

PARTICIPACIÓN EN LA SALUD PÚBLICA: UNA APROXIMACIÓN DE GÉNERO (1)

Patricia Provoste Fernández
11 de junio de 2002

“Desde la perspectiva histórica, habría que tener presente que no es posible definir los problemas que involucran al bienestar de la sociedad, sólo desde la lógica institucional. El destino de una sociedad se va delineando, no en función de la historia institucional ... sino al revés: el ámbito y el rostro histórico de las instituciones dependerá del rol –protagónico o pasivo, democrático o autoritario, de “objeto” o “sujeto” – que la sociedad pueda asumir en una situación histórica determinada” (2)

Introducción

Este texto ofrece una interpretación de la participación en la salud pública en Chile, desde una perspectiva de género y teniendo en cuenta la trayectoria del movimiento social por la salud, con énfasis en la década del 90. Entrega algunas conclusiones orientadas a aplicar esa perspectiva a las políticas de salud y en particular al proceso de reforma en curso.

Hay que precisar que la información y el análisis están referidos principalmente a la salud entregada por el Estado, es decir, no se toca la problemática de las ISAPREs. Estas conforman una realidad con perfiles propios, donde la discriminación de género y la participación requieren ser abordados atendiendo a su carácter de sistema público no estatal.

La reforma de la salud que se está llevando a cabo en Chile es un proceso de trascendencia histórica que ofrece una oportunidad única de adecuación a las transformaciones de la sociedad y de reducción de las enormes desigualdades existentes en esta dimensión central del desarrollo humano. Ha sido definido por las autoridades como un proceso participativo, lo que le agrega una finalidad democratizadora de la relación entre el sistema de salud y la comunidad.

¹ Documento elaborado para el Proyecto Equidad, Género y Reforma de Salud, de la Organización Panamericana de la Salud

² María Angélica Illanes: *“En el nombre del Pueblo, del Estado y de la Ciencia, (...) Historia social de la salud pública. Chile 1880/1973”*. Colectivo de Atención Primaria. Santiago de Chile, 1993”.

El sector social más significativo para esa participación está conformado sin duda por las mujeres, en dos grandes planos: primero, como responsables de la salud familiar y articuladoras entre los sistemas doméstico y público de la salud ⁽³⁾. Y, segundo, como integrantes mayoritarias de casi todas las organizaciones y redes asociativas de salud, que son tal vez las más numerosas del país, comparadas a las de otros campos sectoriales.

Las mujeres participan en los distintos espacios abiertos al debate de la Reforma de la Salud con diferentes motivaciones: gremiales, sociales, familiares, políticas, de género. Siendo todas ellas válidas, la más trascendente, por su novedad histórica y por la magnitud de los cambios que involucra, es la inscripción de una perspectiva de equidad de género en el sistema o los sistemas de salud que se están perfilando en dicho proceso. Como argumenta la Organización Panamericana de la Salud, la visión de la salud desde el género es imprescindible para el diseño e implementación de políticas públicas de salud. Y no sólo por un imperativo ético de equidad, sino también por la creciente presión sobre la eficiencia del sistema de salud. Factores como los papeles distintos de cada sexo en la reproducción de la especie, las diferentes condiciones de acceso a la salud de mujeres y hombres, la subordinación doméstica de las mujeres, la incidencia de los roles e identidades de género en diferentes perfiles de morbilidad (considérese, por ejemplo, los efectos de la violencia masculina) o los prejuicios imperantes que operan como barreras para una vida saludable (ejemplo, la limitación a los y las adolescentes para prevenir embarazos), condicionan de tal manera la salud de las personas, que el logro de objetivos sanitarios, el mejor uso de recursos, y la sostenibilidad del desarrollo de la salud se ponen en peligro si éste no incorpora una visión de género. Con las palabras de la OPS, “*las políticas que desconocen las desigualdades de género terminan produciendo, perpetuando o exacerbando esas desigualdades*” ⁽⁴⁾.

³ *La economía de la salud y el género en la reforma de salud*. En: *Género, equidad y reforma de la salud en Chile. Voces y propuestas desde la sociedad civil, N°1*. OPS-MINSAL, Santiago, abril 2002.

⁴ Elsa Gómez: *Género, Equidad y Reforma de las Políticas de Salud en América Latina* Programa Mujer, Salud y Desarrollo, División de Salud y Desarrollo Humano OPS/OMS. Presentación al Taller Internacional Género y Salud Sexual y Reproductiva en las Reformas de Salud de América Latina y Chile. 29 y 30 de abril de 2002, Santiago de Chile.

Pero, tal como la experiencia ha probado una y otra vez, la visión de género no se produce por la fuerza de los argumentos o por una masiva presencia de mujeres en las organizaciones o en los servicios de salud, sino por una participación de las mujeres como fuerza política que exige equidad de género en el sistema de salud. En este sentido, una participación abierta al género, en la salud, significa el protagonismo de las mujeres en igualdad de condiciones que los hombres, tanto en derechos como en responsabilidades, en calidad de sujetos autónomos y activos del derecho a la salud en todos los sistemas de salud (estatal, privada y doméstica). La participación puede entenderse como un proceso de *empoderamiento* que incrementa la capacidad efectiva de las personas de ejercer control sobre el sistema de salud. Para las mujeres, esa capacidad empieza por las decisiones que afectan a su cuerpo como usuaria de la salud, y sigue con las decisiones sobre políticas y recursos y con el control de la gestión de la salud. Así mirada, la participación de las mujeres en la salud con miras a la equidad de género puede ser asimilada al ejercicio de una *ciudadanía activa* (5) es decir, al compromiso con la salud como asunto de interés público, a través de la integración a la comunidad política que pretende establecer los derechos en salud y garantizar el disfrute de esos derechos en condiciones de igualdad a los otros miembros de la comunidad.

1. EL GÉNERO EN LA SALUD PÚBLICA: UN PARADIGMA TÁCITO

La actoría de las mujeres en la producción y cuidado de la salud no puede fecharse. Desde que se tiene memoria han sido las conocedoras y cuidadoras de la salud de la comunidad y de la familia. Aún cuando la Modernidad – y Chile no fue la excepción - establece el monopolio (siempre masculino) de los oficios, como el de médico, ellas continuaron como parteras, hierbateras o curanderas hasta que recuperaron la legitimidad oficial de su papel en la salud pública, primero en los oficios paramédicos (matronas, enfermeras) y luego colonizando la misma profesión médica. En cambio, hasta hoy no ha logrado el reconocimiento económico, político y social del sistema doméstico de salud, que crea y reproduce cotidianamente el bienestar físico y mental de la población y entrega atención y

⁵ Sinesio López, siguiendo a Hanna Arendt, en *Ciudadanos reales e imaginarios. Concepciones, desarrollo y mapas de la ciudadanía en el Perú*. IDS, Lima 1997,

cuidado en casos de enfermedad y en cada evento vital crítico, desde el nacimiento a la muerte.

Pero no es del todo correcto decir que falta el reconocimiento público de este aporte entregado históricamente por las mujeres. Este se reconoce, pero de manera tácita, y en tal grado que sobre ese aporte fue construido el exitoso modelo chileno de atención primaria, de la segunda mitad del siglo XX, con su foco materno-infantil. Sin duda hay muchos factores que explican su éxito, por ejemplo, el empuje de grupos notables de médicos a lo largo de toda la primera mitad de siglo, o la expansión del papel de las matronas en los cuidados del embarazo y el parto. Pero, más allá de la institucionalidad, el factor central es la integración y el protagonismo de las madres de los sectores populares en el control del embarazo, el control médico de los niños y las niñas, la prevención de enfermedades, las campañas de vacunación, la información sanitaria y otras medidas que contribuyeron a reducir las principales causas de muerte que azotaban al pueblo. Es decir, el sistema público de salud se desarrolló en Chile contando con mujeres disponibles para ejercer un papel mediador que hacía socialmente viable el sistema: le permitía llegar a la comunidad y a los hogares. El papel de intermediarias no se reconoce de manera explícita, y no se valora, se da por tan seguro y tan sin costo como la salida del sol. La atención primaria, clave del modelo de salud del Estado de Compromiso chileno, se instituyó como, y sigue siendo, un sistema “maternalizado”⁽⁶⁾, es decir, centrado en las madres populares y dependiente para su éxito de que esas madres permanezcan en un rol doméstico de dedicación exclusiva. En otras palabras, es un modelo que se sustenta en la complementariedad de los sistemas público y doméstico de salud, bajo la más tradicional división social de los roles sexuales.

Este sesgo de género es la causa tanto de los logros de la salud chilena – caída de la mortalidad materna e infantil, y reducción drástica de las enfermedades infecto-contagiosas, entre otros - como de sus falencias. Entre éstas nos interesa destacar la negligencia de la salud de las mujeres que no crían hijos, la invisibilidad de necesidades de salud distintas a la reproducción y la atención a la reproducción fuera de un concepto de

derechos, entre otras que han sido insistentemente señaladas por el movimiento social de las mujeres y reconocidas por algunas autoridades de la salud pública (⁷).

Hay aquí una materia de profunda reflexión, desde el punto de vista de la participación de las mujeres en la reforma de la salud. Las propuestas de reforma surgen al constatar que muchas falencias de la salud pública radican en la inadecuación a grandes cambios sociales como los ocurridos (en gran medida gracias a las políticas de salud) en las condiciones de vida, en el perfil epidemiológico y en el perfil demográfico de la población. Pero ¿Se ha sacado las consecuencias del cambio producido en las propias mujeres y en su inserción en la sociedad? ¿Hasta qué punto se da por hecho que siguen en sus casas, disponibles para el nuevo sistema de salud?(⁸). Las mujeres de hoy tienen un mayor nivel educativo, se desarrollan en varios planos, no sólo en la vida doméstica, y aún si ésta es su única ocupación, muchas ya no la toman como un servicio de tiempo completo. Como ciudadanas, son más activas que los varones –votan más y participan más en organizaciones comunitarias - y están crecientemente incorporadas a la actividad económica. En la medida que se avance en la eliminación de barreras, su participación económica seguirá creciendo. En suma, ya no están ni estarán masivamente disponibles como intermediarias de tiempo completo entre el sistema y las familias. ¿En qué medida se hace cargo de este hecho la Reforma?.

Como las relaciones de género siguen siendo una condicionante no explícita del funcionamiento del sistema, no es fácil descubrir de qué manera éstas son incluidas en el modelo en construcción. Sin embargo, hay pistas: se anuncia y se experimenta sobre un énfasis en promoción y prevención que apunta a nuevos estilo de vida, se habla de fortalecer la atención primaria. De manera explícita se asocia la participación a la “corresponsabilidad en el cuidado de la salud”. En la atención hospitalaria se mira hacia la reducción del tiempo de hospitalizaciones, privilegiando la provisión hogareña de ciertos

⁶ Sobre la “maternalización” de la atención primaria en Chile, ver: *La construcción de las mujeres en la política social*. Patricia Provoste F. Instituto de la Mujer, Santiago de Chile, 1995

⁷ *Transversalización de la Perspectiva de Género en las Políticas de Reforma de Salud en Chile*. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud,, Santiago, enero de 2001

⁸ José Olavarría: Presentación al Taller Internacional Género y Salud Sexual y Reproductiva en las Reformas de Salud de América Latina y Chile. 29 y 30 de abril de 2002, Santiago de Chile

cuidados y enfermedades terminales. Todo esto es seguramente importante y necesario en un eventual cambio hacia una salud más integral, desmedicalizada y centrada en la producción de salud, pero ¿Quién se espera que asuma toda esa responsabilidad? ¿Cómo se hace *socialmente viable* esta propuesta? ¿No se está otra vez dando por sentada la presencia de las mujeres en un rol doméstico?. Si este “factor” de la Reforma – que es, ni más ni menos, la ineludible articulación entre los sistemas público y doméstico de salud - no se toma en cuenta, no se debate con las mujeres y con la comunidad, el riesgo es el fracaso del sistema, o la presión hacia las mujeres para mantenerse ancladas a un rol de cuidado y limitadas en su desarrollo autónomo. Lo que es contradictorio simultáneamente con una concepción de las mujeres como ciudadanas autónomas y con los propósitos de superación de la pobreza a que apuntan las políticas sociales.

El paradigma tácito del género en la salud pública necesita una urgente revisión en el marco de la reforma. Para revisarlo se requiere pensar – en conjunto con los interesados y las interesadas - una reforma que no dependa del rol doméstico de las mujeres, sino que privilegie o incentive la diversificación de los roles de cuidado, entregando un papel mucho más activo a los padres y a la comunidad, ya sea a través de la educación, o de la provisión comunal de servicios de cuidado de niños y enfermos, entre otras iniciativas posibles.

2. TRAYECTORIA HISTÓRICA: ENTRE LA AUTO-PROVISIÓN Y EL PAPEL AUXILIAR

La participación popular organizada en salud tiene un elemento muy particular respecto de la participación en otras áreas de la vida nacional, sin el cual no puede entenderse, cual es su papel proveedor de servicios de salud. Lejos de operar (sólo) como representantes o voceros de la población, las organizaciones populares de salud son *productoras* de salud: entregan servicios de salud. Y esto marca su quehacer participativo, que se ha movido, desde este punto de vista, entre dos polos: la *auto-provisión* de salud en épocas de crisis o ausencia del Estado, y el *papel auxiliar* de la salud pública cuando el Estado es el que la provee.

El papel proveedor de salud en el ámbito comunitario introduce un carácter solidario o de autoayuda en las organizaciones sociales, que a veces entra en tensión, o a veces se complementa, con el carácter político, o ciudadano, que tienen o pueden adquirir las organizaciones sociales. Carácter político, en el sentido de actores que disputan, en la arena pública, poder de decisión sobre la salud. Bajo este prisma puede ser observada la historia del movimiento social de la salud.

La trayectoria organizativa de la participación en salud en Chile, es vívidamente ilustrada por Angélica Illanes ⁽⁹⁾ desde fines del siglo XIX, cuando ante el desarraigo del campo, el hacinamiento y la miseria urbana provocada por el capitalismo de la época, se forman las Sociedades de Socorros Mutuos. Estas proveen a sus miembros de atención médica, medicinas, gastos de hospitalización, y cuando hace falta, subsidios de enfermedad, gastos de entierro y auxilio para las viudas. Estas primeras expresiones conocidas de organización social en el campo de la salud pueden compararse a las ollas populares. Cuando todo falla, cuando no hay trabajo, cuando la caridad es escasa o humilla, y tampoco el Estado se hace presente, se manifiesta la solidaridad entre los más necesitados, que construyen organizadamente sus propias soluciones. Las Sociedades de Socorros Mutuos se mantienen vigentes hasta que son puestas en jaque por sucesivas tragedias sanitarias (epidemias de cólera, tifus, viruela) que agotan sus recursos, por la instalación del Estado de compromiso chileno, que las va excluyendo al tomar para sí el papel de proveedor de salud y previsión social y, finalmente, por el movimiento obrero. Este, al criticar y luego desplazar al movimiento mutualista contribuye – para bien o para mal – a sacar a la salud popular de la auto-provisión y a convertirla en asunto público y de incumbencia del Estado.

Ya avanzado el siglo XX, reaparece la tendencia a la auto-provisión de servicios de salud, que se expresa de una forma totalmente nueva, a través de los grupos locales de salud. Con base en la urbanización de la sociedad chilena, y la explosión de las llamadas “poblaciones” – es decir, barrios populares surgidos de tomas de terrenos, y de programas masivos de vivienda social - esta modalidad organizativa de base vecinal, va tomando

⁹ Obra citada.

fuerza a lo largo del Estado de Compromiso, llegando hasta el siglo XXI. Como recuerda el libro *“Monitoras de salud,”* ⁽¹⁰⁾ en la década del 60, si no antes, en la etapa de migración masiva a la ciudad, *“úparecen iniciativas autónomas de acción popular en salud, vinculadas a los pobladores sin casa, las cuales se ligaron al objetivo de control del espacio comunitario conquistado“.* ⁽¹¹⁾

La tendencia a la auto-provisión vuelve a aparecer –o a verse reforzada – durante la dictadura de Pinochet, con sus crisis económicas, sus terremotos sociales, y su radical reducción del gasto público en salud y educación, que deja en la desprotección a grandes sectores de población. Allí reconocen su origen más cercano muchas de las actuales organizaciones de salud, que surgen como respuesta de las mujeres al deterioro del papel proveedor de salud del Estado. Entregan atenciones básicas, para lo cual son capacitadas y apoyadas por médicos comprometidos, con el respaldo de ONGs, algunas iglesias y agencias de cooperación internacional. La historia de La Pincoya ilustra este proceso. Como relata una dirigente, durante la dictadura se forman grupos que se abocan a la atención en salud, con apoyo de la Fundación Missio, teniendo como punto de partida la necesidad de higiene de jardines infantiles, también propios. Los actores que en este proceso se perfilan – ONGs, grupos de salud, monitoras de salud - no sólo cumplen un papel social, sino que generan espacios de debate y propuestas de política de salud, que de algún modo pasarán a la agenda pública de la etapa democrática. Hay que agregar que los grupos de salud también integran el fuerte movimiento antidictatorial de aquellos años.

Por su parte, el papel auxiliar de las organizaciones sociales de salud se observa en los momentos en que el Estado se asume como responsable de la salud de la población. Esto ha sucedido en dos períodos principales de la segunda mitad del siglo XX: los años 60 al 73, coincidiendo con la expansión del Estado Benefactor y desde los años 90 a la fecha, durante los gobiernos de la Concertación de Partidos por la Democracia. Respecto del primero, cito de nuevo a *“Monitoras de salud”*:

¹⁰ *“Monitoras de salud, trayectorias de participación”*, María Eugenia Calvin, con Alicia Grandón Garrido, EPES, Santiago de Chile, 1995

¹¹ Mismo texto, p.161, que toma de Manuel Castells (revista EURE, Santiago, 1971) la interpretación estratégica de los grupos de salud en las *“tomas de terreno”*

“...el Estado, desde mediados de la década del 60 y durante el gobierno de la Unidad Popular, impulsó programas destinados a ampliar la cobertura de servicios curativos y preventivos con la participación de la comunidad mediante la capacitación de voluntarias y líderes de salud. En general su trabajo estuvo subordinado a criterios técnicos; de tal forma las voluntarias y líderes de salud tuvieron un rol auxiliar en la acción de los equipos profesionales” (12).

El carácter auxiliar de las organizaciones no excluye, al parecer, que éstas tengan un papel político, o que se complementen con organizaciones cuyo papel es más político. En la historia de La Pincoya se menciona, como antecedente de los grupos de salud, a organizaciones de alcance comunal, como la Comisión de Salud (creada en 1969-70) y al Comando de Salud Poblacional, creado en la etapa 70-73, cuando este tipo de agrupaciones se inserta en estrategias de poder popular. En “*Monitoras ...*” (13) se habla de los Consejos Locales de Salud, instituidos hacia 1972 con representantes de los establecimientos y de la población, para debatir los problemas de salud, asesorar y canalizar acciones sanitarias dirigidas a la comunidad..

En los años ‘90, con la llegada de la democracia, la provisión propia de servicios de salud, que se había desarrollado en los ‘80, empieza rápidamente a perder vigencia, para ser sustituida por una revitalizada salud pública, que invita a las organizaciones a colaborar en diversas tareas. En este contexto, vuelve a adquirir relevancia el papel auxiliar de las organizaciones, generando una tensión con algunas expectativas del mundo social, que se había preparado en la etapa de la dictadura para ejercer como un protagonista significativo en el funcionamiento de la salud pública en democracia.

3. LA PARTICIPACIÓN EN LA ÚLTIMA DÉCADA: ENTRE LA EL CONTROL SOCIAL Y LA INSTRUMENTALIZACIÓN

Asegurar un derecho universal involucra una corresponsabilidad social que surge de trabajo colectivo y coherente de toda la sociedad en el proceso salud/enfermedad. Ello demanda un sistema permanente de relación recíproca entre prestadores y comunidad, sector privado y público, directivos y funcionarios.

www.minsal.cl Ministerio de Salud, Chile

¹² Ibidem

¹³ Id. p.162

“Es importante que la comunidad y no sólo el gobierno participe de las decisiones y proponga acciones y programas importantes para la solución de sus problemas de salud y, principalmente, controle la calidad y el modo en que éstos se desarrollan, además de fiscalizar la aplicación de los recursos públicos destinados a la salud”

Controle social uma questão de cidadania. Saúde é assunto para mulheres (p.27)
Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. Brasil, diciembre 2000

El análisis de los años 90 debe ubicarse en el marco de las grandes transformaciones sociales, económicas y tecnológicas asociados a la presente etapa del capitalismo mundial y de los procesos llamados de Modernización del Estado que intentan adecuarse a esas transformaciones (14). Este es el contexto de la Reforma de la Salud.

En Chile, como en otros países, los lineamientos participativos contenidos en las reformas, deben ser leídos con toda su carga histórica y su diversidad de orígenes e intereses. Así, los componentes “neoliberales” alineados con el sistema financiero internacional, se cruzan, a veces mezclándose, a veces confrontándose, con aquellos que provienen de una identidad histórica ligada al Estado Benefactor y a las organizaciones y partidos populares y de clase media. A la vez, también se incorpora avances de las últimas décadas en el pensamiento y las prácticas democráticas del mundo. Toda esta mezcla, presente en los directivos y técnicos que diseñan la reforma, en los partidos de gobierno y los actores sociales, produce una gran ambigüedad, donde todos valoran la participación, pero cada cual la entiende a su modo.

Tratando de interpretar la última década, puede argumentarse que la participación en la salud durante este período se mueve entre una concepción instrumental – es decir la solución concreta a necesidades de salud, en las formas y contenidos definidos por el sistema - y la búsqueda de un protagonismo de la sociedad en las políticas públicas, entendido este como acceso a las decisiones y como control ciudadano.

En los '90, el Estado, retoma su papel proveedor de la salud para todos aquellos que no encuentran condiciones aceptables o son discriminados en el sistema de ISAPRE, es decir,

¹⁴ Marianne Nassuno. *El control social en las organizaciones sociales en Brasil*; en Luis Carlso Bresser y Nuria Cunill Grau: Lo público no estatal en la reforma del Estado. CLAD-Paidos, Argentina 1998, pp.333-359

un 70% de la población, al año 2000, que incluye a la totalidad de los pobres, buena parte de la clase media, los que sufren enfermedades catastróficas y todas las mujeres y adultos mayores cuyos planes se han vuelto impagables en las ISAPREs. En la red de atención primaria se convoca a los grupos organizados de salud para retomar una labor de apoyo a los consultorios, especialmente con las vacunas y diversas campañas (como el aumento de cobertura del Papanicolau, o la prevención del cólera). En algunos casos se busca además aumentar la cobertura de la atención cotidiana, recurriendo a las competencias adquiridas por los grupos (por ejemplo, rondas médicas implementadas con apoyo vecinal).

El Ministerio de Salud, desde la innovadora experiencia de Promoción de Salud abre espacios de interlocución (Consejos de Desarrollo de la Salud), en el nivel de establecimientos hospitalarios y de atención primaria, promueve la participación en los Planes Comunales de Promoción de la Salud, e incentiva la asociatividad a través de pequeños fondos concursables para la promoción local de salud, accesibles a las organizaciones tradicionales o a nuevos grupos, con intereses específicos de vida saludable (gimnasia, nutrición, fumadores). Destacada relación con la salud mantienen en el período los grupos o clubes de tercera edad, que están presentes en casi todas las comunas, a lo menos en la Región Metropolitana. A estos se suma un creciente número de grupos de autoayuda de pacientes llamados “crónicos” (diabéticos, dializados, etc) que, a través de la organización pueden acceder a información y apoyos, facilitando la labor del sistema. Entre los actores vinculados al sistema de salud, en la década también emergen asociaciones de usuarios de ISAPRE y de FONASA, y mantienen presencia federativa las agrupaciones de los grupos locales de salud

La concepción participativa de la reforma de la salud se traduce en ciclos de encuentros y diálogos de las autoridades con las organizaciones mencionadas y otras, así como con funcionarios de la salud, a lo largo de todo el país. En el año 2001, con base en la red de Promoción de Salud, se realizaron 422 encuentros que abarcaron todas las regiones con un

total registrado de 16.599 participantes ⁽⁴⁵⁾ En estos encuentros se informó sobre las actividades y planes en el campo de la reforma y se recogió observaciones.

Pero si desde el Ministerio se registra un aumento de organizaciones y de espacios de participación, desde el movimiento social la visión es más matizada.

Los grupos locales de salud, que eran el actor social clave de la década anterior, se debilitan en algunas comunas, mientras en otras se fortalecen, dependiendo de cómo construyan su relación con la salud primaria local. En muchos casos, las monitoras se perciben como utilizadas y llevadas a un “tareísmo” que no les da acceso a decisiones ni reconoce su aporte a la salud comunal. En otros casos, se percibe el papel auxiliar al sistema como una relación de mutua conveniencia, que las monitoras están dispuestas a llevar adelante si hay un adecuado reconocimiento (caso de Huechuraba), sin que por eso sientan limitadas su autonomía y su capacidad crítica.

El aumento de los grupos de autoayuda no es visto sólo como un fenómeno nuevo, sino como una verdadera *mutación*, desde las organizaciones tradicionales de la salud hacia los grupos de autoayuda o de autocuidado. Esta mutación representaría una pérdida para la participación en salud, ya que, a diferencia de los grupos tradicionales, los de autoayuda ya no se ocuparían del sistema de salud pública, sino sólo de su situación específica. Se vinculan con la salud pública para recibir recursos, pero se desvinculan de los temas colectivos, lo que daría cuenta de una despolitización del movimiento de salud, o incluso una cooptación, en el sentido de que los grupos han sido funcionalizados al sistema, quitándoles su sello crítico.

En cuanto a los espacios institucionales de participación, varias de las personas entrevistadas coinciden en que tienen un carácter a lo más informativo, criticando el que no den lugar al debate o a la participación en las decisiones. Hay que señalar que de acuerdo con un personero del MINSAL, la reforma – una vez en aplicación - contempla una participación que superaría su actual carácter consultivo, tendiendo a un

¹⁵ *Reforma que avanza. Informe. Encuentros comunales y locales para la reforma de salud.* Ministerio de

empoderamiento ciudadano, con dos grandes ejes: mecanismos de control social y derechos de los usuarios. Sobre este último punto hay avances perceptibles en el Proyecto de ley de derechos y deberes. Sobre los mecanismos de control, aún no se esclarece la propuesta oficial, ni se vislumbra un debate público que se ha centrado en qué atenciones garantizar y cómo financiarlas. Entre el punto de vista bio-médico y el financiero, que predominan en los responsables de la salud nacional, parece que no tiene cabida el tema de cuáles decisiones de salud pública deben o pueden abrirse a la ciudadanía y cómo ésta controla las políticas y los recursos de la salud.

Fuera del ámbito local e institucional, se van desarrollando desde los '80 nuevos actores que en la década del '90 encuentran los espacios democráticos necesarios para su expansión. Se trata principalmente de redes integradas por personas y organizaciones, que conforman movimientos de opinión y de demanda de política pública en campos de cruce de salud y género, como la Violencia Doméstica, los Derechos Sexuales y Reproductivos y el SIDA. Estas redes están integradas principalmente por ONGs y organizaciones sociales que tienen un origen en la etapa dictatorial y en los grupos de salud poblacionales. Las hay de alcance nacional, regional y local. Constituyen una tendencia alternativa a la participación ligadas al sistema de salud - aunque en algunos casos son activas en ambos circuitos - en el sentido de que tienen un carácter más autónomo, una postura más crítica, y una mayor capacidad propositiva. Un ejemplo de esto es la elaboración del Proyecto Marco de derechos sexuales y reproductivos, que surge de este ámbito. Otro ejemplo son las campañas callejeras sobre diversas temáticas de salud y género (días mundiales de la mujer, la salud de la mujer, el SIDA, etc), que se realizan periódicamente en diversos puntos del país.

La importancia de estas redes – y su diferencia con otras de coordinación de servicios que han proliferado en la década - es su vocación de actores públicos, con un sentido político definido en pro de los derechos de las mujeres y la equidad de género. Si bien no se trata de un movimiento con perfiles claros, y su impacto público es variable, entrega un aporte al debate público, con voces diferentes: ni oficialistas ni gremiales, manteniendo en el

debate los temas más difíciles, y los más desatendidos, tanto en la capital como en regiones y cumpliendo también un papel formativo de mujeres y organizaciones.

En relación con el protagonismo de este movimiento en el espacio público ha sido importante su capacidad de utilizar otros espacios para llevar a la opinión pública las problemáticas de género en la salud, por ejemplo, a través de la prensa en espacios como Radio Tierra, Foro Ciudadano, algunas revistas de mujeres y otros canales mediáticos. Un efecto semejante ha tenido las articulaciones entre el movimiento de mujeres y organismos estatales de género, como el SERNAM y algunas Municipalidades, que han propiciado los Cabildos o Parlamentos de Mujeres en todas las capitales regionales y algunas comunas, en todos lo cuales ha ocupado un lugar central el capítulo salud de las mujeres

En resumen, la década puede verse como una etapa de despolitización, ligada a la expansión de organizaciones locales de salud definidas en un rol auxiliar, así como a las expectativas no cumplidas de acceso a instancias y mecanismos de poder social en la salud pública. Sin embargo, mirado en perspectiva, es una década dinámica, donde se instala temas, se van perfilando actores con identidad de género y se ha mantenido voces autónomas sobre los temas de salud, y los derechos de las mujeres. La construcción de un sistema participativo de la salud pública quedó como una posibilidad abierta, pero no materializada, que la reforma vuelve a sugerir.

En este sentido, la reforma ofrece no sólo la oportunidad de adecuación de las políticas e instituciones de la salud a la actual realidad del país, sino también la oportunidad de democratizar la relación entre el sistema de salud y la comunidad. Las mujeres pueden aportar a esa democratización, fortaleciendo su trayectoria como sujetos autónomos en el campo de la salud. El peso como actor social reconocido por la sociedad y de cara a la opinión pública es lo que permitirá al movimiento interpelar al sistema y las políticas de salud.

4. DESDE EL MODELO MATERNO-INFANTIL A LA CIUDADANIA ACTIVA EN SALUD

Al concluir su rápida revisión de la trayectoria de la participación en la salud en el país, este documento pretende entregar un instrumento para la aplicación práctica de un enfoque de género en este campo. Con esa finalidad, se propone a continuación un esquema que permite observar las prácticas y los espacios de participación. Se trata de un esquema elaborado en una investigación anterior sobre ciudadanía de las mujeres en la gestión municipal ⁽¹⁶⁾, que observó de cerca varios espacios de salud en el nivel primario y que resulta especialmente adecuado para la temática de este documento.

Con base en el concepto de *ciudadanía activa*, enunciado al inicio, dicho esquema combina dos aspectos o dimensiones de la participación, utilizados a lo largo de este texto: el sentido político o de poder, presente en la participación y la concepción de género o de derechos de las mujeres que están presentes en la práctica de la institución. Estas dos dimensiones fueron representadas en los dos ejes que se observan en el gráfico:

En el eje horizontal se ubicó el sentido político de la participación que, siguiendo a Serrano y Raczynsky⁽¹⁷⁾, puede tener desde un carácter *instrumental* hasta uno *deliberante*. Entendemos la *participación instrumental* como aquella que integra a las personas o grupos como ejecutoras de actividades o como receptoras de servicios o beneficios. También puede considerarse instrumental aquella en que las personas participan con el objetivo de solucionar un problema o necesidad puntual, sin trascender su interés a la "cosa pública". Es participación en la gestión pública, pero no es política, no incide en las decisiones o lineamientos de la gestión. En este sentido, permite un ejercicio de ciudadanía que puede considerarse pasivo desde el punto de vista de su efecto político o de poder, aunque puede generar mucho trabajo a las mujeres. En el otro extremo, la *participación deliberante* es la más política, en tanto su preocupación es el aspecto público de la temática en cuestión (en esta caso, la salud), lo relativo a las decisiones o al accionar del Estado u

¹⁶ *Democratización de la gestión municipal y ciudadanía de las mujeres. Sistematización de experiencias innovadoras*. Patricia Provoste y Alejandra Valdés, Fundación Nacional para la Superación de la Pobreza y Centro de Análisis de Políticas Públicas, Universidad de Chile. Santiago, 2000

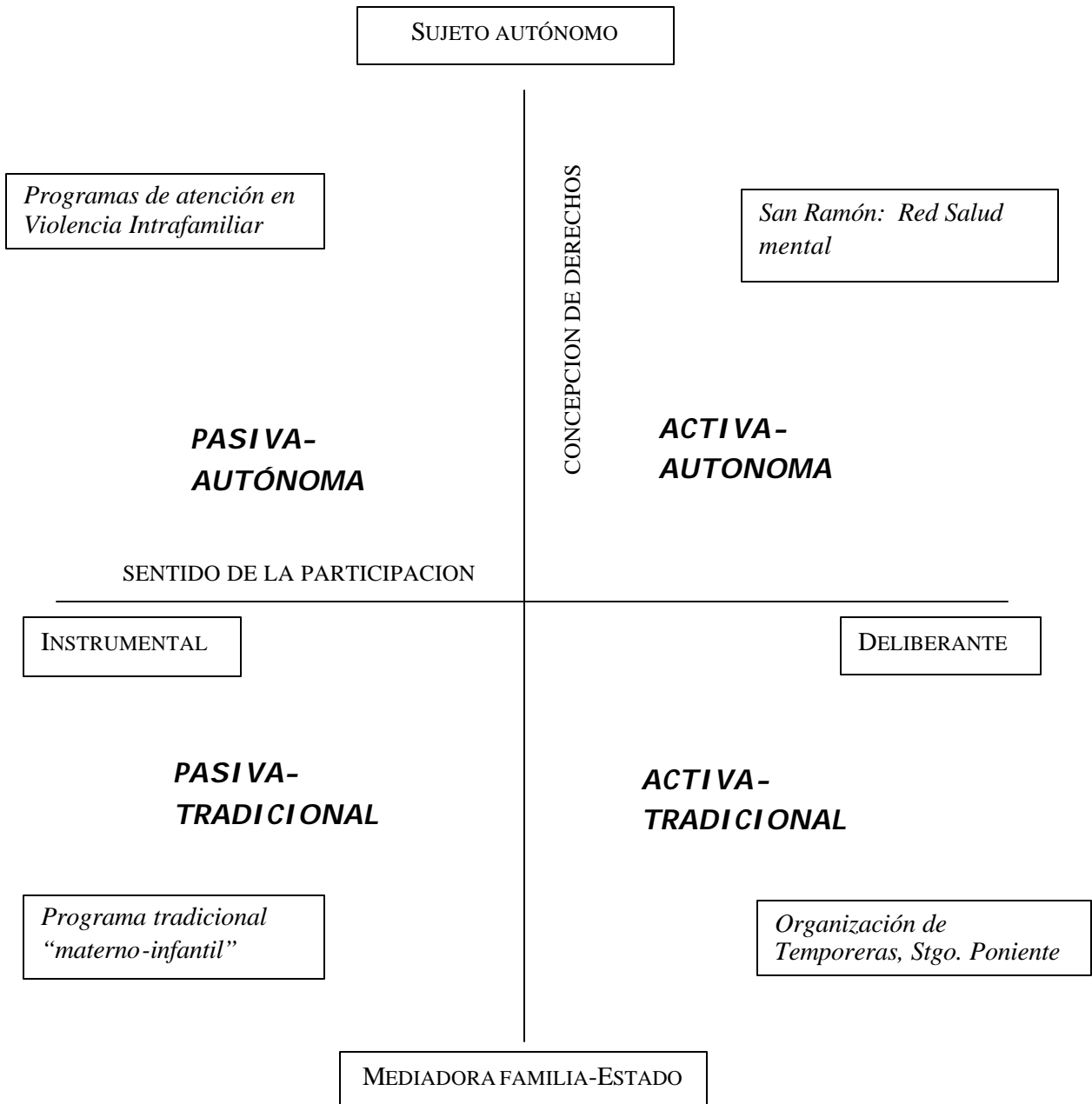
¹⁷ Claudia Serrano y Dagmar Raczynsky, *Lineamientos para construir una matriz de indicadores de participación social en programas nacionales participativos*, Informe final de consultoría, Asesoría e Inversiones Corporación Latinoamericana, dic. 1998.

otros agentes públicos en su materia. Se asocia a una ciudadanía activa, que puede adquirir distintas formas, como el protagonismo público de los actores sociales, el control social sobre la gestión pública, la participación en decisiones, la asociatividad para fines de política pública.

En el eje vertical se introduce la consideración de género. Representa la concepción de derechos de las mujeres que se puede identificar en el quehacer social o público, siendo el punto crítico si las mujeres se integran como *sujetos autónomos* de derecho, como ciudadanas por sí mismas, o lo hacen en representación de su familia, como *intermediarias* entre la familia (o el barrio) y el Estado. Cuando este es el caso, se está fortaleciendo la división tradicional de roles sexuales, por lo tanto, la adscripción doméstica de las mujeres. Esto dificulta la primera condición de la ciudadanía que es la autonomía de los miembros de la *polis*.

La combinación de ambos criterios nos deja cuatro posibles situaciones en las cuales se puede analizar la forma en que las mujeres ejercen su ciudadanía en la práctica social o institucional, o la manera en que se concibe la ciudadanía de las mujeres en los espacios de participación: de manera más o menos activa y más o menos autónoma: Veremos estos cuatro formas de ejercicio ciudadano, con ejemplos de la salud pública.

TIPOS DE EJERCICIO DE LA CIUDADANÍA DE LAS MUJERES EN LA
GESTIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS



i) Ejercicio pasivo –tradicional

Esta situación se ejemplifica bien con la clásica presencia de mujeres en los consultorios de salud primaria, especialmente en el antiguo programa “materno-infantil”, donde la madre lleva a los hijos e hijas y accede a ciertas atenciones de salud reproductiva. Esta participación puede considerarse una forma básica de ejercicio de ciudadanía, porque el acceder a derechos básicos es la primera condición para llegar a ser ciudadano(a) pleno(a). Pero se trata de una ciudadanía pasiva, en tanto las mujeres no han sido parte ni de la definición de los derechos que se garantizan, ni del control sobre su entrega. Pero además participan como mediadoras de la salud familiar, bajo una concepción tradicional de los roles de género, es decir como responsables de la salud de la familia y no como sujetos con necesidades propias de salud.

Este tipo de participación puede ser útil a las familias y al gobierno, pero no ofrece garantía de incorporación de las necesidades o derechos de las mujeres. Este es el tipo de participación que parece estar presente en la reforma de la salud y también en otras áreas, como la educación y otros programas sociales, cuando se convoca a “la familia”, es decir, a las madres de los sectores en situación de pobreza, sin mencionar qué poder se entrega a la comunidad y sin considerar el efecto sobre las oportunidades, el trabajo remunerado y la autonomía de las mujeres..

ii) Ejercicio pasivo-autónomo

Hablar de ejercicio pasivo- autónomo de la ciudadanía puede parecer contradictorio: Pero no es imposible en la práctica. Se produce en servicios, entidades u organizaciones que suscriben una noción de las mujeres como sujetos autónomos de derechos, pero no la traducen en prácticas participativas. Es frecuente en servicios que entregan derechos como atención en Violencia Doméstica, salud sexual y reproductiva, embarazo en adolescentes, salud mental, etc.. A menudo se trata de situaciones donde lo importante es la entrega, más o menos urgente de una atención individual, sin que haya la posibilidad de una acción participativa. Estos servicios también pueden ofrecer información y formación a las mujeres sobre sus derechos, o

sus capacidades de liderazgo, lo que sin duda es útil para éstas. Sin embargo, el ejercicio ciudadano es pasivo si todas estas concepciones no se expresan en un empoderamiento real ya sea respecto del propio servicio o dirigido a alguna acción pública por los derechos de las mujeres. En buenas cuentas, las mujeres acceden pasivamente a servicios o derechos definidos por otros y sobre los que no ejercen control, aunque la equidad de género y la autonomía de las mujeres sean el motivo del servicio. Este tipo de acciones, sin embargo, puede contribuir a preparar a las mujeres para una participación ciudadana activa.

iii) Ejercicio activo - tradicional

Una tercera situación, que denominamos *maternalismo activo*, también frecuente en Chile, un país de mujeres fuertes, se produce cuando existe una activa participación de mujeres organizadas, pero sin orientación de género, es decir, con foco en diversos problemas y necesidades de la familias o la comunidad, pero no en la igualdad de oportunidades y derechos, la discriminación u otras problemáticas de género. Este es el caso observado en una organización de mujeres temporeras del poniente de Santiago, que había alcanzado una fuerza importante en la localidad siendo interlocutoras del alcalde y de los empresarios, de los que habían obtenido un jardín infantil. Pero su relación con los organismos de la salud no tocaba temas tan centrales como los efectos de los pesticidas, limitándose a ser canales para campañas de vacuna o para gestionar una atención más rápida en el hospital. En este caso, puede afirmarse que hay una ciudadanía activa -entendida como involucramiento en los asuntos públicos locales - pero apegada al rol mediador de las mujeres, por lo que le hablamos de un *maternalismo activo*.

iv) Ejercicio activo-autónomo de la ciudadanía (ciudadanía plena).

Finalmente, el desarrollo más significativo de la ciudadanía de las mujeres se encuentra en aquellas experiencias que aplican en su quehacer una noción de las mujeres como sujetos autónomos de derechos y que, al mismo, tiempo practican un modelo "deliberante" de participación. Por una parte, la relación entre las mujeres y el Estado se realiza en pie de igualdad, con respeto a la autonomía de las mujeres o desde

una postura expresamente autónoma. Por el otro, este tipo de participación suele estar vinculado a prácticas de asociatividad con sentido político, a exigencias (o mecanismos) de control social de la gestión pública o de incidencia efectiva en las decisiones y a capacidad de hacerse presente en el debate público con demandas y propuestas de equidad de género. En estas situaciones es cuando estamos más cerca de una ciudadanía activa o de una *ciudadanía plena*, en la que las mujeres son miembros integrales de la *polis*, sea en el nivel local, regional o nacional. Como ejemplo puede ponerse la Red de Salud Mental de San Ramón, que aborda las demandas y propuestas de salud mental desde una perspectiva integral de las mujeres como sujetos autónomos de derechos, y como actoras que ejercen un papel activo en el espacio público comunal.

Los ejemplos comentados demuestran que la participación y el ejercicio de derechos pueden tener significados diversos, todo ellos legítimos, dependiendo de los intereses de las mujeres y de los servicios o de las organizaciones. Lo importante es tener claro a donde se quiere llegar o las consecuencias de cada modelo. Siempre puede haber mujeres dispuestas a realizar solidariamente labores de salud para su comunidad, o a hacerse cargo de la salud de su familia. Este tipo de vínculos instrumentales, que usualmente son además tradicionalistas en los roles de género, tiene un espacio en la sociedad chilena, más allá de los fines del Estado. Pero la democratización de la salud no radica en la dimensión instrumental de la participación, sino en el poder de la ciudadanía sobre el sistema de salud. Y este poder puede o no empujar hacia la equidad de género en la salud, dependiendo de la inscripción expresa del género en los mecanismos participativos y de la construcción y uso de ese poder que hagan las propias mujeres.

5. CONCLUSIONES Y DESAFÍOS

El proceso de reforma de la salud en Chile ofrece una oportunidad histórica para democratizar la relación entre la población y el sistema de salud y para instalar un enfoque de equidad de género en los sistemas que se están delineando. Que se avance en esa dirección, o en una menos abierta a la ciudadanía y más anclada en la división tradicional

del trabajo y el poder entre los sexos, depende de los actores, principalmente del Estado y de la sociedad civil, en particular de las mujeres organizadas con el propósito de construir la equidad de género en el país

Desde el punto de vista de la democratización del sistema de salud, el punto crítico es la ambigüedad del concepto participación en la salud, sobre todo cuando se entiende como corresponsabilidad, lo que puede ser leído como ampliación de la capacidad del Estado de producir salud a través del recurso humano comunitario (mujeres), o como ampliación del poder de la sociedad sobre el sistema de salud. Aunque ambas lecturas pueden ser complementarias, el Estado tiende a preferir la versión más instrumental, coincidente con los lineamientos del sistema financiero mundial, mientras que la participación como proceso de empoderamiento (acceso a decisiones, control ciudadano) suele radicar en el movimiento social. Por otra parte, la idea instrumental se aplica más claramente a la salud provista por el Estado y a la población de menores recursos económicos, en cambio la idea de control ciudadano tiene vigencia también para la salud pública no estatal.

El modelo instrumental de participación en salud depende tanto del papel auxiliar de las organizaciones – una ampliación de la tarea femenina de cuidado del hogar - como del papel de las madres como intermediarias de la salud de sus familias. En este sentido, es un modelo que descansa en una visión tradicional de género.

Para avanzar a una relación del sistema de salud con las mujeres como sujetos autónomos de derecho y con las organizaciones como actores de la sociedad civil, con capacidad de controlar las políticas y la gestión de la salud, los desafíos que quedan planteados son, en consecuencia, la urgente revisión del paradigma de género implícito en la reforma de la salud estatal, y el avance hacia un modelo de participación sustentado en el poder de la ciudadanía sobre las políticas y la gestión de la salud.

La revisión del paradigma de género requiere asumir el complemento de los sistemas de salud doméstico y público, valorando el papel de las mujeres en la articulación entre ambos sistemas y reconociéndolas como sujetos autónomos y con diversidad de intereses, de

modo de no radicar la viabilidad social de la reforma en el rol doméstico femenino. A partir de allí es posible pensar – en conjunto con los interesados y las interesadas - una reforma que privilegie o incentive la diversificación de los roles de cuidado, entregando un papel mucho más activo a los padres y a la comunidad, ya sea a través de la educación, o de la provisión comunal de servicios de cuidado de niños y enfermos, entre otras iniciativas posibles.

Es probable que la salud estatal continúe contando con organizaciones auxiliares, conformadas por mujeres, pero su incorporación como instrumento de política social es compatible con un proceso de empoderamiento ciudadano si junto a la revisión de los supuestos de género se avanza en poner en manos de la ciudadanía decisiones de política, y de asignación de recursos, y mecanismo de control de la gestión de la salud. Qué decisiones y qué mecanismos, es materia de un debate que supone su propio proceso y que no depende sólo del Estado o de las autoridades de gobierno.

Entre los desafíos que competen al movimiento social, el principal es el de fortalecerse como actor de la sociedad civil y en su relación con otros actores de sociales. Esto quiere decir, por un lado, continuar profundizando su capacidad crítica y propositiva autónoma del Estado, así como su labor organizativa y formativa. Por el otro, diversificar estrategias tendientes a hacer su voz más escuchada, y a contar con el respaldo de nuevos actores y sectores de la sociedad y de la vida pública. De esta manera, el poder ciudadano por una salud con equidad de género no dependerá de las decisiones de un gobierno o de nuevas leyes, sino que se sustentará en su propia fuerza social.

o – o – o – o – o

-

AGRADECIMIENTOS

La autora agradece a las siguientes personas, que aceptaron ser entrevistadas para la preparación de este texto, por su opinión y sus aportes a la comprensión de la temática.

Fanny Berlagovsky	Equipo Seremi Salud RM
María Eugenia Calvin	EPES
Magaly Donoso	Consultorio “Laurita Vicuña”, El Bosque
Dra. Angélica Verdugo	División de Atención Primaria MINSAL,
Dra. Judith Salinas	Depto. Promoción de Salud, MINSAL
Luzmenia Toro	Dirigenta de grupos de salud , Huechuraba
Paula González	FONASA Unidad de Coordinación Territorial.
María Soledad Barría	Minka
Antonio Román	Gabinete Subsecretario, MINSAL
Rosa Ferrada	MEMCH, Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos