

Alerta frente a una estrategia de desconfinamiento sin participación social

11 de septiembre, 2020.

PRESENTACIÓN

El documento que aquí se presenta, tiene por objeto exponer una serie de observaciones en torno a la necesidad de incorporar una perspectiva comunitaria, participativa y descentralizada al proceso de desconfinamiento.

Advertimos que, hasta la fecha, la estrategia de respuesta a la crisis sociosanitaria originada por la pandemia de COVID-19, no ha considerado instancias genuinas de involucramiento de las comunidades y sociedad civil en la conducción y adaptaciones de esta, desestimando los variados recursos de autocuidado desplegados y propuestos por la ciudadanía, la academia y la propia red del sistema de salud.

Uno de los componentes esenciales para que las condiciones actuales nos permitan alcanzar un mejor futuro, parte por realizar una necesaria autocrítica de la acción y omisión del mundo académico en los últimos 50 años de la historia del país, que de facto abandonó en gran medida sus lazos y compromiso con comunidades y territorios. La Universidad desatendió la realidad social y sanitaria, como posibilidad de contribuir a las transformaciones sociales, debilitando su rol social.

Así, este documento también pretende iniciar un camino de restitución de dicho rol social a las universidades públicas, en el especial contexto sociosanitario y político que enfrenta el país.

ANTECEDENTES

Hablar de participación social en salud en Chile exige la consideración de algunos hitos históricos, como las agrupaciones de trabajadores y trabajadoras del siglo XIX a través de mutuales y organizaciones de socorro mutuo, cuyo fin era brindar protección ante accidentes, enfermedades o muerte de sus afiliados. En la década de 1920, el movimiento obrero planteó proyectos políticos que tenían como pilares la igualdad y la justicia, y que tuvieron como respuesta institucional-estatal, el levantamiento de un modelo centralizado de salud pública, que absorbió las sociedades obreras, debilitándolas y conduciéndolas a su desaparición. Esta promesa de bienestar social se consolidó en el año 1952 con la fundación del Sistema Nacional de Salud (SNS). Pero este proyecto nación no fue de completa aceptación por parte del movimiento obrero, al no permitir a los y las trabajadoras participar del sistema.

En los años 60 resurge en nuestro país un importante proceso de participación popular, a través de la organización participativa de la comunidad en los sectores populares¹, el cual fue drásticamente suprimido a partir del golpe de estado y la dictadura.

En los primeros años de la dictadura, el terrorismo de estado desdibujó el tejido social y organizativo alcanzado en años previos. Surgiendo a inicios de los años 80 los primeros grupos de salud que rápidamente se expandieron en los sectores populares de las ciudades, siendo principalmente conformados por mujeres. Una parte importante de ellas tenía una experiencia previa de trabajo en organizaciones sociales, lo que confirma la existencia de una tradición organizativa y memoria histórica en el sector².

Desde el retorno a la democracia hasta nuestros días, la participación en Chile se ha incentivado de forma muy limitada y siguiendo una lógica utilitaria de validación o consulta, existiendo pocas oportunidades de involucramiento ciudadano sustantivo. Si bien se generaron progresivamente iniciativas públicas de participación ciudadana, como la ley 20.500 del 2011, las acciones desarrolladas se suelen plasmar en formas de no participación o donde esta es de carácter simbólico³. Como resultado, estas instancias desincentivan el empoderamiento ciudadano, observándose en la ciudadanía una pérdida de interés y de confianza frente a los mecanismos institucionales de participación social⁴.

A modo de síntesis⁵, durante la dictadura y los gobiernos democráticos de 1990 a 2019, el estado ha colocado el énfasis en generar un “orden” verticalmente proyectado, planificado y dirigido, con el fin de conseguir un alto control institucional de y sobre la sociedad civil, excluyendo la participación real, activa, deliberativa y creativa de sujetos/as colectivos conscientes de su historia y de los desafíos de su porvenir.

CONTEXTO

La llegada de la pandemia a nuestro país, en un momento de grave falta de confianza y credibilidad de las instituciones, debió haber motivado tempranamente a las autoridades a invitar a diversos/as actores/as de la sociedad que ensancharan la participación, la credibilidad y la pertinencia de la estrategia de respuesta a la crisis. Sólo luego de intensos cuestionamientos, se crea la Mesa Social COVID, a la que se invita a participar al Colegio Médico, a los rectores de dos Universidades históricas, junto a representantes de las asociaciones de municipios. Esta instancia, prácticamente la única de participación social en la pandemia y centrada en instituciones con poder, persiste hasta la fecha, aunque con frecuencia se ha visto sorprendida por decisivos programas gubernamentales que no fueron puestos en discusión entre sus integrantes, tales como el Plan Retorno Seguro, el Plan Paso a Paso o Fondéate en tu casa. Desde diversos sectores se sigue buscando insistentemente que la autoridad sanitaria abra espacios de participación a otros/as actores/as como los y las trabajadores/as de la salud, profesores/as organizados, y especialmente, a las organizaciones sociales que tanto han realizado en este período de crisis.

Desde la llegada del SARS CoV-2 a Chile, hemos visto las acciones autónomas de respuesta a los dinámicos desafíos originados por la pandemia desarrolladas por la sociedad civil.

Así, parte del mundo académico reorientó sus esfuerzos para aportar en la rápida construcción de conocimiento aplicado que apoyara la toma de las decisiones más pertinentes al nuevo escenario, desde diversas disciplinas como las ciencias de la salud, ingeniería y matemáticas, ciencias sociales, entre otras.

Por su parte, los establecimientos de atención primaria, que se venían preparando desde el verano, reorientaron drásticamente su funcionamiento priorizando las atenciones esenciales, adecuando su modalidad de entrega a domicilio o por teleasistencia, generando espacios diferenciados de atención respiratoria y no respiratoria y desplegando una masiva y exitosa campaña de inmunización anti-influenza. Parte de sus esfuerzos también se orientaron a la detección de personas con COVID-19 en sus territorios, para acciones de seguimiento clínico y epidemiológico. Para este abordaje epidemiológico territorial de la pandemia, tuvieron que crear y desarrollar numerosas estrategias y dispositivos para sortear la ausencia de datos, recursos y atribuciones necesarios, ya que estas tareas habían sido originalmente encargadas a las SEREMI de Salud⁶.

A su vez, el tejido social comunitario se reactivó también para dar respuesta a los desafíos sociosanitarios emergentes, generando estrategias de autocuidado comunitario desde una perspectiva integral, tanto para la prevención de COVID-19 como para la promoción de los aspectos positivos de la salud, de protección a la seguridad alimentaria y asistencia a colectivos de riesgo identificados en el territorio⁷. Puede reconocerse en la autonomía y solidaridad, el sello de las acciones desarrolladas en el ámbito comunitario.

ALERTAS FRENTE A LA ESTRATEGIA DE DESCONFINAMIENTO ACTUAL

En este contexto nos parece relevante poner ciertos puntos críticos que estimamos deben ser tomados en consideración con la finalidad de generar alertas en las autoridades y en la sociedad civil:

1. ALERTA EN RELACIÓN CON LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA SALUD

Al hablar de salud nos referimos a los procesos de salud-enfermedad-cuidados/atención por los que transitan las personas y comunidades, inmersas en sus contextos sociales, políticos, ideológicos, ecológicos y culturales propios de los territorios que habitan. En el caso nacional, el contexto de profunda desigualdad y de acumulación de riquezas en desmedro de una porción importante de la población, genera repercusiones que trascienden el sistema de cuidados para la salud, el bienestar y la vida, como son el desempleo, pobreza, trabajo informal, inseguridad alimentaria, estrés laboral, violencia hacia las mujeres, violencia sobre las personas mayores e incluso la muerte de estos, entre otras.

- **Una perspectiva preventiva de abordaje de la pandemia no puede abandonar la mirada de promoción de la salud, como construcción colectiva para y por las propias comunidades, de un modo de vida y unas condiciones materiales que les permitan el cuidado mutuo, mantenerse sanos/as y llevar una buena vida.**
- **La redistribución del poder y de los privilegios propendiendo a la justicia, asumiendo la diversidad cultural y las distintas formas de vida, promoviendo la autonomía colectiva de los territorios y su participación para definir las respuestas a la pandemia, son materias estrechamente vinculadas a una promoción de salud desde un paradigma de derechos.**

2. ALERTA SOBRE LAS INSTANCIAS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

La participación social en salud es un derecho ciudadano, y cuando ésta se basa en procesos y formas crecientes de delegación real de poder, potencia las capacidades de las comunidades para hacer frente a sus necesidades en salud. La participación concebida sólo como medio de validación institucional, tiene limitaciones y produce efectos perjudiciales. Esto ocurre cuando se limita a instancias informativas, consultivas o cuando la representación de las comunidades es minoritaria a la de actores/as que detentan mayores cuotas de poder. La demanda por una participación social vinculante, aquella que se traduce en decisiones colectivas en el territorio, fue explícita y enérgicamente expresada por las comunidades en el Congreso de Atención Primaria en 2017, tomando un lugar relevante dentro de un conjunto de compromisos prioritarios consensuados con la institucionalidad sanitaria en dicho evento⁸.

Las formas de participación no son homogéneas, y responden también a las características del entorno en el que ésta ocurre y a los dispositivos que en ese territorio se articulan.

- **La conformación de mesas COVID territoriales en cada Servicio de Salud con representantes de la SEREMI, alcaldes (o DIDECO), Directores de Salud comunales, COSOC, equipos de participación y promoción de los CESFAM y representantes de los Consejos de Desarrollo Local de diferentes comunas, entre otras organizaciones relevantes dependiendo del territorio, puede constituirse en instancia de análisis y conducción vinculantes del Plan Paso a Paso.**
- **El establecimiento de mesas comunales o por sub-territorios donde participen organizaciones formales e informales (representantes de ollas comunes, agrupaciones de jóvenes, cabildos y asambleas, etc.), trabajadores/as de la salud y de DIDECO, en donde se analicen y fijen las prioridades socio sanitarias del territorio, puede ofrecer el espacio de adecuación y control al proceso de desconfinamiento.**

3. ALERTA EN EL RESPETO A LA AUTONOMÍA COLECTIVA

El resguardo de la libertad en el presente contexto no atañe a la responsabilidad individual de sujetos/as aislados/as, sino a redes interdependientes que activan sus propios recursos de cuidados y en las que acciones individuales se ponen al servicio del bienestar colectivo.

La complejidad actual demanda la articulación de estas redes, para visualizar e integrar la riqueza de miradas y recursos presentes en los diferentes dispositivos institucionales, intersectoriales y comunitarios, entendiendo que los colectivos son capaces de encontrar caminos propios de solución, existiendo un potencial de conocimiento innovador, disperso entre muchas personas y que sólo requiere de condiciones propicias para integrarse en un todo coherente y creador.

- **Las personas y las comunidades toman las mejores decisiones posibles de cuidado para sí mismas y los suyos. No se trata de adherir o no a las medidas emanadas desde autoridades sin involucrar sus propios conocimientos y pareceres acerca de la salud, ya que lo que se entiende por salud es y debe ser un concepto en disputa.**

4. ALERTA EN LA COMUNICACIÓN DE RIESGOS

La comunicación de riesgos es una acción prioritaria para el autocuidado de la población y mitigación de la propagación de COVID-19⁹.

El quiebre en la transparencia de los datos sobre la pandemia y la contradicción de mensajes como “*quédate en casa*” y “*nueva normalidad*”, se asociaron a un aumento de la movilidad y conductas de riesgo evitadas por las comunidades a inicios de la pandemia.

Este fenómeno se exagera con la consecuente criminalización y externalización de responsabilidades a las personas impedidas de seguir las medidas de confinamiento.

Este escenario de confusión, también se repite durante el desconfinamiento con el Plan *Fondéate en casa* y sus sucesivas ambigüedades.

- **La recuperación de la confianza en la comunicación de los riesgos exige coherencia, precisión, honestidad, humildad y despojarse del actual carácter autoritario, punitivo y paternalista en la lógica de *premios y castigos***
- **No existen argumentos sólidos de ningún tipo para el mantenimiento del toque de queda en el territorio nacional, ni para la restricción al uso de plazas, parques y recintos públicos al aire libre en comunas en desconfinamiento, priorizando en cambio la apertura y funcionamiento a malls y grandes centros comerciales.**

5. ALERTA EN LA DISPONIBILIDAD DE RECURSOS

Para que las comunidades puedan llevar adelante procesos de decisión sobre cuáles serán sus prioridades y acciones para un desconfinamiento seguro, así como generar las articulaciones necesarias con el sistema de salud, hay un rol que le compete a los equipos de promoción de salud de los establecimientos de atención primaria. Para llevar a cabo dicho rol requieren contar con recursos humanos de apoyo, medios materiales (por ejemplo: teléfono, proyector, vehículo, muebles plegables), financieros para la adquisición de los materiales que se necesiten en los proyectos de las comunidades (papelera, tintas, colaciones saludables, etc.), y técnicos (contenidos referidos a la enfermedad y su prevención, herramientas para el trabajo con grupos).

- **El fortalecimiento de la comunidad desde una perspectiva de participación social vinculante, así como la articulación entre las iniciativas desde dichas organizaciones con el sistema de salud, exige recursos humanos, materiales, financieros y técnicos. Los equipos de promoción tienen experiencia a través de los ejes de participación e intersectorialidad del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque familiar y comunitario para apoyar, acompañar y fortalecer dichos procesos que deben sostenerse y asegurarse.**

CONCLUSIONES

La realidad actual es compleja, la determinación social de dicha realidad está golpeando nuestras vidas personales, colectivas, públicas. No es válido pretender soluciones simples a los problemas existentes en el escenario actual.

Reconocemos la sabiduría existente en nuestro pueblo, acumulada en procesos históricos de grandes luchas, avances y retrocesos. La necesidad de participación social no alude a

un instrumento para hacer frente a una pandemia, sino a un derecho de las personas y comunidades para ser autónomas en la búsqueda del bien común, aplicando sus conocimientos en el ejercicio del buen vivir.

Hacemos un llamado urgente a los/as actores/as sociopolíticos para conversar, dialogar y construir alternativas que permitan mitigar los efectos no deseados de la estrategia de desconfinamiento y para dar coherencia a las acciones que nos permitirán controlar la epidemia en Chile, desde las comunidades, con comunicación efectiva de vulnerabilidades, riesgos y consecuencias, construyendo confianza mutua y propiciando una participación real.

BIBLIOGRAFÍA

1. Illanes Oliva MA. La República de la gratitud pérdida de democracia y “chorreo” capitalista en Chile actual. Niebla, Valdivia; 2012.
2. Infante A, De Ferrari I, Berlagosky F. La participación social en dictadura: protagonismo popular. Cuad Médicos Soc. 2018;58(3):29–31.
3. Arnstein SR. A Ladder Of Citizen Participation. J Am Plan Assoc [Internet]. 1969 [cited 2020 Jan 16];35(4):216–24. Available from: <http://www.informaworld.com/smpp/title~content=t782043358URL:http://dx.doi.org/10.1080/01944366908977225http://www.informaworld.com/>
4. Herrmann MG, van Klaveren A. Disminución de la participación de la población en organizaciones sociales durante los últimos trece años en Chile e implicaciones para la construcción de una política de planificación urbana más participativa. Eure [Internet]. 2016 Jan 1 [cited 2020 Sep 10];42(125):175–203. Available from: http://www.drcom.udp.cl/encuesta_lct2013.pdf
5. Illanes Oliva MA. Alocución Seminario Participación Social en Salud Pública ¿Hacia dónde vamos? 18 Enero 2018. Cuad Médicos Soc. 2018;58(3):7–13.
6. Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar-Universidad de Chile. Seminarios Web APS y COVID 19 - YouTube [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 10]. Available from: https://www.youtube.com/watch?v=cqVfIPi8kY&list=PLvEgRoO9NN0_izHeNWlclS3iMy-NvnGQA
7. Universidad de Chile, Universidad de Santiago de Chile, Universidad de Valparaíso, Universidad de Concepción, Universidad de La Frontera. Consulta Ciudadana Respuesta comunitaria a la pandemia COVID-19 Primeros resultados [Internet]. 2020. Available from: <http://www.saludpublica.uchile.cl/extension/presentacion/165664/consulta-ciudadana-respuesta-comunitaria-a-la-pandemia>
8. Ministerio de Salud. Atención Primaria de Salud Construyendo Valor Social [Internet]. 2017 [cited 2020 Sep 10]. Available from: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/032.Documento-de-deposición-respecto-al-valor-social.pdf>
9. OPS/OMS | Comunicar los riesgos para la salud de COVID-19: una acción clave para ayudar a la población a protegerse y a mitigar su propagación [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 10]. Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15751:communicating-the-risks-to-health-posed-by-covid-19-is-key-to-protecting-populations-and-mitigating-spread&Itemid=1926&lang=es