformas en el Sistema Nacional de Salud, recibiendo duras declaraciones desde el Colegio Médico porque se rompía un principio de autoridad, generando un

⁵ Esta ley genera las bases para la ley 19664 que rige hoy en día a los “Profesionales Funcionarios”, dentro de los que se cuentan los médicos con otros tres profesionales de la salud.

desorden en los servicios públicos que resultaba intolerable para ellos. (Weinstein, 1993) Con la dictadura, todos estos avances democratizadores y transformaciones sociales terminaron violentamente y la política neoliberal imperante lo abarcó todo, porque no sólo sirvió de base para las políticas públicas, sino también repercutió en todos los sectores de nuestra sociedad, de un modo que aún no logramos subsanar.

Ahora bien, a lo largo de los años se han desarrollado un sinnúmero de organizaciones comunitarias ligadas a la salud, algunas de ellas trabajando esporádicamente en el tema y otras trabajando de cerca con el equipo. Sin embargo, en ninguno de los dos casos sería reconocido su quehacer, convirtiéndose entonces en una participación periférica que intentaría generar cambios desde los márgenes. Pero antes de seguir con la problemática, se hace necesario contextualizar lo que se va a entender por el sistema de salud.

El sector de la salud está constituido por lo que se denomina como la Red Asistencial, que corresponde al Ministerio de Salud, a los 28 Servicios de Salud existentes a lo largo de Chile, y a todos los establecimientos de salud entre los que se encuentran los Hospitales tipo 1, 2, 3 y 4 (los primeros dos de alta complejidad), los Centros de Salud o consultorios y las postas. Pero también se encuentran funcionando dentro del sistema, como ya se ha expuesto más arriba, una serie de organizaciones o agrupaciones sociales que muchas veces prestan servicios a la comunidad y que realizan labores en salud. Estas organizaciones, que en algunos casos conforman redes comunitarias, funcionan alrededor de los establecimientos de salud entregando servicios a la comunidad, ayudando y apoyando de este modo la labor que realizan los hospitales o consultorios. Muchas veces los miembros de estas organizaciones se han juntado porque han vivido de manera directa o indirecta una enfermedad o un problema de salud, pero también se han aglutinado teniendo otros fines, para terminar realizando labores de prevención o promoción, que es donde mayoritariamente se focaliza el radio de acción de este tipo de agrupaciones comunitarias.

La gran labor que realizarían estas organizaciones comunitarias ¿estaría siendo reconocida dentro del sistema de salud, primordialmente al interior de la red asistencial, es decir, por el personal de salud que trabaja en los establecimientos? ¿Son sobretodo los médicos y las médicas los que verían con más recelo el apropiamiento de la comunidad de saberes adquiridos a lo largo del tiempo que les haya permitido trabajar en salud? Se cree que este posible recelo tendría que ver con la cultura del sector, altamente jerarquizada y asistencialista. Weinstein señala que “la interacción entre los funcionarios y sus usuarios, o con la comunidad en general, no es un encuentro entre actores con igual posición social. Es una interacción asimétrica, donde los agentes públicos tienen poder y la población no.” (Weinstein, 1997: 11) Como lo veíamos más arriba, esta cultura hegemónica va estrechamente ligada a la historia de la profesión médica, desde su nacimiento hasta nuestros días. Sin embargo, existirían grupos comunitarios que habrían reaccionado a este sistema jerárquico y asistencialista, generando un trabajo pro activo, demandando mejoras, mayor información y sobre todo mejor trato, lo que podría estar propiciando cambios en el sistema y en la cultura del sector.

Pero también existirían organizaciones que son funcionales al sistema imperante en salud y que muchas veces corresponden a instituciones que llevan décadas trabajando en el tema. Nos referimos a las denominadas “damas de color”, que realizan más bien labores caritativas y de beneficencia, y que responden a una lógica absolutamente diferente a las organizaciones comunitarias. En primer lugar, las personas que participan en estos grupos no pertenecen a la comunidad donde se encuentra el establecimiento, sino más bien corresponden a sectores medio altos, cuya realidad se encuentra bastante alejada de la del sector y comunidad cercana al establecimiento. Otra diferencia es que estos grupos se encuentran bajo el alero de una institución religiosa, por lo tanto operan en ese contexto. Estos organismos serían funcionales al sistema, en el sentido en que se adaptarían a las normas establecidas por el estamento médico, porque orientarían su trabajo al asistencialismo, concibiendo a las personas como beneficiarios pasivos, que sería el mismo modo de operar del personal de salud, además de “endiosar” a los médicos como si pertenecieran a una categoría diferente, y más elevada, de ser humano.

Por otro lado, este tipo de organismos estaría reforzando la cultura jerárquica centrada en los médicos como los dueños del saber, único e intransferible, menospreciando a la comunidad en su capacidad de acción. Si bien es cierto, la gran mayoría de este tipo de organismos corresponde a las denominadas “damas de color”, donde participan solo mujeres, puede darse el caso que existan organizaciones comunitarias que podrían estar operando de esta manera, y que por lo tanto serían funcionales al sistema.

En general, las organizaciones comunitarias que desarrollan trabajos en salud estarían compuestas en su gran mayoría por mujeres, aunque existiría un porcentaje de participación masculina. Sin embargo, la tendencia sería que las mujeres son las que comienzan a involucrarse más en este tipo de temas por distintos motivos, ya sea porque deben preocuparse por un familiar enfermo, o porque participan en una agrupación que termina trabajando en salud. Pero principalmente esto se debería a un factor cultural, porque históricamente las mujeres han sido las encargadas de preocuparse por la salud y la educación, entre otros temas que tienen que ver con la sobrevivencia y la reproducción además de haber sido un oficio femenino desde tiempos remotos. Así es como el sustento de la participación comunitaria en salud estaría dado por las mujeres, cuya participación terminaría siendo fundamental para la comunidad. ¿Estarían resurgiendo las sanadoras y curanderas? ¿O es que acaso ha habido una continuidad invisible y que ha coexistido con la realidad oficial?

Ante este panorama adverso a la participación social, el año 2000 el Presidente de la República promulgó un “Instructivo Presidencial de Participación Ciudadana” comprometiendo a todos los sectores, entre ellos el Ministerio de Salud, hacia la apertura de espacios de participación y creando oficinas o unidades de participación social al interior de los distintos organismos con el fin de promover la participación y fomentar capital social en Chile. Sin embargo, cuando han pasado siete años desde entonces, aún podríamos observar un sistema bastante cerrado y jerárquico, dominado por los sectores médicos, quienes en su mayoría verían con malos ojos la incorporación de la comunidad a temas de salud.

Pese a lo anterior, se han re-abierto canales formales de participación en salud⁶. Desde el año 1995 existen los Consejos de Desarrollo -en 1971, se crearon los Consejos Locales de Salud, que se terminaron abruptamente producto de la dictadura militar de 1973, como tantas otras instancias de participación-. En este tipo de organización participa la comunidad organizada, el personal de salud y grupos intersectoriales como escuelas, Carabineros, Bomberos, etc. Esta instancia surgió como una posibilidad de generar diálogo entre los representantes de la red asistencial, vale decir el personal de salud, y los representantes de la comunidad, pudiendo generar un espacio donde la comunidad accediera a la toma de decisiones. Sin embargo, después de años de transformación en la institucionalidad (Ministerio de Salud) y cambios en las políticas internas, con una línea poco clara, los Consejos de Desarrollo se han transformado en instancias instrumentalizadas sobre todo por los directores de los establecimientos. En muchos casos son ellos los presidentes de los consejos, cayendo en la monopolización del sistema y limitándose a trabajar en temas de promoción y prevención, sin propiciar el control social sobre la gestión, que era el principal propósito que tenía este tipo de instancias de participación al momento de ser promovidas.

Para Marisa Weinstein: “la participación de la comunidad en la gestión de los establecimientos de salud no ha sido amplia. Si bien se han formado los Consejos de Participación en las distintas unidades, en su mayoría, tienen un carácter informativo y de generación de actividades que apoyen la labor del establecimiento.” (Weinstein, 1997: 11) A su vez, la autora señala que la participación se ha visto restringida por la “cultura centralista” que promueve un modelo de atención autorreferente, donde la solución de los problemas radican en el propio sistema y no en la comunidad, además de haber una temprana “profesionalización y medicalización” de la atención en salud. Por otra parte, Weinstein señala que la “concepción biomédica” que existe en el modelo de atención genera la falta de consideración a los factores socioculturales que estarían afectando la salud de las personas, lo que sería posible de abordar a través de un

⁶ Documentos Unidad de Participación Social, División de Gestión de Red Asistencial, Ministerio de Salud.

trabajo sectorial y participación comunitaria. Este paradigma, plantea la autora, es el responsable de situar al médico en el centro del sistema de salud, otorgándole una importancia superior que al resto de los profesionales. También estaría afectando la participación la alta rotación de profesionales, especialmente los médicos, lo que contrasta con el resto de los funcionarios, que presentan mayor estabilidad.

Durante estos años se han desarrollado otras líneas de acción tendientes a promover la participación, las dos principales son las Oficinas de Información, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones (OIRS), que es más bien un ejercicio de derecho ciudadano; y la entrega anual de la Cuenta Pública, donde los establecimientos de salud, fundamentalmente los Servicios de Salud y los Hospitales de mayor complejidad, deben rendir una cuenta pública a la ciudadanía. Sin embargo, la comunidad y el Consejo de Desarrollo no han podido participar en la instalación y desarrollo de estos procesos, transformándose más bien en líneas de acción separadas que no han conseguido articularse.

Estos acontecimientos han marcado la participación y la relación que se ha establecido entre las organizaciones comunitarias y los equipos de salud, y por este motivo surge la interrogante que se quisiera aclarar a través de la presente investigación.

V. ORGANIZACIONES COMUNITARIAS Y GÉNERO

Ahora bien, teniendo en cuenta la perspectiva de género con que se analizará la relación existente entre las organizaciones comunitarias que trabajan vinculadas al consultorio y el equipo de salud, se hace necesario precisar algunos supuestos con que se parte en esta investigación.

Una vez que se ha descrito lo referente a las organizaciones comunitarias, se piensa que pese a las dificultades con que éstas se mueven, tendrían una propuesta de construcción a largo plazo que involucraría una transformación al sistema. Y es ese tipo de organizaciones comunitarias el que más interesa para la investigación, pues su forma de actuar no sería funcional al sistema, sino que estaría apuntando a la proactividad. Se tendería a trabajar en la generación de modificaciones profundas en el sistema de la salud, junto con propiciar el empoderamiento de la comunidad en general. Con este tipo de accionar, las organizaciones comunitarias serían las encargadas de oponerse al sistema jerárquico y paternalista con que estaría operando la salud en Chile y generar cambios que faciliten un diálogo productivo conjunto que implique la co-construcción del sistema y atención en salud.

Sin embargo, resultaría muy difícil para ellas que se las considerara en su accionar, sobre todo teniendo en cuenta el alto número de mujeres que participan en las organizaciones comunitarias. Y en este sentido nos enfrentamos a otro supuesto que recoge los aportes realizados por la aproximación teórica de la construcción simbólica del género.

La hipótesis con la que se parte, postula que la alta presencia femenina en la comunidad organizada estaría fomentando la relación asimétrica que existe entre la red asistencial –es decir, el sistema institucional de salud- y las organizaciones comunitarias que trabajan en salud, precisamente porque la cultura del sector, como ha sido descrito, es sumamente vertical y paternalista, reforzando los prejuicios de género y otorgándole características predominantemente masculinas a los profesionales de la salud, mientras que las organizaciones comunitarias se

asimilarían al lado femenino. Se generaría una relación donde se ha prolongado la hegemonía imperante en la sociedad y con ella la dominación masculina y subordinación femenina. Tomando en cuenta lo que postula el autor Roberto Castro, la relación que se establece entre los médicos y la comunidad quedaría reflejada en una de “autoridad-subordinada”, la que se intensificaría en el caso de las mujeres por el orden patriarcal y los patrones de género imperantes que han sido traspasados a esta relación. (Castro, 2000)

De este modo, para el personal de salud –profesionales, técnicos, auxiliares, entre otros- sería mucho más complejo tomar en cuenta a una líder femenina o a un grupo compuesto por mujeres, que incorporar la opinión de líderes masculinos de la comunidad en la toma de decisiones, o a la hora de reconocer su labor en salud. Se postula que surge un conflicto de género, donde el poder médico-hegemónico-masculino se ha impuesto al desarrollo de la comunidad que intenta ser parte de políticas y organismos que deberían pertenecerle, además de relacionarse con profesionales que deberían estar a su servicio.

Por lo tanto, y aquí surge otro supuesto, las mujeres pobladoras que participan en salud estarían viviendo una triple discriminación: en primer lugar de clase social por el hecho de ser pobladoras, porque se vive en una población, en segundo lugar por ser agentes comunitarios que trabajan en salud y no representar un “saber ilustrado y profesional” y en tercer lugar por el hecho de ser mujeres, en tanto que la sociedad cuestiona capacidades y habilidades personales porque no se ha nacido hombre.

Si bien la cultura médica vería con recelo la participación comunitaria, se postula entonces que le produciría mayores complicaciones reconocer y visibilizar la labor que realizan organizaciones comunitarias en su mayoría compuestas por mujeres o que cuentan con líderes femeninas.

Para vincular los supuestos planteados, finalmente se postula que el tipo de agrupaciones que interesa para los fines de esta investigación estaría siendo más

rupturista, por cuanto estaría intentando generar cambios en un sistema que le es absolutamente adverso, cuyo enorme peso cultural ejerce una presión que envuelve a todo el equipo de salud y que estaría permeando inclusive a las propias organizaciones comunitarias que no tienen un diagnóstico tan claro al respecto.

Por último, se piensa que las organizaciones comunitarias anhelan participar en salud, no solo para ser parte de la toma de decisiones, también estarían apuntando a ser consideradas en el sistema de salud para que la sabiduría popular que han adquirido en base a la experiencia y años de trabajo pueda ser un aporte para la comunidad y ciudadanía en su conjunto. Y de este modo, fomentar la integración entre la comunidad y ciudadanía y el sistema institucionalizado, generando una co-construcción en salud.

4 MARCO METODOLÓGICO

Para efectos de la presente investigación, el paradigma metodológico cualitativo es el que concuerda con las características y los objetivos de este estudio de tipo exploratorio-descriptivo. Dado que la investigación cualitativa es de carácter inductivo, la investigación parte con interrogantes formuladas que dan cuenta de la experiencia personal y profesional adquirida en torno al tema en cuestión. De este modo, este tipo de metodología presenta una gran ventaja para los estudios de carácter social, puesto que por medio de la perspectiva holística que posibilitan los métodos cualitativos, las personas no son consideradas por determinadas variables, como suele ocurrir en el caso de la metodología cuantitativa, sino que se las considera en su integridad de ser humano.

Se ha definido este estudio como exploratorio puesto que se pretende indagar en un fenómeno que no ha sido del todo abordado por el campo de las ciencias sociales y de la Antropología en particular, no existiendo, por lo tanto, precedentes exhaustivos en torno al tema. Como es una investigación de carácter exploratoria-descriptiva, los resultados que se generen serán aproximaciones a un fenómeno complejo que involucra muchas más condicionantes que las que es posible observar a primera vista. Se trata de una relación que es posible extrapolar a la que se establece entre la sociedad civil y el Estado, la primera representada por las organizaciones comunitarias y el segundo proyectado en el equipo de salud.

Si bien esta investigación no pretende sentar las bases sobre las cuales se puede comprender este tipo de relaciones, será una aproximación a las mismas, donde surgirán tal vez más preguntas que respuestas, como una manera de plantearse el fenómeno abiertamente sin tener mucha claridad de cómo vaya a finalizar el proceso. Sin embargo, a partir de este estudio es posible que se desarrollen varias líneas que intenten no solo explicar algunos de los temas planteados sino además generar mayores indagaciones para intentar comprender las relaciones sociales

donde el género siempre está presente, condicionando la manera en que se desarrollan las mismas.

Por lo anterior, se considera que la aproximación metodológica cualitativa es la más apropiada para lograr un acercamiento a las relaciones sociales y de género, por cuanto se intenta comprender el fenómeno utilizando el propio discurso y accionar de los sujetos de estudio, develando por medio de esos elementos, posibles explicaciones que induzcan a respuestas. Pero es importante señalar que no solo se consideran los elementos “objetivos” en términos empíricos, también surgen los aspectos no visibles que dicen relación con leer entre líneas de lo observado y escuchado. Y aquí es donde la investigación se remite a la interpretación de la persona que desarrolla el estudio, lo que posibilita y promueve la metodología cualitativa. La descripción del fenómeno aparece dada por los propios actores sociales, son ellos los que hablan de la realidad que construyen, donde la información que se obtiene se orienta a descubrir el sentido y significado de las acciones sociales a través del comportamiento, del cómo y qué dicen.

Pero será una co construcción, donde todos los elementos se canalizan en la persona que desarrolla la investigación, la que no se encuentra exenta de prejuicios y valoraciones personales que se han plasmado dependiendo de la historia de vida. Se intentará dejar de lado esos prejuicios y valoraciones que pueden tergiversar los elementos que se recopilen, para ser un canal donde el protagonismo lo ejercen otras personas, las que establecen la relación que se pretende estudiar. Sin embargo, es importante tener en cuenta que la objetividad total e inmaculada no existe, y es por eso que se plantea la co construcción.

I. SUJETOS DE ESTUDIO

La investigación se sitúa en la comuna de Peñalolén, específicamente en torno al Centro de Salud Carol Urzúa. Se ha elegido el consultorio ubicado en esta comuna por los antecedentes de amplia participación comunitaria en salud que tiene el sector, donde algunas organizaciones podrían estar realizando una labor pro activa, impulsando ideas y soluciones que favorezcan a la comunidad. Debido a otros acercamientos investigativos, se conocen las acciones de algunas agrupaciones comunitarias en el tema de la salud, que funcionan alrededor del Centro de Salud Carol Urzúa. Sin embargo, la relación que ellos han establecido con el equipo médico y la manera en que éste ha reaccionado a dichas acciones, se desconocía antes de este estudio.

Emplazado en el sector de Peñalolén Alto, este centro atiende mayoritariamente a personas pertenecientes a un nivel socioeconómico más bien bajo, aunque en la comuna existe diversidad en la calidad de vida de la población. En un momento inicial de la investigación se consideró la posibilidad de comparar el trato que el equipo de salud tendría con los distintos tipos de usuarios/ as por esta heterogeneidad en la población que habita cerca del Centro de Salud. Sin embargo, la observación directa permitió descartar esa posibilidad porque no hubo ningún caso de esas características. La población que se atiende en el establecimiento es de un nivel socio económico bastante homogéneo, pese a estar ubicado cerca de las villas, los condominios y las poblaciones.

Los sujetos que contribuyeron al estudio fueron personas integrantes de las organizaciones comunitarias que trabajan en salud y que habitan en la comuna de Peñalolén, por cuanto eran beneficiarias de las prestaciones que se entregan en el consultorio Carol Urzúa. Interesaban de sobremanera aquellas organizaciones vinculadas al Centro de Salud que hubieran trabajado de manera permanente, a lo menos un año, junto a él. Para conocer las organizaciones de este tipo, se realizó un catastro, donde se seleccionaron seis agrupaciones con el fin de acotar el estudio y profundizarlo en esas organizaciones comunitarias. El principal criterio de

selección fue el origen comunitario de las organizaciones y el trabajo realizado en salud, donde primó la autonomía de los grupos. Así es como se focalizó la investigación en siete líderes comunitarias (os), dos de ellos pertenecientes a una misma agrupación.

Los sujetos de estudio también estuvieron conformados por los miembros del equipo de salud del consultorio, es decir, el personal que atiende a los y las usuarios/ as y que trabaja en el Centro de Salud Carol Urzúa. Se buscó heterogeneidad entre este sub grupo, entrevistando a la secretaria de la dirección, al kinesiólogo, a una matrona, a una asistente social, a una médica chilena, a una médica ecuatoriana y a la directora del establecimiento que era matrona. Una vez que hubo cambio de director, fue preciso entrevistar también al nuevo director, que era médico.

II. TÉCNICAS DE PRODUCCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Las técnicas que se utilizaron en la presente investigación fueron la observación directa y la entrevista semi estructurada. Estas dos técnicas constituyeron líneas de trabajo complementarias que apuntaron a lograr los objetivos propuestos.

a. Observación directa

Esta técnica se realiza por los investigadores cada vez que entran en contacto con algún fenómeno social a estudiar, sin embargo no siempre se utiliza para recabar información. Para satisfacer este fin y para que sea considerada como una técnica que sea capaz de recoger la información requerida, es necesario que vaya acompañada de una pauta con los principales elementos que interesan de ser observados para los fines de la investigación. En este sentido, los autores García Ferrando y San Martín postulan que la observación como técnica de las ciencias sociales es sistemática y estructurada, “se refiere a la observación y registro, de acuerdo con procedimientos explícitos, de comportamientos y acciones sociales previamente especificados. Tanto la observación en sí como el registro de los hechos observados deben adaptarse a unas reglas de procedimiento que al

seguirlas, permitan el uso de la lógica de la inferencia científica y satisfagan los principios de intrasubjetividad, intersubjetividad y de validez de la observación científica.” (García Ferrando y San Martín, 1993: 119)

Esta técnica se utilizó en la primera fase de la investigación. Durante el mes inicial de la investigación hubo un acercamiento diario al establecimiento donde fue posible percibir la dinámica de ese lugar y el comportamiento de los actores involucrados, tanto del equipo de salud como de la población usuaria del establecimiento. En todas las horas en que se permaneció en el establecimiento fue posible realizar una aproximación de la experiencia que significa atenderse en un centro de estas características, percibiendo prolongados tiempos de espera, dificultades de espacio y en algunas ocasiones problemas de trato y quejas de los/as usuarios/as. Pese a que al formular el estudio se pensó realizar observación en reuniones formales entre las organizaciones comunitarias y el equipo de salud, mientras duró la investigación en terreno no fue posible acceder a los contados encuentros que sostuvo el equipo de salud con la comunidad, por lo tanto no pudo haber una observación orientada a estas instancias.

Esta técnica fue fundamental para captar el modo en que se relacionó la comunidad con el equipo de salud, el trato que se otorgaron mutuamente así como los comportamientos y actitudes que resultaron claves para complementar la información que se obtuvo a nivel de discurso.

b. Entrevista Semi Estructurada

Esta técnica surge como una conversación guiada por las temáticas que determine el investigador. Tiene la ventaja de la flexibilidad, donde existe una gran apertura para las respuestas del entrevistado. La entrevista semi estructurada pone el énfasis en rescatar el discurso del sujeto en torno al tema de estudio, además de dar cuenta de su experiencia personal, puede exponer una visión más general derivada de su situación social. En este sentido, el resultado que se genera es un relato único que puede ser analizado en términos de su significado, vale decir, desde los elementos que subyacen lo expresado. Entonces es cuando surge como una técnica

con una potencia tremenda para este tipo de metodología por cuanto enriquece la información cualitativa: donde se puede extraer un discurso y a la vez el significado que ese discurso pueda tener en un nivel más amplio de significaciones colectivas.

Para estudiar una relación es fundamental observar a los sujetos en cuestión, pero igualmente trascendente resulta ser el hecho de conocer los discursos que se tiene al respecto. Así es como se pretende entrevistar con esta técnica tanto a las personas que conforman las organizaciones comunitarias como a los miembros del equipo de salud. La entrevista semi estructurada permite que se genere un diálogo fluido entre el entrevistado y la persona que investiga, donde, si bien la conversación es guiada, se recorren varios temas que se generan a partir del discurso del entrevistado. Es decir, si bien existe una pauta, la entrevista puede girar y tocar otros temas no contemplados inicialmente pero que van surgiendo y que incluso pueden cambiar el curso de la investigación.

Cuadro resumen de entrevistas realizadas:

NOMBRE	NUMERO
Equipo de Salud	8
Organizaciones Comunitarias	6
TOTAL ENTREVISTAS	14
TOTAL ENTREVISTADOS	15

Como lo muestra el cuadro, de las 14 entrevistas ocho corresponden al equipo de salud y seis a las personas integrantes de las organizaciones comunitarias. El número inicial de entrevistas al equipo era menor, pero por las situaciones encontradas en terreno se consideró importante incluir la visión de una médica chilena y de una extranjera –dada la problemática entre profesionales chilenos y extranjeros que hay en Atención Primaria a nivel nacional- . Como ya fue señalado,

también se consideraron los discursos de las dos personas que dirigieron el establecimiento en el transcurso de la investigación en terreno.

En el caso de las personas integrantes de las organizaciones comunitarias, inicialmente se pensó en un mayor número. Por el ajuste producido en el número de entrevistas del equipo de salud, hubo que priorizar por seis entrevistas para cubrir las organizaciones estipuladas en un comienzo. Una de esas entrevistas fue realizada a dos líderes de una misma organización, obteniendo un total de 15 sujetos de estudio.

III. FASES DE RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN

Previo a la primera fase de investigación, hubo que tener un acercamiento con la dirección del establecimiento a través del Departamento de Salud Comunal, puesto que la directora del Centro exigía una aprobación de su superiora. Luego de ese trámite, se realizó la etapa de observación, que fue acompañada de la técnica de observación directa. Para esta etapa, se contempló un mes intenso de observaciones diarias, sobre el movimiento cotidiano que existía en el consultorio, centrandó la atención en el trato del equipo de salud hacia la población usuaria y en la relación que se estableció entre la comunidad y el equipo. También fue posible observar el modo en que interactuaban entre si los distintos funcionarios del establecimiento.

En un momento paralelo con la finalización de esta etapa surgió la segunda instancia de la investigación: se comienzan a establecer los contactos con las organizaciones comunitarias y los distintos profesionales que trabajan en el Centro de Salud, con la modalidad de conversaciones informales.

Cuando ya se establecieron los contactos suficientes, se procedió a la realización de la tercera etapa: la recolección de los discursos, por medio de las entrevistas que se llevaron a cabo. Esta fase fue bastante complicada principalmente por la escasa disposición que hubo de parte de los/as profesionales del equipo para que se

realizara la entrevista. Aunque se les dio facilidades, no quisieron realizarla fuera del establecimiento ni de su horario de trabajo, por lo que hubo que acomodarse a sus agendas diarias. En varias ocasiones esto significó un reacomodo en la cita concertada por la demanda que había por ese/a profesional. Sólo la médica chilena concedió a realizar la conversación fuera de su horario.

Una vez que se recolectó la información necesaria, se procedió a la cuarta fase de análisis, a partir de categorías y variables extraídas del marco teórico del presente estudio, es decir, analizando de qué manera están presentes los patrones de género en la relación entre las organizaciones comunitarias y el equipo de salud. Para estos efectos se elaboraron fichas para las entrevistas realizadas, a partir de las principales variables pre definidas y encontradas a lo largo de la investigación, para analizar cada una de las entrevistas por separado. Luego, se efectuó un análisis transversal para determinar los puntos en común y los matices encontrados, producto del problema planteado.

Por último se procedió a la elaboración de la memoria, es decir, el informe final con el que concluye la investigación. Esta fase tardó bastante más tiempo que el presupuestado.

Considerando los problemas que surgieron en el transcurso de la investigación, el cronograma planteado inicialmente, que contemplaba siete meses, no fue posible de llevar a cabo, entre otros motivos, por las dificultades de horario, las disposiciones de las personas entrevistadas y los reacomodos que sufrió la investigación.

IV. EXPERIENCIA EN EL TRABAJO DE CAMPO

La entrada al trabajo en terreno no fue fácil. En primer término hubo que pasar por la aprobación del Departamento de Salud Municipal para que la directora del establecimiento permitiera la presencia en la primera fase del estudio, que era de observación. Esta experiencia fue muy provechosa para los fines propuestos, pues permitió interiorizarnos un poco en la cultura del sector, y en las relaciones que se generan entre el equipo de salud y la comunidad. También pudimos acompañar en su espera a las y los usuarios del Centro, percibir las dificultades que tenían para ser atendidos y las deficiencias de infraestructura que muchas veces dificultaba su libre tránsito por el establecimiento.

Durante la fase de recolección de los discursos, a través de entrevistas semi estructuradas, se produjo una mejor relación con las y los líderes de las organizaciones comunitarias que con el equipo de salud entrevistado. Con las personas pertenecientes a la comunidad la recepción fue cálida y amable, no así con los profesionales. A excepción de la secretaria, en un primer momento fue agobiador conseguir las entrevistas. Hubo varios rechazos de personas que finalmente no quisieron realizar la conversación con grabadora. Se detectó un poco de temor también, que puede haber sido un impedimento, no se sabe bien a qué, pero si hubo aprensiones de parte de las personas al enterarse que la entrevista debía ser grabada para obtener mejores resultados. Tal vez puede haber habido un recelo por entregar opiniones personales que probablemente no iban en la línea de la directora saliente, ya que todos los rechazos se produjeron cuando ella aún estaba a la cabeza del Centro de Salud. Pese a ello, se logró hablar con cada uno de los funcionarios, luego de reprogramaciones varias y de bastante tiempo transcurrido.

5 ANALISIS

I. CONTEXTUALIZACIÓN

El Centro de Salud Carol Urzúa queda ubicado en la comuna de Peñalolén, en el sector de Peñalolén Alto. Este sector es particularmente heterogéneo dentro de la comuna, encontrándose distintos tipos de poblaciones que surgieron a mediados del siglo pasado como parcelas cuando la zona aún no se encontraba urbanizada. En este sector también co existen los condominios que se han ido construyendo desde hace algunos años y que tienen la característica de ser enrejados y custodiados por guardias. Por último se encuentra la “comunidad ecológica”, un condominio denominado de este modo porque sus habitantes suponen preservar el entorno, viviendo en armonía con él, pero de igual modo se encuentra auto segregada del resto de la comuna y custodiada por un guardia a la entrada del recinto. En este sentido, es posible observar en este sector de la comuna un grado de heterogeneidad representado en habitantes pertenecientes a distintos tipos de nivel socio económico: en las poblaciones habitan mayoritariamente personas de escasos recursos, mientras que los condominios representan una mejor situación socio económica.

El establecimiento de salud se encuentra en la principal avenida de este sector, en la avenida Grecia con Consistorial, justo en la parte baja del terreno que ocupa la Municipalidad, entre las poblaciones por un lado, y los condominios por otro. A pesar de su ubicación, el Centro de Salud atiende mayoritariamente población de escasos recursos que habita en los diferentes barrios que se despliegan de Avenida Grecia hacia el norte. Durante el período en que se realizó observación directa, fueron no más de dos los casos en que se logró reconocer a personas que podrían haber pertenecido a otro nivel socio económico que no fuera el de los y las usuarias mayoritarias del establecimiento.

Pese a estar construido para 30.000 personas, el Centro de Salud atiende en la actualidad a más de 50.000, teniendo una infraestructura que no responde bien al número cada vez más elevado de personas que se atienden en él. Cuenta con dos plantas (primer y segundo piso) que tienen la forma de un cuadrado. En este espacio se sitúan 4 alas que no están interconectadas. En el caso de las alas del segundo piso es necesario bajar para pasar al otro lado, dificultando el acceso expedito. Para subir y bajar hay 2 escaleras, una en cada extremo, donde no es muy fácil transitar cuando se produce acumulación de personas, muchas de las cuales portan coches para transportar bebés. Se hace referencia a este punto porque mientras se desarrolló la observación directa la cantidad de mujeres (sobre todo adolescentes) que iban al Centro de Salud con bebé y coche era bastante. Más de una vez se producía atochamiento en la escalera por un coche a medio camino, porque resulta dificultoso maniobrar con él en un espacio tan reducido.

Otro elemento que no es muy agradable para la población usuaria del establecimiento son las salas de espera. Es decir, si bien existen éstas, la población tiende a concentrarse en los pasillos en los que desembocan los box de consulta, habiendo escasas sillas en ellos. Esto sucede porque los profesionales llaman a las personas que tienen hora a la salida de sus box, por lo tanto existe una alta posibilidad de no escuchar el llamado si se sientan en la sala de espera, perdiendo su hora. De cualquier modo, las salas de espera no están acondicionadas para recibir a la gran cantidad de personas que espera atención considerando las horas de más afluencia (entre las 8 de la mañana y las 12 del día).

La población que se encuentra en el territorio del Centro de Salud está dividida en 5 sectores, lo que responde al Modelo de Salud Familiar. El principio que está tras la Sectorización es que se formen equipos de cabecera con distintos profesionales, un equipo para cada sector que conozca a fondo los factores biopsicosociales de la población que tiene a su cargo y que por lo tanto pueda realizar su trabajo con un mayor conocimiento del entorno y de las familias que ahí habitan.

Espacialmente, al interior del establecimiento, también hay una división por sectores. A la entrada hay un mesón donde está ubicado el Servicio de Orientación Médica y Estadística, lo que se conoce como SOME. Aquí es donde se debe dirigir la población que ingresa al Centro para retirar su ficha clínica, por lo tanto se atiende a la población de los 5 sectores. A continuación del mesón se encuentra la Oficina de Información, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones (OIRS), que también está ubicada en un mesón pero bastante más pequeño. Hacia la derecha del hall de entrada y perpendicular a éste, se extiende un pasillo donde funcionan 2 de los sectores, con su respectivo mesón y box de atención. Hacia la izquierda, contiguo a la entrada, se extiende un hall más pequeño donde hay una sala de espera para la farmacia y entrega de exámenes. Detrás de la sala de espera se encuentra la dirección del establecimiento, con la secretaría. Y a continuación de la sala de espera se extiende un pasillo de las mismas características que el otro, donde se encuentra un sector con su respectivo mesón, que finaliza en la toma de exámenes.

En un ala del segundo piso se concentran dos sectores más, con el box de atención de la psicóloga, mientras que la otra parte del segundo piso se encuentra destinada para la atención dental de toda la población. Por último, por fuera y a un costado de la entrada al establecimiento se encuentra ubicada la ventanilla donde se entrega leche.

El establecimiento no es pequeño, pero no tiene un buen modelo arquitectónico que facilite su tránsito expedito, y tampoco resulta muy amigable, siendo oscuro, frío y teniendo sub utilización de espacios.

II. DEL EQUIPO DE SALUD

En el consultorio trabajan 126 personas, entre las que se cuentan médicos, matronas, nutricionistas, enfermeras, asistentes sociales, psicólogas, dentistas, técnicos paramédicos, auxiliares, administrativos y un kinesiólogo. A excepción del kinesiólogo, el equipo de cabecera está compuesto a lo menos por una persona de

cada profesión. Como el kinesiólogo es uno solo, está destinado a atender a la población en general. Dentro del equipo de salud, la mayoría de los médicos tiene origen extranjero, las nacionalidades más recurrentes son la ecuatoriana y la peruana. Lo anterior no es exclusivo de este Centro de Salud, sino más bien responde a una tendencia a nivel país, como también lo es el alto porcentaje de mujeres funcionarias de salud. De los 2.394 médicos contratados en Atención Primaria, 843 son de origen extranjero (es decir, un 35%), donde prevalece mayoritariamente la nacionalidad ecuatoriana. En tanto, 126 médicos chilenos que ejercen en este nivel han sido formados en el extranjero. Con respecto a las personas que ejercen Atención Primaria a nivel nacional, los datos muestran que existe un 71,1% de mujeres trabajando en el sector (18.802), mientras que los funcionarios hombres corresponden a un 28,9% (7.625)⁷.

En general se puede observar una relación cordial entre las personas chilenas y las extranjeras, porque aunque se percibe cierta seguridad en el ambiente de la salud con respecto a que los médicos chilenos son mejores profesionales, también es cierto que muy pocos son los que desarrollan una carrera en atención primaria, prefiriendo áreas de especialización en el sector público o volcarse al mundo privado donde se aseguran un buen pasar. En este sentido, se reconoce desde el equipo de salud que los profesionales extranjeros han llegado para ocupar un vacío dejado por los chilenos.

Durante la mayor parte de la investigación se encontraba una matrona de directora del consultorio, sin embargo con el cambio de Alcalde, se produjo una modificación a nivel directivo. Esto significó que asumiera un nuevo director, médico, que reorganizó al equipo de salud y al establecimiento en general. Si bien existía una relación empobrecida con la comunidad, donde había vínculos esporádicos con organizaciones pero no una instancia formal, con la nueva dirección esta relación comenzó a tomar mayor relevancia. Incluso hubo un gran avance para lograr constituir el Consejo Consultivo de Usuarios de manera permanente.

⁷ Datos provenientes de informes elaborados por la División de Gestión y Desarrollo de las Personas, Subsecretaría de Redes, Ministerio de Salud.

Existen algunos profesionales que trabajan más vinculados a la comunidad, como las asistentes sociales, que se llevan la mayor parte del peso del trabajo comunitario. Pero también se han ido sumando las psicólogas, matronas y kinesiólogo. Cada uno de estos profesionales cuenta con a lo menos una organización comunitaria que trabaja ligada al área del o de la profesional. Es así como las matronas han constituido grupos de mujeres en su período climatérico para apoyarse mutuamente, el kinesiólogo tiene algunas monitoras de la comunidad que le ayudan con los ejercicios básicos, las psicólogas han organizado a las mujeres que sufren de violencia y han colaborado en el Club Rehabilitador de Alcohólicos, y las asistentes sociales acompañan al resto de los grupos comunitarios que no necesariamente surgen por iniciativa de un profesional. Los profesionales médicos son los que están menos vinculados a las organizaciones comunitarias, aun cuando el Modelo de Salud Familiar propicia el mayor conocimiento de todos los profesionales del equipo de cabecera hacia el sector al cual pertenecen.

III. DE LAS ORGANIZACIONES COMUNITARIAS

Vinculadas al Centro de Salud se encuentran algunas pocas organizaciones comunitarias que no son Juntas de Vecinos, es decir, organizaciones que surgieron espontáneamente y que no tienen necesariamente un carácter territorial, sino más bien funcional. Existen algunas que se han formado a partir de la iniciativa de alguna persona perteneciente al equipo de salud, y que por lo tanto se encuentran más ligadas al quehacer del establecimiento. Otras, son organizaciones funcionales que surgen por distintas inquietudes como una manera de satisfacer la necesidad de compartir y llenar los tiempos de ocio, y que van derivando hacia tareas orientadas a la salud. Por otra parte, se encuentran las Juntas de Vecinos. Algunas de ellas han realizado un trabajo activo porque se han tomado en serio la labor de fiscalizar y contribuir al mejor desarrollo del consultorio, siendo un canal entre la comunidad y el equipo de salud.

Resulta muy difícil realizar un catastro acerca de las organizaciones comunitarias que se encuentran ligadas al Centro de Salud, porque el equipo, fundamentalmente las asistentes sociales que son las que trabajan con la comunidad, no ha tenido una visión muy clara al respecto y porque entre las mismas organizaciones no se conocen. No obstante, al parecer, esta dinámica habría cambiado a fines del 2005 por la manera de trabajar del nuevo director. Por otra parte, el nuevo Modelo de Atención⁸ busca re orientar la atención hacia un modelo de salud familiar con énfasis en lo promocional y preventivo. Es así como los Centros de Salud deben tender a convertirse en Centros de Salud Familiar en el corto plazo, para lo que reciben distintos tipos de incentivo desde el nivel central (Ministerio de Salud). En este contexto, el trabajo comunitario adquiere mayor fuerza y relevancia, no solo para implementar las políticas promocionales sino para acercar la gestión del establecimiento a la comunidad. Por tanto, las instancias formales como Consejos Consultivos de Usuarios o Consejos de Desarrollo son indispensables, así como también el hecho de poder interlocutar con una comunidad organizada.

Durante los últimos meses del año 2005 el director realizó varias reuniones convocando a todas las organizaciones que hubieran tenido alguna relación con el consultorio, y en cada una de esas reuniones la asistencia fue muy alta, superando todas las expectativas. A partir de esas reuniones, se acordó conformar un Consejo Consultivo que ayudara al equipo de salud en su gestión.

En su gran mayoría, las organizaciones comunitarias ligadas al Centro de Salud están compuestas por mujeres. Existen un par de organizaciones funcionales lideradas por hombres y algunas Juntas de Vecinos. Sin embargo, quien encabezó la constitución del Consejo asesor del consultorio fue un hombre, que fue elegido democráticamente. Ahondaremos en este aspecto más adelante.

La mayoría de las organizaciones comunitarias compuestas exclusivamente por mujeres realizan labores de cuidado y mantención de la salud. En algunos casos

⁸ Modelo Integral de Atención en Salud: Ministerio de Salud, 2005.

estas organizaciones se preocupan de asistir a personas postradas a domicilio, realizando una labor que debiera considerar el consultorio pero que muchas veces pasa inadvertida. Es el caso de “Clicaur”, un grupo que comenzó a funcionar al alero de la matrona conglomerando a mujeres “climatéricas”, tal como ellas se denominan. Cuando las organizaciones son clubes de adulta mayor, como el “Club del adulto mayor diabético e hipertenso de Santa Teresita” donde asisten sólo mujeres, su trabajo se orienta más hacia la realización de actividades manuales, donde ocasionalmente desarrollan campañas de difusión para fomentar estilos de vida saludable. Este tipo de grupos también participan en instancias de coordinación con otros clubes de adulto mayor.

Como ya se ha señalado, algunas Juntas de Vecinos han sido más proactivas en la relación con el equipo de salud, participando en proyectos para difundir estilos de vida saludable y mejorar las condiciones alimenticias de las personas. Este tipo de trabajo pretende que la comunidad se haga responsable de su salud y colabore en la prevención de enfermedades que son muy dañinas y que pueden ser prevenidas modificando ciertas conductas y controlándose a tiempo. Esta labor ha propiciado que las juntas de vecinos se transformen en interlocutores válidos entre el equipo de salud y la comunidad.

Dentro del conjunto de organizaciones comunitarias vinculadas al establecimiento, también se encuentra un grupo de gimnasia con 4 monitoras, que buscan ayudar a la población con sus dolencias musculares, a través de talleres de gimnasia y de la promoción. Este grupo surgió por la iniciativa de una kinesióloga para difundir algunos conocimientos básicos en la población, y como una manera de tener un apoyo capacitado para replicar a la comunidad los ejercicios que se entregaban en la consulta.

Otra organización que surgió por iniciativa de profesionales del equipo de salud es el grupo “AMA”, que significa Agrupación de Mujeres por el Auxilio. Este grupo está destinado a ayudar a las mujeres víctimas de violencia con apoyo emocional y asesoría legal, además de transmitirle a la población los riesgos de la violencia y la

manera en que se puede prevenir. De cierto modo, se busca generar un control y ser portavoces de aquellas personas que se encuentran desamparadas por este problema social.

Existe un “Club Rehabilitador de Alcohólicos Anónimos”, que ha realizado una labor de acompañamiento para aquellas personas que deciden dejar de beber, apoyando esa decisión y haciéndola más llevadera. Las personas que se encuentran en esta condición son en su gran mayoría hombres. Pero en el grupo también participa un número importante de mujeres, que son las esposas de los hombres en rehabilitación, y un par de mujeres que se unieron al grupo para compartir. Como es un tema social y familiar, aquí se propicia la incorporación de las parejas como una manera de mejorar el entorno familiar. Esta agrupación se encuentra trabajando para generar una red de clubes rehabilitadores que trabajan vinculados a los distintos centros de salud pública.

También existen organizaciones de otro tipo, que tienen distintos intereses y que se relacionan sólo de manera esporádica con el Centro de Salud, como el “Club de Leones”, “Peñalolén Tango Club”, “Piedra que Lloro” o “Luceros del Atardecer”. Estos grupos no tienen un trabajo permanente en salud, aún cuando pertenecen al territorio adscrito al establecimiento.

Por último se encuentran las monitoras de salud, mujeres de la comunidad que ejercen distintas labores asistenciales al interior del consultorio, como entregar los exámenes o colaborar en la atención al público. Estas personas no constituyen una organización comunitaria porque trabajan de manera voluntaria en labores administrativas, es decir, es mano de obra gratuita.

Entre las organizaciones comunitarias no existe mucha relación. De las personas entrevistadas, solo unas pocas manifiestan conocer a otra organización que no esté en su mismo ámbito de acción, por lo tanto no existe una relación fluida ni vínculos permanentes. Este hecho puede haber ocurrido por una falencia desde el consultorio sobre una política hacia la comunidad organizada o porque no había

interés de parte de las organizaciones comunitarias por conocerse e intercambiar experiencias. Lo cierto es que solo desde hace un tiempo existe mayor noción acerca del resto de las organizaciones que existen en el entorno, y tal vez, de acuerdo a lo que pudimos observar, puede haber una inquietud por aunar esfuerzos y compartir experiencias. No obstante, sin duda llama la atención el escaso conocimiento que existe entre unas organizaciones y otras, lo que genera un ambiente de aislamiento y puede estar dificultando la relación entre equipo de salud y organizaciones comunitarias e interfiriendo en la percepción del equipo hacia las organizaciones.

IV. CÓMO SE VEN Y RELACIONAN

En general no existe una mala visión acerca del otro, pero si hay un distanciamiento que se siente al momento de preguntar acerca del tema.

a) Desde las organizaciones comunitarias

Las personas entrevistadas pertenecientes a las organizaciones comunitarias tienen una buena evaluación del equipo de salud, sólo en algunas ocasiones manifestaron problemas de trato, pero son casos puntuales que no empañan la noción que se tiene del personal. Sin embargo, al momento de ahondar un poco en este aspecto surge un sentimiento de abandono que manifiestan hacia el resto del equipo. Si bien las organizaciones se relacionan generalmente con las asistentes sociales, sienten que los demás profesionales del equipo de salud las ha dejado de lado y no han cumplido con las visitas prometidas ni el asesoramiento esperado.

Otro aspecto que llama la atención es que al momento de evaluar a la antigua directora, solo un grupo liderado por hombres, el Club Rehabilitador de Alcohólicos, realiza un buen balance de su acercamiento hacia ellos. Los otros grupos que la conocen no opinan lo mismo. Señalan que se reunió con ellas solo un par de veces y dejó muchas promesas incumplidas, que frustraron la esperanza de

las organizaciones comunitarias de ser escuchadas. Pese a que no califican su gestión como participativa, reconocen que hubo en un comienzo un intento de parte de la directora por hacer reuniones sistemáticas, que quedaron sin efecto, empantanando las ilusiones que se hiciera la comunidad. Por este motivo, se recibió con cierto escepticismo el anuncio de convocatoria que realizó el equipo de salud tras la asunción del nuevo director. A pesar de que el director ya llevaba dos reuniones realizadas con la comunidad, se pudo percibir cierta incredulidad de parte de algunas representantes de organizaciones comunitarias con respecto al estrechamiento de vínculos que proponía el director.

Al momento de evaluar la gestión del actual director, existe cautela entre los entrevistados ya que aún se estaban acomodando los roles y las funciones (al momento de realizar las últimas entrevistas) tanto al interior del establecimiento como hacia la comunidad. No obstante, hubo un par de personas entrevistadas de la comunidad que tenían una visión más optimista desde que comenzó a funcionar la nueva administración. Con respecto a los profesionales, algunos se sentían aún incómodos con este reacomodo.

Sin embargo, se nota una diferencia entre la gestión anterior y la actual. Existe más cordialidad de los funcionarios del establecimiento hacia la comunidad y un mejor acercamiento de parte del director, que se expresa en una mayor preocupación por conocer la opinión de la comunidad organizada, y de considerarla. Por lo menos esa es la sensación que existe entre los y las líderes de los grupos organizados. Pese a esto, los médicos siguen pareciendo distantes y poco abordables para las organizaciones comunitarias. Es como si no se hubiera integrado a su quehacer el trabajo con la comunidad, o tal vez se rehúsan a trabajar de esta manera. Pero este tema que es bastante complejo será profundizado más adelante.

Dado que la mayoría de los médicos y médicas son extranjeras –de la totalidad solo dos son chilenas-, al momento de la consulta todas las personas entrevistadas, sean del equipo de salud o de la comunidad, concuerdan en que no existe ningún problema en que trabajen aquí estas personas. Incluso para la comunidad habría

un mayor acercamiento con los médicos que no son chilenos porque son más cálidos y amables, existe la noción de un mejor trato de parte de ellos. Para Javier Alegría *“Lo que tienen estos médicos es que son bueno que le hacen preguntas a uno, y los médicos chilenos no hacen esas preguntas, sino que atender, atender y que venga otro, o sea pescar el billete, como les pagan por consulta. Y estos no poh, atienden bien, le preguntan, atienden mejor que el chileno, como que es más sobrado el chileno. Somos así poh, es verdad, si es verdad.”* A los profesionales chilenos (médicos) los ven más lejanos y menos cordiales.

Por lo tanto para las personas entrevistadas resulta mucho mejor el trato de los médicos extranjeros, los que son mejor considerados. Como el resto de los profesionales no tiene pares extranjeros, no tienen un punto de comparación tan concreto como lo tienen los médicos. Pese a esto, Lidia Malfato, dirigente del Club del Adulto Mayor diabético e hipertenso de Sta. Teresita, manifiesta que en general los empleados del establecimiento no están capacitados para atender al adulto mayor. Ella considera que hay un problema de mal trato que atraviesa a todo el equipo de salud. *“el trato de los empleados para el adulto mayor, no está capacitado para el adulto mayor. El adulto mayor es más lento, es sordo, es ciego, si le preguntan (al personal de salud) dos o tres veces se molestan.”* Como organización le hicieron saber al alcalde su diagnóstico, esperando que se hiciera algo al respecto. Para ella, en los trabajadores de la salud no existiría empatía, probablemente por falta de conocimiento acerca de la población porque encuentra que los equipos de cabecera debieran salir más a terreno, conocer mejor a la población que tienen a su cargo.

Como señalábamos anteriormente, las mujeres entrevistadas de la comunidad fueron bastante más críticas al momento de describir la relación con la anterior directora. Para ellas hubo un vínculo escaso entre el equipo de salud y las organizaciones a las que pertenecen propiciado por el poco reconocimiento que les otorgó la directora. En este sentido, no se estableció un lazo permanente porque consideran que la directora no les otorgó la suficiente importancia como interlocutores válidos.

Para el Club Rehabilitador de Alcohólicos el diagnóstico es diferente. No manifiestan haber tenido problemas con la anterior directora e incluso están contentos con su gestión y el apoyo que recibieron de parte de ella. Aquí surge un elemento a considerar en relación al problema de estudio. Si bien es un caso, existe una diferencia entre la percepción que tiene un líder masculino y varias líderes femeninas en relación al vínculo establecido con la autoridad del consultorio. No se está buscando generalizar a partir de esta sola experiencia, pero resulta curioso que se produzcan estas diferencias de percepción en organizaciones comunitarias de similares características que tienen líderes del sexo opuesto.

b) Desde el equipo de salud

Lo anterior adquiere relevancia al momento de analizar la visión que tienen los y las profesionales hacia los grupos comunitarios. En cuanto a la problemática planteada entre personal extranjero y chileno la misma secretaria confirma la calidez de los extranjeros al señalar que tiene mejor relación con ellos que con las escasas médicas chilenas. Sin embargo, según las dos médicas entrevistadas, existen algunas divergencias. En el caso de la chilena, que trabaja 22 horas a la semana en el establecimiento, y que está asignada a un sector, las personas que la van a ver se sorprenden gratamente cuando se dan cuenta que ella es chilena. Lo que ella ha logrado percibir es que a las personas de la comunidad les gusta menos atenderse con profesionales extranjeros.

La médica extranjera es ecuatoriana, tampoco trabaja jornada completa en el establecimiento. No se encuentra asignada a ningún sector porque está contratada sólo para morbilidad (consultas médicas generales) como una manera de suplir la demanda que no se alcanza a atender por el Modelo de salud familiar. A ella le ha resultado tremendamente difícil ejercer su profesión en Chile por las descalificaciones y prejuicios de los que ha sido parte, tanto de la comunidad como de los equipos de salud que le han tocado. Estas experiencias han sido parte de su

vida laboral desde que llegó a Chile y en varios consultorios en los cuales ha trabajado.

Otro punto a destacar en las percepciones del personal hacia la comunidad se refiere a la labor que cumplen los grupos. En la mayoría de las personas entrevistadas existe la idea que las organizaciones comunitarias son importantes porque le prestan ayuda al equipo de salud, son necesarias en tanto cumplen esa función.

Para el director del establecimiento la salud es una responsabilidad compartida, el equipo de salud es quien debiera entregarle herramientas técnicas a la comunidad, pero es ella finalmente la responsable. Por lo tanto existe la idea que la función de la población es promover su propia salud. En el caso de la médica extranjera, existe una visión parecida, el reconocimiento de las organizaciones estaría determinado por cuánto pueden ayudar a prevenir las enfermedades de la población y, de este modo, contribuir a la descongestión de la demanda. En varias entrevistas se hace mención a la importancia de canalizar la información hacia las organizaciones. Por tanto, esta sería otra función de la comunidad organizada.

La matrona entrevistada es la única en afirmar de manera explícita algo que se pueda asociar a control social: *“La ventaja es que ellos pueden ser representantes de su comunidad y al ser representantes de su comunidad nos pueden informar acerca de las cosas, de sus necesidades, de nuestras debilidades, de nuestras fortalezas (...) también podrían hacerse más partícipes de nuestras políticas de salud para poder cumplir las metas, que en el fondo son para ellos, no son algo personal nuestro.”* (Entrevista a María Pía Montaner)

Sin embargo, para la asistente social que ha estado en mayor contacto con la población resultaría difícil lograr un trabajo que permita plantearse frente a estrategias de salud de manera crítica, sin caer en problemas concretos y puntuales como el hecho que no le dieron hora tal día: *“Lo que siento es que es como difícil*

trabajar con organizaciones porque o son demandantes o bien no se organizan bien con respecto a algunos temas.” (Entrevista a Claudia Canuilao)

Una vez que se ha descrito el discurso que existe, es posible plantear que en general hay una visión asistencialista hacia las organizaciones comunitarias, donde por el momento se ha subordinado la labor que ellas realizan a la funcionalidad que les determine el sistema institucionalizado de salud. Pero es rescatable que una de las personas entrevistadas del equipo de salud haya considerado roles más protagónicos para la comunidad. No obstante, se debe tener presente el alto porcentaje de mujeres que participan en las organizaciones comunitarias, que muchas veces replican los roles que realizan en sus casas y a los que están acostumbradas, de servicio hacia las demás personas. Pareciera ser que este hecho determina fuertemente el concepto que se tenga acerca de las organizaciones.

V. LA PROBLEMÁTICA DE LOS MÉDICOS

De acuerdo a los discursos analizados, a la observación realizada y a un acercamiento laboral en torno al tema, este punto surgió con mucha fuerza a lo largo de la investigación. Los médicos chilenos no están siendo bien percibidos por la población, habiendo claras preferencias hacia sus pares extranjeros. Por otro lado, los discursos también arrojan la ausencia de los médicos en el trabajo comunitario y la falta de humanización en su atención: *“Yo he dicho que hay gente que tiene que tener convicción para que trabaje en salud, que no solamente por un sueldo que le paguen y cumplir un horario al pie de la letra, uno tiene que tener una vocación para servir sobre todo en la salud y también se lo hice ver a un doctor que ellos hicieron un juramento para salvar vidas, para atender a, que no sea todo monetario, que llegó la hora y usted fue y porque llegó tres minutos atrasados el caballero no lo atendió, entonces hay que tener un poco más de conciencia y a veces la persona viene del trabajo, pide permiso, pierde su tiempo, más encima no la atienden, entonces tenemos que ser más consecuentes en medir*

las necesidades de las personas, y que somos personas, no somos objetos, que nos traten como personas en primer lugar, porque si ellos tratan bien a la gente, al público, le van a dar, no se poh que la gente sea respetuosa, educarla a la vez, porque tu como tratas te van a tratar, si tu tratas mal te van a dar garabatos por aquí, por allá, yo siempre he dicho. Uno tiene que saber temprar todas las convicciones que haga en la vida, y ser no se poh, metódico, hay mucha gente que no sabe expresarse y hay que darse el tiempo de escuchar, y eso es lo que no hace.” (Entrevista a Marcelino Parra)

¿Pero por qué ocurre este hecho? Probablemente el tema pasa por falta de formación comunitaria ya que el resto de los profesionales del equipo de salud cuenta con una mayor cercanía al tema desde el punto de vista de la formación. En el caso de la carrera de medicina existiría muy poca ingerencia del tema comunitario en la malla curricular, básicamente porque habría una tendencia a la especialización. Por este motivo, tampoco existiría mucho interés por desarrollar un mejor vínculo con la Atención Primaria, que se menospreciaría por su “sencillez” en comparación a las especializaciones a las que están acostumbrados los médicos, y a las que aspirarían. Si se comparan las cifras desagregadas por sexo de personal contratado en los Servicios de Salud y Hospitales versus la Atención Primaria, se aprecia que mientras en el primer caso los hombres alcanzan un 32,4% (23.629), en el segundo caso corresponden a un 28,9% del personal contratado. Aunque existen puntos de diferencia, esto demuestra que la brecha entre hombres y mujeres se acorta a medida que se incrementa en el nivel de especialización.

Sin embargo, si sólo se consideran los profesionales contratados por la “ley médica”⁹ y la 15.076¹⁰, la balanza se incrementa hacia los funcionarios hombres, 64% (7.216) versus 36% de mujeres contratadas (4.090), lo que constituye un cambio radical en relación a la tendencia que existe analizando el total de funcionarios que trabaja en el sector salud. Es necesario tener en cuenta que los

⁹ 19.664

¹⁰ Donde se incluyen los médicos-cirujanos, farmacéuticos o químicos-farmacéuticos, bioquímicos y cirujanos dentistas.

profesionales que son contratados por estas leyes fundamentalmente se desempeñan en los hospitales, porque la Atención Primaria cuenta con una ley propia, lo que será explicado más adelante. Por otra parte, el total de personas contratadas por ambas leyes son 11.306, mientras que la dotación total de funcionarios de salud (tomando en cuenta Atención Primaria, Servicios y Hospitales) alcanza las 99.431 personas. Aquí, las mujeres representan el 68,6% del total, con 68.177 funcionarias¹¹.

Analizando los datos, es posible inferir que para los hombres sería más atractivo trabajar en los hospitales, porque significa un mayor nivel de especialidad. Pero la Atención Primaria cada vez se vuelve más compleja debido a los nuevos requerimientos que trae consigo el Modelo Integral de Atención en Salud, con intervenciones familiares y trabajo coordinado entre los distintos profesionales, entre otras cosas.

Sin embargo, desde el punto de vista de los médicos, pareciera ser que existen bastantes prejuicios para ejercer en la Atención Primaria. El sistema también los desincentiva por los bajos salarios que reciben estos médicos en comparación con aquellos que optan por trabajar en lugares donde se necesite mayor especialidad. *“Vamos quedando como dos médicos chilenos creo, bueno esa es una situación laboral, es un problema de... trabajo para un médico chileno es difícil en un policlínico, hay que tener mucho aguante y mucha paciencia y si tu quieres surgir, claro, tienes que partir por un policlínico, pero después tienes que dejarlo rápidamente porque los sueldos son malos (...) las mujeres aguantan más, si es cierto po’, el hombre tiene poca paciencia y el trabajo es difícil en un policlínico, en todos los niveles, yo lo siento así (...) en los hospitales existen como más hombres en general, por lo menos cuando yo estaba, ahora no se. Yo veía más hombres en mi época, o sea había puros hombres en realidad, para serte honesta, director de hospital, nunca vi mujeres, una vez en alguna parte vi mujeres a cargo*

¹¹ Primer informe trimestral de Dotación, 2006. División de Gestión y Desarrollo de las Personas, Subsecretaría de Redes, Ministerio de Salud.

de Servicios (clínicos), por algún tiempo, pero escasas en esa época.” (Entrevista a Diana Peteri)

Por todos estos factores, y tal vez por otros más, se puede haber producido una suerte de desencantamiento entre los pocos médicos chilenos que ejercen en la Atención Primaria, porque tal como lo señala la entrevistada hay muchos más médicos extranjeros trabajando en esta área a nivel nacional.

Lo anterior afecta las relaciones entre el equipo de salud y también con las personas de la comunidad. Pese a que los y las entrevistadas señalan no tener problemas con este punto, ciertamente hay una incomodidad que se percibe y que se manifiesta cada vez que se comete un error en algún diagnóstico o tratamiento, “*pero si es extranjero*”¹² sería lo que comentarían los pocos pares chilenos que trabajan en el consultorio. Xenofobia o no, desde la llegada del nuevo director se han comenzado a auditar los procedimientos sanitarios dentro del establecimiento, habiéndose detectado, según él mismo nos comenta, deficiencias serias en lo técnico de parte de los médicos extranjeros.

Pareciera ser que efectivamente la gran cantidad de médicos extranjeros que ha ingresado al país para trabajar en estos últimos años, no ha sido acreditada según las normas, o no existen normas adecuadas que rijan para todos los extranjeros por igual. Es lo que ocurre con los países que han suscrito el Convenio Andrés Bello: Bolivia, Colombia, Ecuador, España, Panamá, Perú, Venezuela y Chile, que tienen un marco de regulación diferente que el resto de los extranjeros que llegan al país.

Por otra parte, a nuestro juicio da la impresión que los errores de profesionales extranjeros reciben una mayor sanción social de parte de sus pares que los errores que puedan cometer los médicos chilenos. Y es que, pese a que nuestro discurso es otro, pareciera ser que somos una sociedad con un componente importante de xenofobia. En varias oportunidades el colegio médico ha repudiado la contratación

¹² Entrevista a Jeannette Araya, equipo de salud.

de profesionales extranjeros en el sector público, pero ¿qué hacen ellos por cambiar esta situación? ¿Cuáles son las transformaciones que proponen en la formación para que se incentive a los estudiantes de medicina a elegir una carrera en la Atención Primaria?

Lo cierto es que los médicos chilenos en su mayoría no están optando por trabajar en este nivel de atención. No es que los extranjeros les “robaron el cupo” a los chilenos, los médicos extranjeros habrían llegado a suplir las falencias de este recurso humano en el nivel primario de atención. Por lo tanto este es un tema del cual es necesario hacerse cargo, no sólo en el Ministerio de Salud sino también en el Colegio Médico y en las Universidades que imparten la carrera de medicina. Y nos referimos a visualizar el problema para buscar la mejor manera de resolverlo sin que esto signifique echar a los médicos extranjeros que han sido de gran ayuda hasta el momento. Se trata más bien de hacerse cargo como sector de la enorme brecha que existe entre las aspiraciones con las que salen los médicos recién graduados y la realidad de empleabilidad que existe. Los médicos no debieran perder de vista que en su carrera necesariamente se interactúa con personas, que su objetivo es mejorar la calidad de vida, y que la mayor cantidad de la población se atiende en el sistema público, elementos que debiera considerar el Estado. *“En la farmacia tu sabes que no se les entiende a los médicos, llegan y le escriben en su sobre pero no tienen la amabilidad de decirle, mire, este remedio se lo tiene que tomar todos los días o esto cada tres días, o esto media pastilla. No, ellos no están para eso según ellos.”* (Entrevista a Lidia Malfato)

Ante este panorama da la impresión que hay aspectos que están pensando más que la vocación social al momento de optar por la carrera de medicina. Es curioso que este punto, central en un país como el nuestro, se difumine tanto en el discurso como en la acción. ¿En qué minuto las personas pasaron a transformarse en presas, o en objetos, o en pacientes? Son interrogantes que no es posible responderlas en esta investigación, pero merecen nuestra preocupación e interés no sólo porque es un tema del cual debiera hacerse cargo el sistema de salud, sino también en tanto nos ayuda a contextualizar el problema del estudio.

Otro punto que es importante resaltar es la gran cantidad de mujeres que trabajan en el establecimiento, lo que se repite a nivel nacional. Y en la Atención Primaria, esa cifra aumenta porque los hombres históricamente han buscado especializarse en el mundo de la salud, lo que supuestamente no sería concordante con seguir una carrera en el nivel primario de atención. De este modo, en niveles mayores de especialidad la cantidad de mujeres y hombres trabajadores se revierte. Para Diana Peteri, la médica chilena entrevistada, esta diferencia radica en que las mujeres están dispuestas a trabajar por menos, porque en atención primaria los salarios son más bajos. Y para ella este también sería el motivo por el cual los médicos extranjeros abundan en este nivel.

Pero el hecho que haya mayoría de mujeres trabajando en el consultorio no explica el trato diferente que supuestamente existe entre líderes masculinos y femeninos. El tema requiere un análisis más detallado que permita considerar algunos supuestos. Por una parte, desde que la medicina se profesionalizó pasó a formar parte exclusivamente del mundo masculino, de los que podían estudiar en ese tiempo en la universidad una carrera de esas características. Tal como se analizó en el marco teórico, surgió como una profesión superior al resto, porque fue la primera y porque todo el sistema de salud se moldeó teniendo como centro al médico. Sin embargo, tal como se profundiza en el marco teórico, en el mundo popular la medicina o la facultad de sanación ha estado asociada a las mujeres, que siguen ejerciendo los roles de cuidado hasta nuestros días.

Aunque desde hace algunas décadas la profesionalización se abrió para ambos sexos por igual, sigue predominando un enfoque masculino-médico- céntrico en el mundo de la salud porque la carrera nació con esa carga valórica, que fue institucionalizándose y permeando incluso los sectores populares. Los médicos habrían pasado a ser “diostores”, tal como se auto denominan algunos de ellos irónicamente, para hacer referencia a la supremacía que quieren mantener por sobre el resto del equipo de salud e incluso por sobre la población.

Este término además hace referencia al modo en que son percibidos por la sociedad y por ellos mismos, como únicos depositarios de la verdad absoluta. Y es que, aunque sean ayudados por los demás profesionales, o inclusive sean éstos los principales protagonistas de muchos procedimientos, sigue existiendo la necesidad de contar con el visto bueno del médico en términos legales y de normas. Es así como el equipo de salud, tanto profesionales y no profesionales, ha quedado subordinado a los médicos o médicas, generándose una cultura altamente jerárquica. Los “diostores”, por tanto, han construido su identidad en torno a la divinidad con la que se embisten, como dioses de la salud, lo que se manifiesta en la cantidad de privilegios, en términos legales –elemento que será analizado más adelante- y reconocimiento social que tienen, muy superior al resto de las profesiones. Esto puede provocar muchas veces abuso de poder hacia el resto del equipo y hacia la comunidad, comprobando las citas donde se hace referencia a este punto y las investigaciones periodísticas que han abordado este tema.¹³

Según este supuesto, el equipo de salud habría adquirido esa dinámica, independiente ya del porcentaje de trabajadores masculinos y femeninos, y la replicaría hacia la población que atiende. Y es que existen conductas que están arraigadas en determinadas culturas, como la de subordinación que se vive en el mundo institucionalizado de la salud.

Por otra parte, en un ambiente altamente jerarquizado como es el sector salud, al interior del equipo se generan diferencias significativas entre los que son y los que no son médicos. Así es como existirían trabajadores de primera y segunda categoría que incluso cuentan con regulaciones y leyes distintas. Los médicos por ejemplo no tienen la obligación de marcar tarjeta, como lo hacen los demás profesionales, y pueden optar a contratos de 11, 22, 33 o 44 horas semanales porque están bajo la

¹³ Específicamente se hace referencia al programa “Informe Especial”, emitido por Televisión Nacional de Chile el 5 de julio de 2006. En el programa se realizaba una denuncia al Hospital Regional de Coyhaique, Aysén, sobre la cantidad de mortinatos (feto que muere durante el nacimiento o en las últimas etapas del embarazo) ocurridos en un tiempo determinado. Aquí se acusa de negligencia y mal trato al equipo de salud, particularmente al obstetra y a las matronas.

denominada “Ley Médica”¹⁴ que agrupa a los siguientes profesionales: médicos-cirujanos, farmacéuticos o químicos-farmacéuticos, bioquímicos y cirujanos dentistas.

Por otra parte, el resto de los trabajadores de Atención Primaria están sujetos a otra ley, la Ley N° 19.378, que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal. Los trabajadores de cualquier otro nivel, están sujetos a la Ley N° 18834, del Estatuto Administrativo, que rige a todos los funcionarios públicos, estableciendo una escala única de administrativos, técnicos y profesionales.

Todas estas diferencias pueden haber generado resentimientos al interior del equipo de salud porque valorizan las distintas profesiones y trabajadores en una escala decreciente. Como este sistema jerarquizado está tan inserto en los patrones culturales que permean las relaciones del equipo de salud, todas estas discordancias con el modelo se reprimirían, transformándose en mal trato hacia la población usuaria. Por supuesto que en este proceso también operan las condiciones laborales, que no son óptimas, y los bajos sueldos que se pagan en el sector público.

Todos estos fenómenos generan una relación de poder que se da entre el equipo de salud y la comunidad, representada en las organizaciones comunitarias. Se produce entonces una lucha entre el saber oficial, resguardado por los que ostentan la verdad absoluta, y las organizaciones comunitarias que trabajan en salud, amparadas en los saberes populares y la experiencia.

¹⁴ Ley N° 19.664

VI. LA RELACIÓN IDEAL VISTA POR AMBOS ACTORES

a) Desde las organizaciones comunitarias

Ahora, veamos qué opinan los representantes de las organizaciones comunitarias respecto a la relación ideal que les gustaría tener con el equipo de salud. En algunos casos piden reconocimiento, que todo el equipo esté al tanto del aporte que realizan estas organizaciones. Les gustaría que fueran más a terreno, que se mezclaran más con su realidad local, que les ayudaran con charlas, apoyo en su gestión, en fin, que hubiera mayor fluidez en la información y mayor cooperación. Como señala Patricia Millán: *“que fuéramos tomadas en cuenta en el consultorio (...) Siento que damos mucho y no recibimos nada, para el consultorio, porque lo que le damos a la gente nosotros lo hacemos con alegría y eso no tenemos problema, no tengo nada que decir de eso, pero del consultorio no me siento.”* Existe entonces de parte de ellos una añoranza para ser parte de un compromiso conjunto.

Pero no sólo está esa solicitud, sino también la de manifestarle al equipo sus necesidades. El trabajo en terreno es para conocer la realidad pero también para que todas las personas puedan manifestar sus opiniones, para transparentar la relación entre la comunidad y el equipo de salud. Nadie manifiesta de manera explícita la idea de participar en la toma de decisiones pero si se quiere contribuir a una mejor gestión del establecimiento a través de proposiciones y mejoras que salgan de la comunidad. Como dice Gladis Barra: *“participación no en lo que se decide porque eso tienen sus autoridades pero proponer ideas, eso sí poh’, porque es lo mismo que aquí en la casa venga la vecina a decir que hago yo en mi casa, entonces yo encuentro, hay una directora, hay un grupo administrativo, uno le puede proporcionar ideas porque uno está más en el entorno que ellos.”* Es decir, la idea es que se valore desde el equipo de salud la experiencia y el saber que tienen las personas de la comunidad con respecto a ciertos temas que pueden contribuir a un mejor funcionamiento del consultorio, o de la relación que pueda tener con la comunidad. Llama la atención que perciba como una intromisión el

hecho de participar en las decisiones, es como si no tuviera nada que hacer frente a lo que le entrega el consultorio.

b) Desde el equipo de salud

Desde el punto de vista del equipo de salud, existen distintas visiones con respecto a lo que se considera una relación ideal con la comunidad. En los casos más conservadores, se limitan a reforzar la labor promocional que tendría que hacer la comunidad, “manteniendo compensados a los pacientes”, tal como lo señaló Mercedes Colombo, la médica ecuatoriana. Mientras que la labor de los profesionales sería la de realizar charlas para que los líderes pudieran difundir la información y ayudar educando a la población. Para la médica chilena, la comunidad podría contribuir al consultorio en distintas labores voluntarias como embellecer el establecimiento, ordenar el flujo de personas que transitan por él entregándole información a los usuarios, etc. Es decir, su ideal es utilizar el recurso humano que significan las organizaciones comunitarias para –de manera gratuita– entregarle un beneficio hacia los propios usuarios, y de paso descongestionar al equipo de consultas de este tipo, sin que eso signifique un aporte sustancial.

Para Claudia Canuilao, la asistente social, la clave está en que la población tuviera claridad respecto a un conjunto de temas en los que pueden aportar, por ejemplo, conocer su población, o retener la información que se le entrega, porque ella manifiesta que muchas veces tiene que empezar todo de nuevo porque no hay un buen nivel de información de los usuarios o a lo mejor ni siquiera hay interés de parte de ellos por aprender. Este tema es complejo porque puede haber un agotamiento de parte de ella hacia ciertas personas de la comunidad que efectivamente reaccionan de esa manera, piden muchas cosas pero no son capaces de comprometerse con lo mínimo para sustentar una buena relación, o a lo mejor su apatía se debe a su falta de educación, de estímulos o a las escasas oportunidades que le ha dado la sociedad para desarrollar sus capacidades. De cualquier modo, existen líderes comunitarios que están dispuestos a aprovechar las oportunidades que se les dan, y no se debe encasillar a toda la población por el

comportamiento que puedan tener algunas personas. En síntesis, aunque la asistente social cree que la comunidad puede ser un aporte para el equipo de salud, no se produce una autocrítica donde pueda plantearse que ambas partes contribuyan a una relación ideal.

Si bien la secretaria entrevistada manifiesta no estar al tanto del trabajo con la comunidad, cree que debe haber una mayor coordinación e información interna con respecto a la labor que realizan las organizaciones comunitarias. En tanto, la ex directora plantea que mientras exista respeto de ambas partes la relación siempre va a ser buena y puede ser fluida al intercambiar opiniones con respecto a las necesidades y problemas detectados. Es decir, deja una puerta abierta al diálogo, pero no fue capaz de formalizar eso durante su gestión.

El kinesiólogo plantea que la única forma de generar una mejor relación entre la comunidad y el equipo de salud es a través de la generación de líderes, que sean capaces de interlocutar y de sostener una relación fluida con los equipos de cada sector. A ellos, en tanto, les cabe la responsabilidad de capacitarlos y de legitimarlos para fomentar a los líderes y a la relación de cooperación que se generaría.

Los discursos menos conservadores son aquellos que logran ir un poco más allá, planteando un panorama más acabado del asunto. Para la matrona, lo ideal es que hubiese alguna instancia permanente, como el Consejo Consultivo o Consejo de Desarrollo, que trabajara permanentemente con la comunidad y que fuera el nexo formal y legitimado por el equipo de salud. Pero por otro lado señala que debieran haber quizá más profesionales del área de las ciencias sociales, como psicólogas, antropólogas, sociólogas, que trabajaran con la comunidad, es decir, que apoyaran el trabajo que realizan las asistentes sociales. El director, en tanto, plantea que *“lo ideal es que ambas instituciones estén convencidas que el trabajo mutuo es el que nos va a sacar de esta situación y que realmente tiene posibilidades. Y que debe ser una relación permanente y continua (...) el equipo de salud solo no va a dar cuenta de los problemas de la comunidad ni tampoco los va a lograr conocer*

realmente, muchas veces la gente de atención primaria no sabe lo que la gente quiere de salud. Entonces creo que de esta relación tiene que salir una mejor atención primaria.”

De este modo, se puede apreciar una diferencia con respecto al resto de los discursos ya que se plantea una relación de complementariedad y cooperación entre ambas partes. Ya no responde a la lógica de una parte sirviendo a la otra, o de aceptar esta cooperación en tanto se dan ciertas condiciones. Se reconoce que hoy no funciona así la relación pero se plantea otro tipo de relación, y ahí es donde está la clave. Preocupante sin duda resulta el discurso de la matrona que responsabiliza de la relación a profesionales del área social, desligando del tema a los profesionales que mayoritariamente trabajan en los centros de salud, los que pertenecen al área sanitaria. Otro problema en su discurso, a nuestro juicio, es la diferenciación de género que establece: está hablando de profesionales del área social que son mujeres. Desconocemos cuál es la razón que tuvo para hacer esa diferenciación, pero si podemos interpretarla. Tradicionalmente las disciplinas sociales han estado asociadas a una menor rigurosidad que las carreras relacionadas con lo biológico-científico, trabajando con una visión positivista, donde se buscan certezas y verdades. Esta teoría plantea que existe una realidad independiente del observador, se postula entonces conocer LA VERDAD.

A través del desarrollo que han tenido las disciplinas sociales, han surgido diversas teorías que relativizan la realidad, planteando construcciones de acuerdo a la cultura y a la interferencia del observador, quien construye la realidad que observa. Y se ha optado por explicitar las subjetividades.

Mientras las disciplinas científico-biológicas han crecido en un mundo “masculino” –nos referimos a la visión masculina que existe en nuestra sociedad-, las de origen social se han desarrollado con una mayor influencia filosófica moderna, que ha estado acompañada de una aproximación más “femenina”. Es decir, el positivismo como paradigma nació bajo el alero de protagonistas masculinos que le impregnaron el pensamiento predominante en esa época. Junto con este hecho, se

habrían desarrollado en gran medida las carreras científico-biológicas como las del área de la salud. Por otra parte, las disciplinas sociales tienen una historia más reciente, y si bien nacieron bajo el alero del paradigma positivista, surgieron varias corrientes teóricas que le hicieron contrapeso.

Esta misma condición puede haber producido que las mujeres comenzaran a acercarse con mayor facilidad hacia estos temas, ya sea por inquietudes de género o porque la sociedad fue más permisiva en este aspecto. De cualquier modo, las carreras sociales habrían estado más abiertas a recibir a mujeres que las disciplinas científico-biológicas. Dentro de la sociedad se creó una asimilación entre las ciencias sociales “más blandas” y la visión femenina, y las ciencias científico-biológicas “más duras” y el mundo masculino. Resultaría “natural” esta asimilación considerando las características femeninas y las masculinas. En el caso de las carreras de enfermera y matrona, que pertenecen al ámbito sanitario, existiría una diferencia, ya que aún cuando tienen un enfoque más bien positivista, las características de las disciplinas estarían siendo más acorde con las destrezas asociadas históricamente a las mujeres, como el rol del cuidado hacia los demás, y la asistencia en el parto, como apoyo y compañía.

Teniendo en consideración lo anterior, no extrañaría que para la matrona quienes debieran hacerse cargo de la relación con la comunidad sean profesionales del área social, de preferencia mujeres.

Curioso resulta que justamente ella tenga uno de los discursos con mayor énfasis en el control social, y que considere a las organizaciones sociales, que en su gran mayoría están compuestas por mujeres, como entes protagonistas para contribuir al mejoramiento en la gestión. Distinto es, por cierto, lo que ella deja hacer en torno al tema, que no dista mucho de lo que el resto del equipo de salud hace respecto a las organizaciones comunitarias.

VII. PATRONES DE GÉNERO Y RELACIONES DE PODER

Ahora bien, dentro de las personas entrevistadas de la comunidad se encontraban dos hombres y 4 mujeres. Uno de los hombres es el líder del Club Rehabilitador de Alcohólicos y el otro es líder de una Junta de Vecinos, que justamente estaba protagonizando la creación del Consejo Consultivo de Usuarios. Para los y las líderes entrevistadas tampoco existe una visión muy clara respecto de lo que pueden aportar en su relación con el equipo de salud. En la mayoría de los casos se encuentran los elementos para colaborar con la gestión del establecimiento, pero ese discurso se confunde con labores más asistenciales y promocionales, como lo que ocurre con Gladys Barra (Clicaur); Javier Alegría; Teresa Tolosa (Club Rehabilitador de Alcohólicos Anónimos); Patricia Millán (Grupo de gimnasia) y Gladys González (Ama). Sin embargo, dentro de este subgrupo también podemos encontrar diferencias. Para los participantes del Club Rehabilitador, el elemento central que motiva toda su organización es promocional. Ellos ven su participación como terapéutica, ahí encuentran personas que están en su misma condición y se apoyan mutuamente en la necesidad de conseguir la tan anhelada abstinencia. Aún cuando se encuentran estructurando una red de Clubes Rehabilitadores para potenciarse con otras organizaciones de similares características, no se imaginan pudiendo colaborar en la gestión del establecimiento que los vio nacer.

Patricia Millán también percibe su quehacer como un elemento necesario para mejorar su calidad de vida, pero existe la intención de abrir ese beneficio a más personas. Ella siente que su recompensa está determinada en gran medida por el cuidado y mantención de la salud en la población que asiste a sus talleres de gimnasia. *“Yo hago lo que me gusta hacer y lo hago con cariño y salgo a la calle para estar mejor y ayudar a mi familia en el sentido de saber cosas, te fijas? Pero no tengo otro interés. Y si me lo valoran, que rico, y si no, que pena.”* (Entrevista Patricia Millán) Este punto que menciona Patricia es otro en el que concuerdan varias de las entrevistadas, el escaso apoyo recibido por el personal del establecimiento, considerando que realizan labores orientadas a la asistencialidad

y/o promoción. En este sentido, sólo se sienten apoyadas por las asistentes sociales, que las visitan de vez en cuando.

Tanto para Gladys Barra como para Gladys González, el concepto de organizarse es central en las relaciones que se generan con cualquier institución, por tanto su labor, más que de prevención o asistencial, está centrada en enfrentarse a otro y colaborar, contribuir con su organización -y esa relación- al desarrollo de la institución. En el caso de Gladys González, siente que como organización no están entregando todo lo que podrían, en el apoyo que debieran hacer hacia las personas que sufren violencia, y que aún no están en la agrupación, pero también en relación al equipo de salud. Le gustaría que las tomaran más en cuenta, que participaran entregando su opinión.

Lidia Malfato, perteneciente al Club del Adulto Mayor Diabéticos e Hipertensos Sta. Teresita, es quien ha sido más crítica hacia el equipo de salud, por considerar que hay un mal trato institucionalizado hacia los adultos mayores, producto tal vez de la falta de capacitación. Por otra parte, de su discurso se puede desprender una crítica respecto al reconocimiento que han tenido hasta ahora las organizaciones porque plantea que el equipo de salud se debiera nutrir de la realidad comunal, que se puede percibir sobre todo en las organizaciones. De este modo, las agrupaciones podrían retroalimentar en diversos temas al equipo de salud al hacerle presente los problemas que tiene la comunidad.

Marcelino Parra, que es presidente de la Junta de Vecinos de su sector, es el único de los entrevistados que ha participado de manera directa en la creación de una instancia formal de participación entre la comunidad y el equipo de salud: *“venimos siendo los que van a velar por el consultorio, dentro de todas las organizaciones que hay, vendríamos a ser como el que se va a fiscalizar si se llega a la meta.”* (Entrevista Marcelino Parra) En este sentido, él ha sido el único que ha vinculado explícitamente la labor de las organizaciones comunitarias con el control social. Se siente reconocido desde el equipo de salud porque piensa que es una persona responsable, que se ha tomado en serio su trabajo comunitario porque ha

cumplido sus obligaciones, por lo que espera lo mismo de parte del director y del equipo. Además, por su cercanía con el equipo de salud, piensa que ha podido canalizar los reclamos o sugerencias que realizan las personas que no tienen contacto con el equipo.

Como podemos ver, existen diferencias entre los discursos de los miembros de las organizaciones comunitarias que fueron entrevistadas. Resulta curioso que la única persona que tiene claridad absoluta respecto al rol que le cabe como representante de una organización social frente al equipo de salud, es un hombre. Aunque hay algunas mujeres que vislumbran la importancia de contribuir en la toma de decisiones, no han tenido la oportunidad de desarrollar más esa idea. Por otra parte, cuando asumió el director del establecimiento se intensificó la constitución de un Consejo Consultivo de Usuarios, o Consejo de Desarrollo, instancia formal de participación cuya principal tarea es de control social sobre la gestión. Y es ahí donde Marcelino Parra comienza a participar cada vez más hasta quedar como uno de los representantes “oficiales” de la comunidad para interlocutar con el equipo de salud. Coincidencia o no, da la casualidad que este representante es un hombre, y no una de las tantas mujeres que participan en las organizaciones comunitarias que existen. No pretendemos prejuiciar este hecho, ni cuestionar las capacidades que pueda tener Marcelino, simplemente se plantean estos elementos para preguntarnos acerca de este fenómeno; de las razones que impulsaron a Marcelino a participar más activamente que algunas de las entrevistadas, y de las razones que pudo haber tenido el equipo para respaldarlo a él y no a otra persona, que pudiera haber sido una mujer.

Está claro que nuestras elucubraciones no dejan de ser sólo eso, pero lo que pretendemos cuestionar y escudriñar son los patrones que hay tras este hecho. Puede ser automarginación de las propias líderes femeninas, puede que no existan líderes con el peso suficiente de Marcelino, o puede haber sido una preferencia desde el equipo de salud. De cualquier modo, lo que podría estar imperando es la falta de credibilidad que provocan las líderes femeninas en nuestra sociedad. Cierto es que nos encontramos en un momento privilegiado de nuestra historia como para

afirmar esto: por primera vez en Chile vivimos bajo el mandato de una mujer presidenta. ¿Pero acaso eso significa que no existan más inequidades en temas de género? ¿Resultaría posible que el hecho de haber elegido una mujer para guiar al país por los próximos cuatro años sea tan determinante como para provocar una transformación cultural de esas características? Creemos que sin duda representa un hito y una enorme posibilidad para avanzar en ese sentido, avance que tendrá el esplendor de sus repercusiones en algunos años más. Pero no consideramos, bajo ninguna circunstancia, que exista tranquilidad respecto a la labor cumplida.

En este estudio se postula que existen ciertas condiciones que determinan la subordinación de las organizaciones comunitarias que trabajan en salud y que están directamente relacionadas con la gran cantidad de mujeres que desempeña esa labor, por tanto, pese al escenario en el que nos encontramos hoy, estas desigualdades de género siguen existiendo.

¿Pero por qué persiste esta diferencia? Creemos que lo acontecido en el país está permeando cada vez más la sociedad, pero en algunas capas sólo a nivel de discurso. Tal como la discriminación o la xenofobia –no olvidemos que esta desigualdad es una manera de discriminar- sería políticamente correcto ser sensible al tema de género. Si bien es cierto el hecho de que exista el tema a nivel de discurso provoca su instalación en el consciente colectivo, en el sub consciente, que es donde se encuentran los patrones culturales –entre ellos los de género- aún hay una perpetuación del pensamiento tradicional hegemónicamente masculino, donde se da una menor valoración a lo femenino.

También es cierto que el primer paso para modificar los patrones de género es instalar el tema en el consciente colectivo, cuestión que estaría medianamente avanzada. No olvidemos que vivimos en una sociedad con enormes diferencias internas, donde existe un porcentaje mínimo de la población que goza de los privilegios de una educación de calidad y de mayor acceso a la información, mientras la mayoría de chilenos y chilenas se mantiene al margen de este “progreso”. Es decir, aunque existan muchas mujeres que hoy circulan por la esfera

pública, y aunque el tema de género ha permeado el discurso colectivo, sigue habiendo demasiada población que se encuentra al margen de este proceso social, o al menos que lo vive con un retraso significativo. Y nos referimos a la población de menor ingreso, lo que se traduce en menos educación, menos oportunidades y menos posibilidad de acceder a la información. En ese sentido, el grupo que estamos analizando ahora responde a esas características.

¿Pero por qué resulta del mismo modo con el equipo de salud, personas que han tenido educación superior y que tienen una carrera profesional? Porque, como se ha señalado antes, el equipo de salud se encuentra fuertemente influenciado por la cultura jerárquica y hegemónicamente masculina del sector. Por otra parte, estamos hablando de un equipo que prácticamente no cuenta con renovación etarea -por llamarlo de alguna manera- es decir, la gran mayoría de las personas ejercen hace bastantes años, lo que dificulta la renovación de conductas, relaciones laborales y cultura organizacional.

El equipo entonces está acostumbrado a actuar bajo los mismos patrones que como siempre lo ha hecho, desde que comenzaron a trabajar juntos, sin que medien los hechos antes descritos, que estarían provocando un cambio en ciertos sectores de nuestra sociedad, principalmente en las generaciones más jóvenes. Por este motivo, se perpetúa una relación de poder entre el equipo de salud y la comunidad, representada en su gran mayoría por mujeres. Esta relación de poder se ve ligeramente perturbada con la aparición de fuertes líderes comunitarios que están dispuestos a plantearse de igual a igual frente al equipo. Pero da la casualidad que uno de los protagonistas de esta situación es un hombre.

¿Significa que hay una mayor consideración hacia Marcelino por el hecho que sea hombre? No podemos responder de manera tajante a esa pregunta, sólo señalar que se percibió un avance en su discurso respecto al empoderamiento, y que esto puede estar propiciando una mayor valoración por parte del equipo de salud. Por otra parte, Marcelino pertenece a una Junta de Vecinos, organización que sin duda cuenta con mayor formalidad y reconocimiento dentro de nuestra sociedad. En este

sentido, es una institución avalada, no como las organizaciones que surgen espontáneamente en la comunidad, lo que puede estar contribuyendo a la valoración que realiza el equipo de salud hacia este dirigente. Indudablemente, son muchos los factores que pueden estar incidiendo en el problema planteado, y no es de resorte nuestro resolver este dilema. Lo que nos convoca es intentar determinar si existe una subordinación hacia las organizaciones comunitarias por el hecho que sean prácticamente sólo mujeres las interlocutoras del equipo de salud.

Ahora bien, casi finalizando el trabajo en terreno de esta investigación, pudimos constatar que esa subordinación estaba cambiando por el protagonismo de una figura masculina en la comunidad: la figura de Marcelino Parra. Lo curioso es que hasta ese minuto él no representaba al resto de las organizaciones y líderes entrevistadas, sino simplemente se había acercado al establecimiento de salud como dirigente de una junta de vecinos del sector. Y fue el equipo de salud, además de su disposición a participar, lo que permitió que se involucrara más en el trabajo comunitario y de mayor colaboración hacia el establecimiento. ¿Será que a los ojos del equipo de salud este personaje fue más visible que uno femenino? Probablemente, la personalidad de Marcelino logra captar mayor atención que otras ¿pero habrá ayudado también el hecho que sea un hombre?

Coincidencia o no, percibimos que junto con la aparición de un líder masculino en la relación entre las organizaciones comunitarias y el equipo de salud, se está generando una nueva forma de trabajar con la comunidad.

Cierto es que como nunca el Ministerio de Salud se ha manifestado en torno a la importancia de la participación de la comunidad, lo que ha quedado explicitado en el nuevo Modelo Integral de Atención en Salud, pero también es cierto que en este documento no aparece especialmente relevada la labor de control social que debiera tener la comunidad a través de sus organizaciones. Tal como se señalaba para describir los patrones de género, la participación comunitaria es un tema que aparece recurrentemente a nivel de discurso, y por tanto está estacionada en el

consciente colectivo. Incluso existen orientaciones presidenciales para trabajar el tema en todos los niveles.

Distinto es que este tema permee la realidad y actúe sobre las conductas de los protagonistas de esta relación. Y para que eso ocurra tanto los equipos de salud como las organizaciones comunitarias debieran estar lo suficientemente maduras para instalar la relación de cooperación mutua de manera independiente de los sujetos que participen. Es decir, si bien hoy día existen algunos avances en este sentido, la idea que se tiene es que estos avances responden a personas específicas y no a una madurez en los actores (organismos, instituciones) que hagan perdurar ese avance en el tiempo, traspasando los sujetos que ahora se relacionan.

La aparición de Marcelino Parra, por tanto, puede provocar un cambio en la manera en que se percibe a la comunidad. Pero este cambio puede estar sustentado únicamente en el nuevo actor, lo que dificulta su traspaso hacia la relación entre los sujetos –entendiendo a las organizaciones comunitarias, por una parte, y al equipo de salud, por la otra parte.

Siguiendo con este planteamiento, es posible re afirmar el supuesto con el que partió nuestro estudio; el trabajo que realizan las organizaciones comunitarias en salud está subvalorado por el equipo de salud, lo que se debe en gran medida al mayoritario porcentaje de mujeres que participan de parte de la comunidad. El trabajo comunitario estaría siendo valorizado en menor medida por ser trabajo femenino, al igual que en nuestra sociedad. Sin embargo, no podemos negar que últimamente, con la Reforma a la Salud, ha existido un cambio en la manera de percibir a las organizaciones comunitarias que trabajan en torno a los establecimientos. En primer lugar, se ha visibilizado –a nivel discursivo- el trabajo que realizan. Junto con esto se les ha traspasado ciertas responsabilidades que dan cuenta de una consideración en cuanto personas. Pero este traspaso supone un nivel básico de información que muchas veces no existe en la comunidad, porque tampoco ha habido un acceso igualitario a la información. No olvidemos que en

sociedades como la nuestra la información es poder, por tanto si se traspasan esos conocimientos básicos, se pierden las instancias de controlar situaciones.

Pese a esto, a la comunidad se le responsabiliza por su salud, visión que supone una mayor participación de parte de los usuarios. Sin embargo, esto no necesariamente significa que ha habido democratización en la información -es decir, un traspaso en los conocimientos básicos que permitan traspasar además la responsabilidad- ni apertura en el nivel de toma de decisiones, que sigue estando concentrado en las cabezas dueñas del saber oficial. La comunidad, femenina y representada en su gran mayoría por mujeres, sigue siendo doblegada por los que ostentan el poder de la información y de las decisiones en salud, aún cuando existe un discurso que avala la apertura hacia la población usuaria.

No hay que negar que ha habido un avance, el tema está instalado en el consciente colectivo y hay una discusión tanto en el poder Ejecutivo como en el Legislativo. En el Ejecutivo porque es prioridad de la Presidenta trabajar el tema de participación, y en el Legislativo porque existe la intención de reponer el proyecto de Ley de Derechos y Deberes de los usuarios, uno de los cinco proyectos que contenía la Reforma a la Salud. Sin embargo, el análisis de género pasa desapercibido, ya sea porque no se visualiza, porque no se considera importante, o porque se piensa que es un problema de mayor envergadura que va a generar sólo resistencias. Resulta claro que la problemática de género es un tema delicado que no deja de ser controversial, y por eso mismo absolutamente trascendental en fenómenos como el que está siendo analizado. Si no se aborda la problemática considerando todas las aristas, las medidas que se lleven a cabo difícilmente podrán provocar un cambio en el enfoque y en las relaciones, propiciando otra manera de concebir los fenómenos, generando una transformación cultural.

6 CONCLUSIONES

Al comenzar esta investigación existían varios supuestos que se fueron desarrollando en el transcurso del Marco Teórico, y que sustentaron desde un primer momento el estudio.

En primer lugar, se plantea que las organizaciones comunitarias tendrían una propuesta de construcción a largo plazo, es decir, su accionar estaría condicionado para lograr una transformación en el sistema. Pese a que es posible desprender de algunos discursos elementos que tienen relación con este supuesto, creemos que las organizaciones no han alcanzado este carácter. Más bien se debe a inquietudes personales, quedando reflejado en el discurso de el y las líderes entrevistadas. Este es el caso de Marcelino Parra, Lidia Malfato y Gladys González, que buscan generar una propuesta de complementariedad en la toma de decisiones con el equipo de salud. Es posible que un mayor desarrollo en el trabajo comunitario provoque la madurez necesaria para que estos elementos se amplíen a la organización. En estos momentos, no existe de manera explícita y clara el desarrollo suficiente de una propuesta proactiva que permita re afirmar el supuesto planteado en un comienzo.

En este mismo sentido se afirmaba que los y las líderes de las organizaciones comunitarias que trabajan en salud no sólo participan para ser considerados en la toma de decisiones, sino también para validar la sabiduría popular. Teniendo en cuenta todas las personas entrevistadas pertenecientes a la comunidad, hubo una que llamó la atención en este punto. Gladys Barra fue la única que había realizado diversos cursos en cuidados de salud, complementándolos con sus conocimientos anteriores. Así, contaba con una basta experiencia que le había permitido acompañar a los enfermos de su comunidad que no podían movilizarse hacia el consultorio. Ella estaba orgullosa de su aporte y lo único que buscaba era un reconocimiento hacia la labor que había desarrollado desde hace tiempo.

Pero Gladys no fue la única que tenía este anhelo, Patricia Millán también demostraba en su discurso un interés por ser valorada en el trabajo que había desarrollado, a partir de las enseñanzas de una trabajadora de salud. Del mismo modo, Gladys González percibía que podía aportar desde su experiencia a otras personas que estuvieran en una situación parecida a la que ella había vivido. De alguna manera la necesidad de ser validadas dentro del sistema oficial de salud es una forma de contribuir con la sabiduría popular, que busca mejorar la calidad de vida de la población.

En este sentido, los motivos para participar descritos por Marisa Weinstein en el Marco Teórico se difuminan en la realidad observada. Si bien algunos se reproducen, las categorías que ella describe se complementan entre sí, respondiendo a lógicas diferentes que no necesariamente dan cuenta de los elementos que considera el discurso de la autora. Más bien las personas tienen el anhelo de ser reconocidas por el sistema, participan por una vocación social, para ayudar a los demás o porque quieren generar cambios pero también, y sobre todo, para ser valoradas en su saber. Y para que ese saber contribuya a beneficiar a la población.

El principal supuesto que sustenta esta investigación, cual es que existe una relación asimétrica entre el equipo de salud y las organizaciones comunitarias por la alta presencia femenina, requiere de un mayor desarrollo y de una contextualización más amplia.

En primer término, es necesario considerar al Modelo Integral de Atención. Si bien este nuevo enfoque ensalza la relación con la comunidad, queriendo “humanizar” la atención, no ahonda –al menos explícitamente- en las transformaciones que debieran ocurrir a nivel de Recursos Humanos. Como señalábamos en su oportunidad, existen cuatro leyes diferentes que rigen a las personas que trabajan en salud, dos de ellas presentan características especiales para cierto tipo de profesionales, entre los que se cuentan los médicos y los cirujanos dentistas, que son parte del equipo de salud permanente en Atención Primaria. Distintas leyes

conlleven también derechos diferentes, de acuerdo a la sobre valoración a la que hacíamos referencia. Si se quiere humanizar la atención es imprescindible horizontalizar la relaciones al interior del equipo de salud. Mientras existan diferencias de esta magnitud, que redundan en personal de primera, segunda, tercera y hasta cuarta categoría, no habrá una transformación que permita romper con la cultura jerárquica y por ende, generar una democratización al interior del equipo de salud. Si no existe un cambio en la valoración que se tiene con respecto a los médicos y a los que no lo son, el equipo de salud difícilmente logrará ser un equipo, que se apoya mutuamente y que necesita del otro para mejorar la salud de la población.

Por otra parte, la manera en que el equipo de salud se percibe a sí mismo, y los patrones culturales que están tras las relaciones interpersonales están guiando a su vez el modo en que el personal de salud se relaciona con la comunidad. Si el equipo de salud es jerárquico, es muy posible que traspase esa jerarquía hacia la comunidad y hacia la relación que establezca con ella. Es decir, si la población percibe que hay sujetos de distintas categorías en el equipo, es muy posible que se internalicen esas distinciones en el subconsciente y operen de la misma manera al relacionarse con ellos. Así es como los médicos han sido relevados a una categoría superior, que ostentan un *poder simbólico*, y son considerados “Diostores” tanto por el equipo de salud como por la comunidad, mientras que el resto de los profesionales tienen una valoración distinta.

Por tanto, si el equipo de salud ha estructurado un sistema jerárquico, donde hay un mal trato institucionalizado producto de las distintas valoraciones y regalías que tienen algunos profesionales sobre el resto del personal, las personas que estén en el escalafón de abajo, se sentirán por sobre los que se encuentran inferiores a ellos y así sucesivamente. Una vez que la cadena continúa su relación hacia la comunidad, la población es la peor considerada y, por tanto, mal tratada. En este sentido, como los médicos son superiores, hacen saber su supremacía hacia el resto de los profesionales pero éstos a su vez se encuentran mejor posicionados que los

técnicos, que están por sobre los administrativos. El sistema jerárquico estaría provocando que los administrativos se sintieran superiores a la comunidad.

Ahora bien, si la valoración está sustentada en el nivel de educación formal que se tiene, se puede entender que el saber institucionalizado es mucho más valorado. En ese sentido, los médicos son los que estudian más años, por lo tanto, son los que estarían en el primer escalafón, en un nivel muy superior al de la población usuaria del establecimiento. Esta jerarquización redundaría en un mal trato porque la comunidad es percibida en un nivel inferior, y por tanto carente de derechos. Sin embargo, el nivel educacional no basta para explicar esta relación asimétrica. Como se explica en el Marco Teórico, se habría instalado en el sector salud un *habitus* que sería inherente a la profesión médica, y que los convertiría en la “clase médica”, gozadora de un *poder simbólico* sobre el resto de la población. Esto genera una interiorización tan profunda de estos códigos, que actúan a nivel subconsciente, y por lo tanto, los patrones de dominación que imperan pasan desapercibidos.

La manera en que el equipo está percibiendo a la comunidad en su trabajo en salud estaría marcado por esta lógica, por lo que no puede idearse como una relación horizontal. Sin embargo, el problema no termina ahí. Como se señalaba anteriormente, el sector salud, además de ser jerárquico ha sido masculinizado ya que su centro: el médico, comenzó en un ambiente masculino. Sin embargo, la comunidad que trabaja en salud, es decir las organizaciones comunitarias, en su gran mayoría están constituidas por mujeres. Son ellas las que ostentan en los roles establecidos el cuidado por la salud y la preocupación por el otro, por tanto al equipo de salud no le resulta sorprendente relacionarse con mujeres. Pero esta relación está dada de manera desigual también porque está marcada por los dos ámbitos que separan nuestra cultura: lo femenino y lo masculino, entregándose una valoración diferente al equipo de salud, como representante del saber oficial y del ámbito masculino. Aquí también impera una *violencia simbólica*, porque la dominación histórica que ha marcado la relación entre ambos géneros irradia los espacios que se homologan a lo femenino y masculino, por lo que el mundo masculino lo es en tanto genera una *violencia simbólica* hacia la otra mitad

femenina, que arrastra, inevitablemente, una inferioridad que se siente y se plasma.

Y aquí surge otro tema que se explicitó al comienzo de la investigación: la discriminación de la que son sujeto las mujeres pobladoras que trabajan en salud, incrementada por el hecho de ser mujeres que tienen escasa visibilidad y reconocimiento. Es decir, pertenecen a un sector deprimido de la población en términos económicos y de acceso a bienes y servicios, entonces no tienen las mismas oportunidades que los sectores más favorecidos de la sociedad chilena. Habitan poblaciones que se encuentran segregadas espacialmente y que están cargadas de prejuicios, que constituyen estigmas. Y además, como agentes comunitarios que trabajan en salud, no tienen el debido reconocimiento por el aporte que realizan al sistema oficial. La comunidad, por tanto es percibida en nivel inferior no sólo porque no ostenta el saber oficial, sino también porque representa la parte femenina de la relación.

En este contexto, la relación ideal que se espera entre las organizaciones comunitarias y el equipo de salud no podría ser muy progresista, porque la visión que el equipo tiene con respecto a la labor de las organizaciones está dada por la valoración que le entrega a la comunidad, que es inferior a cómo ellos mismos se están percibiendo.

Por otra parte, la categoría de *paciente* es crucial para entender la conceptualización que existe de parte del personal de salud hacia los sujetos que reciben atención. Si bien este concepto fue acuñado hace bastante tiempo, sigue siendo utilizado aún cuando el nuevo modelo ha intentado erradicarlo por la connotación que tiene la palabra. Y es que el término está indisolublemente unido al enfoque biomédico que se ha revisado en el Marco Teórico, ya que sienta las bases de la “medicina moderna” que comienza a principios del Siglo XIX y que perdura hasta nuestros días. Sin embargo, este enfoque ya no tiene cabida en una concepción más integral y social de la medicina, como la que se pretende instalar en este tiempo. El Modelo Integral de Atención en Salud plantea un enfoque

bíopsicosocial, ya que no sólo se considerarían los factores biológicos, sino también los que tienen que ver con el entorno y condiciones de los sujetos en cuestión. Por lo tanto, el cambio de discurso supone también un cambio en el actuar. No obstante, el discurso no se condice con las conductas que siguen existiendo en el sector salud. Si se está pensando en una salud más participativa, donde se involucra (y reconoce) a la comunidad en los procesos de atención, no puede haber un término que haga referencia a la pasividad y a la espera indefinida, como ocurre con la palabra *paciente*. Con este concepto se refuerza aún más la relación asimétrica donde existe un activo, representado por la práctica de la medicina y por el equipo de salud, que interviene a un paciente-pasivo, que cuenta con una menor valoración. Por otra parte, existe una clara contradicción entre pasividad y participación.

Pese a ello, las personas que trabajan en salud siguen reconociendo a los usuarios que reciben atención como pacientes. Y no sólo eso, en muchas ocasiones se ha escuchado hablar de *mis pacientes*, como si las personas fueran objetos que esperaran (indefinidamente) ser intervenidos por manos divinas. Y así es como se cosifica a los sujetos, además de convertirlos en presas con la super especialización, donde existen profesionales que sólo saben de una parte del cuerpo, sin lograr ver el todo, como si nuestro organismo no funcionara interconectadamente. Es extraño que la medicina haya derivado en tanto nivel de especialización, porque para realizar un diagnóstico ya no basta el “ojo clínico”, se requieren varios exámenes para entregar una respuesta. Es cierto que la ciencia y la tecnología han avanzado, pero eso no justifica que se pierda la visión integral de los fenómenos, ni la interdependencia. Es decir, con estos “avances” la medicina se torna cada vez más en una técnica, cuando el verdadero aporte de esta profesión es en el ámbito social, porque somos seres humanos en tanto personas culturales, estamos insertos en un contexto, que es fundamental considerar.

Al fragmentar a los sujetos, al relegarlos a la categoría de pacientes, se pierde la noción de personas, de seres humanos, y por tanto, resulta prácticamente imposible concebirllos como iguales capaces de opinar, de efectuar análisis, de

compartir saber. ¿Cómo se puede esperar que los *pacientes* se manifiesten, que puedan intervenir en la toma de decisiones? Difícilmente están siendo considerados sujetos de derechos, como para que además se les permita opinar y participar en la toma de decisiones. Es más, el único proyecto de ley de la Reforma a la Salud que aún no ha sido aprobado es justamente el de “Derechos y deberes de las personas”, entonces, resulta evidente que hay un problema en ese sentido.

Tal como están las cosas, la comunidad se encuentra en una posición de desventaja frente al equipo de salud, porque no está siendo reconocido su saber.

Las organizaciones no están adquiriendo un papel protagónico para su contraparte. Sin embargo, la Reforma y las orientaciones Ministeriales están obligando a que la comunidad tenga más protagonismo, pero la manera de introducir ese concepto es a través de la responsabilidad mutua en salud. Es decir, la población usuaria ya no sería simple receptora de la atención sino que es responsable de cuidar su salud, de realizar acciones preventivas y de replicarlas en su comunidad.

Y así es como se ha traspasado esa visión a los equipos, que le imprimen un sello preferentemente promocional a las organizaciones comunitarias que trabajan en salud. ¿Será posible que esta característica también esté siendo mediatizada por el alto componente femenino que presentan estas agrupaciones?

Es cierto que a través de los años, las mujeres han sido las que han adquirido el rol del cuidado por la salud, pero también es cierto que ese rol no es reconocido en el ambiente formal como un saber oficial. Por tanto, cuando los hombres comienzan a vincularse a esta área es otra la reacción. Hay una especie de choque inicial porque cuesta acomodar a un masculino en ese rol que ha sido tan femenino a lo largo del tiempo. Y en ese proceso de acomodo, puede surgir una alternativa para visualizar esa labor de manera diferente, menos contaminada.

En este sentido, cuando los hombres comienzan a ser parte de la relación entre el equipo de salud y la comunidad, por el lado de las organizaciones comunitarias,

ellos mismos adquieren otra manera de relacionarse. No asumen la posición que ha tenido la comunidad hasta ese entonces porque la desconocen, tienen otros códigos para relacionarse y pueden impulsar otro tipo de relación producto de eso mismo. Siempre y cuando sepan aprovechar esta “ventaja” –como en el caso de Marcelino- pueden iniciar las conversaciones desde otro ángulo y forzar a que los miren de otra manera, a que sean reconocidos, en primer lugar. Por tanto, esta instancia permite que se replanteen las relaciones si es que se logran unificar las organizaciones y dialogar a través del representante que ostenta la situación de ventaja frente al equipo de salud. Mientras las organizaciones se mantengan separadas, que pareciera ser el caso analizado, se dificulta la transformación cultural. Por este motivo, se piensa que el caso del dirigente que está marcando la diferencia responde a una excepción personal, que por el momento no ha logrado provocar una modificación en la valoración que tiene el equipo de salud sobre la comunidad. Es decir, la alta presencia femenina que participa en la comunidad sigue fomentando una relación asimétrica entre ambos actores. Y la presencia de Marcelino justamente está validando este supuesto porque su aparición provoca una visibilización que no se está dando del mismo modo hacia la población femenina que participa.

Una vez que se han revisado los supuestos que sustentaron la investigación, cabe reflexionar en profundidad con respecto al problema planteado, para ver de qué manera es posible entregar una propuesta.

En un momento inicial, las primeras personas en manifestar su descontento con la dirección anterior del establecimiento –realizada por una matrona- fueron las líderes entrevistadas. Esto puede haber sido una coincidencia, pero quizá dentro de las mujeres existe una visión más crítica al respecto. O acaso de parte de la anterior directora hubo una actitud preferente hacia organizaciones comunitarias lideradas por hombres. Por tanto, pese a que la población usuaria no ha tenido un rol activo en cuanto a manifestar sus opiniones públicamente, coincidieron con el diagnóstico de la nueva autoridad alcaldía que cambió la dirección del

establecimiento. Sin embargo, son las mismas mujeres que tienen un discurso más bien moderado en cuanto a su participación en la toma de decisiones.

Por su parte, el equipo de salud tiene una visión bastante amplia con respecto al trabajo comunitario, y varía de acuerdo a la profesión de la persona entrevistada. En el caso de las profesionales médicas entrevistadas el trabajo comunitario es percibido como algo lejano que no está dentro de su quehacer cotidiano. No obstante, el Modelo Integral de Atención hace referencia al trabajo comunitario como parte de las tareas que debe afrontar el equipo de salud, siendo necesario para el buen desarrollo del nuevo modelo. Pese a esto, surge una duda bastante primaria, ¿el equipo de salud contempla a los médicos? Según las orientaciones ministeriales los médicos son parte del equipo, por tanto la duda realmente es si los médicos se consideran como parte del equipo de salud. A pesar de que a nivel de discurso se insertan dentro de este grupo, para efectos prácticos pareciera ser que se marginan del trabajo comunitario, mucho más que el resto de los profesionales. Si bien el grueso de la relación con la comunidad está sustentada en las asistentes sociales, el nuevo modelo de atención le imprime un sello diferente al asunto, pero pareciera que los médicos no se reconocen dentro de ese trabajo.

También es posible explicar el fenómeno por la alta rotación de profesionales médicos que existe en atención primaria, hecho que al parecer no tendría solución. ¿Pero es realmente así? El tema pasa por concebir lo que estaría provocando el fenómeno. Mientras se traslade la responsabilidad a las personas que ejercen la medicina una vez fuera de la etapa de formación, no podrá haber un cambio sustancial del asunto porque imperan las leyes del mercado laboral, que distan mucho de tener una responsabilidad social que resguarde los intereses públicos por sobre los particulares. Siempre será posible apelar a la ética individual, pero las transformaciones culturales no se sostienen en el tiempo si se focalizan en esfuerzos individuales y no colectivos ni institucionales. Por tanto, una de las maneras para provocar una transformación cultural es intervenir en la institucionalidad del tema, es decir, a nivel de formación.

Se piensa que resulta indispensable para solucionar el problema intervenir en la formación de los futuros profesionales médicos porque las mallas curriculares no se han adecuado al nuevo modelo de atención. El Ministerio ha propiciado el cambio a nivel de especialidad, abriendo becas para salud familiar y generando incentivos de distinto orden para asegurar que se llenen estos cupos, aunque a veces no lo logran. Sin embargo, el tema no pasa sólo por ahí. Como en toda política pública, resulta necesario generar acciones de corto plazo para no seguir acrecentando la problemática, sobre todo cuando es difícil provocar una transformación más de fondo. Y no hay duda que se reconoce el esfuerzo en ese sentido, pero no basta, y el problema es que pareciera ser que la posibilidad de intervenir en las mallas curriculares no es una opción que se esté barajando. Existe conciencia del tremendo esfuerzo que puede llegar a significar lo que aquí se plantea, pero también es imperioso modificar desde el inicio la orientación de carreras como la de medicina.

El Estado tiene mucho que decir al respecto, porque las políticas públicas trabajan con las personas que se forman tanto técnica como profesionalmente, y las instituciones no debieran tener la independencia de moldear a sus estudiantes sin que el Estado se manifieste. Porque entonces ocurre lo que está pasando en este momento en el país: proliferan las universidades e institutos con perfiles disímiles de acuerdo al grupo económico o de presión que aporta el principal capital, y se pierden las mínimas condiciones que se requieren para que exista una homogeneidad relativa –en términos éticos y de conocimiento– entre los profesionales y técnicos. En Chile se ha mercantilizado la educación sin que el Estado intervenga mayormente. La responsabilidad social y la ética se pierden en una declaración de buenas intenciones, que se difumina aún más cuando se entra al mercado laboral. Los médicos, como los demás profesionales de la salud, no están ajenos a este contexto.

No obstante, el tema se agudiza aún más si consideramos el endiosamiento del que son objeto –más bien sujeto– estos profesionales. Teniendo en cuenta el alto componente jerárquico que tiene la cultura del sector salud, resulta inevitable

atribuirle la responsabilidad de la valoración superior a la formación. Considerando que son los propios médicos quienes offician de docentes para las futuras generaciones, no caben muchas dudas que el traspaso –y al mismo tiempo la mantención- de la cultura jerárquica va por esa línea. Es necesario, por tanto, modificar el *habitus* de la actual “clase médica” que se perpetúa generación tras generación. Pero esta tarea se vuelve utópica si los mismos profesionales que enseñan en las Facultades de Medicina no están dispuestos a ceder esa enorme cuota de poder, que ahora los ha situado en una posición privilegiada, como uno de los principales grupos de presión del país.

Si bien el Ministerio ha realizado varios esfuerzos para modificar la realidad de Atención Primaria, donde escasean profesionales médicos chilenos que quieran seguir una carrera en este nivel de atención, también es cierto que desde las aulas se propicia la especialidad y un trabajo centrado en el hospital, que tiene que ver con un enfoque antiguo.

Actualmente, los problemas sanitarios de la población han cambiado, habiendo mayor mortandad producto de enfermedades que requieren un control constante, son enfermedades que pueden detectarse a tiempo, es decir pueden ser pesquisadas antes previniendo daños mayores, lo que redundaría en una mejor calidad de vida. Es así como la Atención Primaria adquiere mayor relevancia para centrar la salud en la prevención y no en el daño, y poder enfocar la mayor parte de las políticas del sector hacia la salud y no a la enfermedad. Se refuerza la idea del personal de salud como un equipo para hacer frente en conjunto a un modelo focalizado en la familia. Pero mientras no se modifiquen las mallas curriculares, el nuevo enfoque no podrá ser trabajado en su esplendor. Por más que las políticas públicas a través del Ministerio de Salud, realizan un gran esfuerzo por intentar reforzar la Atención Primaria y generar un continuo en todos los niveles de atención, los estudiantes de medicina seguirían valorando mejor la especialización y el trabajo en el mayor nivel de especialidad, además de querer percibir un buen salario, y la atención primaria no está en condiciones de costearlo.

Aunque se está finalizando la investigación con la misma idea de un comienzo, esto no significa que no puedan existir alternativas para enfrentar el fenómeno. Pero todas esas opciones pasan por una revisión profunda de los hechos, tal como lo hemos pretendido hacer en estas líneas. No basta sólo con intentar provocar un cambio a nivel de políticas públicas, se debe también intervenir cuerpos legales y trabas institucionales que trascienden las medidas o estrategias que se impulsan actualmente desde el Gobierno. Para producir una transformación cultural que perdure en el tiempo independientemente de las personas, se hace necesario intervenir tanto en las leyes que regulan a los distintos profesionales como en la formación que se les está entregando. Es decir, se necesitan también acciones que no van a generar grandes resultados sino hasta mediano y largo plazo.

Pero para que todo lo propuesto sea posible se requieren más sectores involucrados: los legisladores y los gremios, ambos grupos de presión bastante fuertes en nuestra sociedad. Está claro que no es una labor sencilla. Sobre todo los gremios han sido los que han instalado las leyes existentes, como la denominada “Ley médica”, y no van a querer renunciar a todos los privilegios que han obtenido a lo largo del tiempo.

Pero el Estado chileno no puede seguir avalando este tipo de diferenciaciones, no puede darse el lujo de avanzar en el desarrollo promoviendo políticas equitativas si no se termina con este tipo de discriminaciones que evidencian la existencia de ciudadanos de primera, segunda y tercera categoría, donde siguen prevaleciendo fuertemente las discriminaciones de género. Queremos ser un país desarrollado pero tenemos bajos índices de desarrollo social: calidad de educación, brecha de ingresos, calidad de la vivienda, calidad de salud, lo que redunda en una enorme desigualdad de oportunidades. La tarea entonces es titánica, pero eso no la hace menos imprescindible. ¿Se tendrá que nadar contra la corriente? Por muy difícil que sea, resulta imperioso trabajar junto con el poder Legislativo y Ejecutivo, y construir políticas públicas de manera intersectorial para provocar cambios a corto, mediano y largo plazo. Sólo así las transformaciones comenzarán a ser culturales.

Por otra parte, para la relación que hemos problematizado en esta investigación, se hace necesario que exista una mayor aproximación de todos los profesionales de la salud con la comunidad. No basta con que las asistentes sociales y matronas se relacionen con las organizaciones comunitarias y generen grupos de apoyo que capaciten y asistan por algún tiempo. Debe haber una política de participación que evidencie los aportes de la comunidad en la gestión de los establecimientos sanitarios, debe haber un diálogo ciudadano entre el pueblo y el equipo de salud, que permita fortalecer las políticas públicas en tanto puede mejorar su pertinencia y aceptabilidad, nutriéndose de los contenidos de la comunidad para seguir creciendo en su accionar. Pero para que esos supuestos se materialicen, es indispensable que existan las condiciones adecuadas tanto en la comunidad como en los equipos profesionales, técnicos y administrativos.

La apuesta no es sólo a cambiar el sistema institucional de la salud, a través de la formación que modifique a largo plazo la cultura jerárquica del sector para humanizar y socializar la atención, sino también a construir una sociedad civil que sepa responder a los desafíos de construir en conjunto un nuevo sistema de salud. Pero las condiciones no se darán a priori, no se puede esperar que otros realicen el trabajo antes para que recién comencemos a movilizarnos. El proceso se dará sobre la marcha, y así, los actores involucrados irán descubriendo que es necesario complementar los saberes oficiales con los saberes populares, produciendo una *genealogía* que potencie las políticas y democratice, de una vez, el sistema institucional de salud.

7 BIBLIOGRAFÍA

- Arteaga, Ana María: *Mujer y Género en proyectos de intervención y desarrollo social*, CEDEM, 1998.
- Bourdieu, Pierre:
 - *Intelectuales, Política y Poder*. Editorial Universitaria de Buenos Aires, 1999.
 - *La Dominación Masculina*. Ed. Anagrama, Barcelona, 2000.
 - *Campo de Poder, Campo intelectual*. Editorial Montessor, 2002.
- Calvin, María Eugenia y Alicia Grandón: *Monitoras de Salud, Trayectorias de Participación*. Educación Popular en Salud –EPES, Santiago, 1995.
- Castro, Roberto: *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2000.
- Celedón, Carmen y Marcela Noé: “Participación y Gestión en Salud” en: *Hacia la implantación de modelos de administración gerencial en salud pública*. CLAD, 1998.
- CEAP (Comisión de Estudios en Aspectos Psicosociales de la Atención Primaria): *Participación Comunitaria en Salud*, Foro Académico. Documento de Trabajo n° 62. Santiago, Agosto, 1994.
- De Barbieri, Teresita: “Sobre la categoría de Género. Una introducción teórico-metodológica” en *Debates en Sociología*, n° 18, México, 1993.

- De Beauvoir, Simone: El Segundo Sexo. Ediciones Siglo Veinte, Buenos Aires.
- Ehrenreich, Barbara y Deirdre English: Brujas, Comadronas y Enfermeras, historia de las Sanadoras. Barcelona, 1988.
- EPES (Educación Popular en Salud):
 - Dos experiencias de formación de Grupos en Salud Poblacional. Apuntes para la Acción, año 1 – N° 1, Santiago, 1998.
 - Experiencias de trabajo intersectorial en Capacitación y en la construcción de una Red Comunitaria en la comuna de San Ramón. Apuntes para la Acción, año 1 -N° 2, Santiago, 1998.
 - En el desierto de la violencia y abuso creció una flora para dar vida. Apuntes para la Acción, año 2 – N° 3, Santiago, 2000.
- Foucault, Michel:
 - El nacimiento de la Clínica, una arqueología de la mirada médica. Siglo XXI Editores, 1963.
 - El orden del Discurso. Fabula Tus Quets Editores, 1971.
 - “Curso del 7 de Enero” pronunciado en el *College de France*, 1976, en Microfísica del Poder.
- Fundación Ford: “Globalización, Reforma del Sector Salud, Género y Salud Reproductiva. Comité de Globalización, Grupo de trabajo en Salud Reproductiva. 2002.
- Garcés, Mario: “Las tomas en la formación de Santiago” en Nosotros los Chilenos n° 5: El mundo de las poblaciones. LOM Ediciones, 2004.
- García Ferrando, Manuel y Ricardo San Martín: “La observación científica y la obtención de datos sociológicos” en El análisis de la realidad social:

métodos y técnicas de investigación. Compilación de Manuel García Ferrando, Jesús Ibáñez y Francisco Alvira. Alianza Editorial, Madrid, 1993.

- Good, Byron J: Medicina, racionalidad y experiencia: una perspectiva antropológica. Ediciones Bellaterra, 2003.
- Illanes, María Angélica: En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia, Historia social de la salud pública Chile 1880/1973. Editado por el Colectivo de Atención Primaria, 1993.
- Lamas, Marta: “La antropología feminista y la categoría género” en Nueva Antropología, vol. VIII, n° 30, México, 1986.
- Ley N° 18.834, Establece Estatuto Administrativo.
- Ley N° 19.378, Establece Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal. Publicada en el Diario Oficial de 13.04.95.
- Ley N° 19.664, Establece normas especiales para profesionales funcionarios que indica de los Servicios de Salud y modifica la Ley N° 15.076. publicada en el Diario Oficial de 11.02.2000.
- López Piñero, José María: Breve Historia de la medicina. Alianza Editorial, 2000.
- Martínez, Angel: “Antropología de la Salud una aproximación genealógica” en Ensayos de Antropología Cultural. Homenaje a Claudio Esteva Fabrega. Ed. Ariel Antropología, 1996.

- Menéndez, Eduardo: “Modelos de Atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”, en Cuadernos de Investigación en Salud, Universidad de Guadalajara.

- Ministerio de Salud: Documentos de Trabajo: Ordinarios, orientaciones de los Consejos de Desarrollo, orientaciones de las OIRS, Recomendaciones para la elaboración de una Cuenta Pública participativa, material de la Unidad de Participación Social, División de Red Asistencial, informes de dotación de Recursos Humanos, División de Gestión y Desarrollo de las Personas.

- Ministerio de Salud:
 - Modelo de Atención Integral en Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Gestión de la Red Asistencial. 2005.
 - Participación social en el sistema público de salud, 1995.
 - Salud Familiar en Chile, 1999.
 - Transversalización de la perspectiva de Género en las Políticas de Reforma de la Salud en Chile, 2000.
 - Trabajo Comunitario en Salud, guía técnica metodológica, 1994.

- Obach, Alexandra: “Medicinas alternativas y complementarias en Chile, una aproximación antropológica desde una perspectiva de género.” Tesis para optar al grado de Magíster en Género, Universidad de Chile, Santiago 2003.

- Observatorio de Equidad de Género en Salud. Informe 2005.
Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud
Proyecto Género, Equidad y Reforma de la Salud. Segunda Fase
Serie Observatorio de Equidad de Género en Salud, nº 2.

- Organización Mundial de la Salud: “Promoción Sanitaria y acción de la comunidad en pro de la Salud en los Países en Desarrollo”, División de Educación Sanitaria 1995.
- Organización Panamericana de la Salud:
 - “Participación de la Comunidad en la Salud y el desarrollo de las Américas, análisis de estudios de casos seleccionados”, 1984.
 - “La transición hacia un nuevo siglo de salud en las Américas” Informe anual de la directora, 2003.
- Ortner, Sherry: “¿Es la mujer con respecto al hombre lo que la naturaleza con respecto a la cultura? En Antropología y Feminismo. Ed. Anagrama, Barcelona, 1979.
- Quark: Ciencia, medicina, comunicación y cultura: Homenaje a Hipatia. Mujeres y hombres: salud, ciencia y tecnología N° 27, 2003:
 - Rohlf, Izabella: “Género y salud: diferencias y desigualdades”.
 - Cervera, Montserrat: “Las asociaciones como mecanismos de visibilización y debate social para una mejor salud de las mujeres”.
 - Pérez Sedeño, Eulalia: “Las mujeres en la historia de la ciencia”.
 - Santesmases, María Jesús: “Género y ciencia: de la construcción del conocimiento a los aspectos profesionales”.
- Sadler, Michelle: “Así me nacieron a mi hija” Aportes antropológicos para el análisis de la Atención Biomédica del parto. Tesis para optar al título de Antropóloga Social. Universidad de Chile, Santiago, 2003.
- Sánchez, Dolores: “Mujer hasta la tumba discurso médico y género: una aproximación desde el análisis crítico del discurso a un texto didáctico de ginecología” en *Revista Iberoamericana de Discurso y Sociedad*. 1999.

- Weinstein, Marisa:
 - Estado, mujeres de sectores populares y ciudadanía. Nueva Serie FLACSO, FLACSO-Chile, 1996.
 - Participación social en salud. Acciones en curso. Nueva Serie FLACSO, FLACSO-Chile, 1997.
 - Políticas de equidad de género y participación de las mujeres. Nueva Serie FLACSO, FLACSO-Chile, 1997.

ANEXOS

PAUTAS DE LAS TECNICAS UTILIZADAS

Pauta de Observación

Al momento de realizar esta técnica se priorizaron los siguientes temas:

- La manera en que se comportan tanto los integrantes de las organizaciones comunitarias como los miembros del equipo de salud una vez que se enfrentan “al otro”.
- La actitud que mantienen las personas pertenecientes a estos dos grupos frente a su referente (el otro).
- El trato que ambos grupos tienen entre sí y la disposición que tienen frente a la opinión del otro.

Pauta de Entrevistas

Al personal de salud:

- Descripción personal
- Breve historia de la relación que ha mantenido con la comunidad y en particular con las personas pertenecientes a las organizaciones comunitarias
- Relación de los médicos extranjeros con los chilenos.
- Opinión frente al trabajo que realizan estas organizaciones en salud – diferenciar entre líderes y otros/as- , ¿se lo considera un aporte?
- Qué tipo de relación mantiene frente a la comunidad y en especial hacia las personas que participan en las organizaciones comunitarias. ¿Han surgido dificultades? ¿Cómo se superan? Ventajas y desventajas que se le atribuye a este tipo de organizaciones.
- Cómo sería la relación ideal para Ud.

- Opinión frente a las personas que participan en las organizaciones comunitarias.
- Qué opinión cree que las personas pertenecientes a las organizaciones comunitarias tienen acerca de Ud.

A las personas de las organizaciones comunitarias:

- Descripción personal
- Breve historia de su trabajo en salud y de la incorporación a la organización donde trabaja. Ventajas y desventajas que le atribuye a este tipo de trabajo.
- Opinión frente a la labor que realizan los miembros del equipo de salud y a la relación que establecen con la comunidad. Dificultades y facilidades.
- Opinión acerca del trato que tiene el equipo de salud hacia las organizaciones comunitarias.
- Qué tipo de relación mantiene frente a los miembros del equipo de salud.
- Cómo sería la relación ideal para Ud.
- Cómo percibe que los miembros del equipo de salud la o lo tratan.
- Qué opinión cree que tiene el equipo de salud hacia Ud.